



ASSOCIAZIONE PER L'UGUAGLIANZA SOCIALE
DELLE PERSONE STRANIERE IN ITALIA

Relazione finale d'attività del "Progetto di miglioramento di un servizio di assistenza sanitaria per immigrati".

Data di inizio del progetto: Dicembre 1998

Premessa

Il progetto è ormai giunto al termine della durata del finanziamento previsto, per due anni, e questa si configura come la relazione finale nella quale si tenterà un bilancio di quanto è stato realizzato in relazione al raggiungimento dagli obiettivi e agli output prodotti. Si cercherà inoltre di verificare l'impatto che l'attività dell'ambulatorio ha prodotto all'interno della struttura ospedaliera.

Richiamo degli obiettivi

Il progetto si prefiggeva lo scopo di raggiungere una maggiore integrazione tra l'offerta del servizio ambulatoriale e la domanda di salute, prevenzione, diagnosi e cura espressa dalla popolazione immigrata e di decodificare il bisogno inespresso.

obiettivi:

a) garantire a tutto il bacino di utenza l'accesso al servizio ambulatoriale in maniera continuativa

b) realizzare percorsi di diagnosi e cura facilitati e mirati per gli immigrati

c) organizzare una banca dati per

conoscere i problemi sanitari dell'utenza

conoscere le caratteristiche principali dell'utenza

approssimare una conoscenza dei principali fattori di rischio

d) costituire un osservatorio epidemiologico

e) realizzare campagne di informazione ed educazione sanitaria

Attività realizzate

obiettivo a) garantire a tutto il bacino di utenza l'accesso al servizio ambulatoriale in maniera continuativa

Come già evidenziato nella prima relazione, il piano economico del progetto, accolto solo in parte dall' ente finanziatore, non ha permesso di offrire una borsa di studio per

un medico che avrebbe potuto garantire una estensione delle ore di ambulatorio che il personale medico, esclusivamente volontario, non è in grado di assicurare. Inoltre questa figura, con la sua presenza costante, avrebbe facilitato il rapporto di fiducia dell'utenza con il servizio e avrebbe avuto il compito di facilitare la comunicazione tra utenza e personale medico relativamente alla specificità culturale nella relazione di cura.

Fin dall'inizio della sua attività, l'ambulatorio Senza Confini è stato aperto nelle due sedi ospedaliere dell'Azienda Ospedaliera Umberto I: il venerdì dalle 16 alle 18 presso l'ospedale Umberto I e il martedì dalle 14 alle 16 presso l'ospedale di Torrette.

Dal 1996 ad oggi si è assistito ad un incremento costante e progressivo del numero di utenti, provenienti non solo dal bacino di utenza della ASL di Ancona, ma anche da altre province.

obiettivo b) realizzare percorsi di diagnosi e cura facilitati e mirati per gli immigrati

Come già riportato nella prima relazione, la consapevolezza della scarsa conoscenza da parte degli operatori sanitari delle modalità di accesso degli immigrati ai servizi sanitari e dei loro diritti in termini di assistenza sanitaria, ha condotto l'Associazione Senza Confini, alla realizzazione, in collaborazione con l'Assessorato alla Sanità della Regione Marche, di una guida operativa rivolta agli operatori sanitari della Regione Marche.

Tale guida, pubblicata nel dicembre 1997, è stata diffusa presso tutte le strutture socio-sanitarie della Regione Marche, con l'obiettivo di ridurre le barriere burocratiche all'accesso ai servizi sanitari da parte degli immigrati.

Inoltre, nell'ambito dell'attività ambulatoriale sono stati messi in atto percorsi volti a facilitare il soddisfacimento dei bisogni sanitari all'interno delle strutture sanitarie

pubbliche. In particolare: accesso diretto all'ambulatorio, visita medica generale e appuntamenti presi direttamente dal medico dell'ambulatorio per eventuali altre visite specialistiche e/o esami strumentali, invio diretto a specialisti che sono resi disponibili all'interno della struttura ospedaliera o sul territorio ad effettuare visite senza la prenotazione, allestimento della ricetta STP su ricettario regionale (Straniero Temporaneamente presente, secondo la Legge 40/98), per l'accesso a tutte le prestazioni sanitarie, prescrizione di farmaci con ricettario regionale.

obiettivo c) Organizzare una banca dati per :

conoscere i problemi sanitari dell'utenza

conoscere le caratteristiche principali dell'utenza

approssimare una conoscenza dei principali fattori di rischio

Pensiamo che questo obiettivo sia stato pienamente raggiunto relativamente al campione di cui disponiamo; nel corso delle precedenti relazioni sono state illustrate le principali caratteristiche dell'utenza che si sono evidenziate sin dalla prima elaborazione e che non hanno subito, con l'allargamento del campione, notevoli differenze. Riprenderemo comunque una breve sintesi descrittiva di quanto emerso anche durante le analisi precedenti, al fine di avere un quadro completo e giustificare una serie di indicazioni che emergono dall'analisi sui bisogni di salute. E' stata inoltre realizzata una inchiesta tra gli operatori medici che svolgono il loro servizio di ambulatorio. Obiettivi dell'inchiesta, realizzata attraverso un questionario-intervista, sono stati:

- completare i dati quantitativi con una analisi di tipo qualitativo relativamente alle aree emergenti o prioritarie, al fine di approssimare i bisogni di salute della popolazione immigrata
- rilevare bisogni e difficoltà da parte degli operatori medici nella relazione clinica con pazienti stranieri
- valutare l'impatto dell'ambulatorio sulla realtà aziendale in cui opera.

obiettivo d) costituire un osservatorio epidemiologico

E' stato completato il contributo dell'associazione alla stesura della "Relazione sullo stato di salute della popolazione nelle Marche nel 1997" con l'Agenzia Regionale Sanitaria. Vedi allegato.

Analisi dei dati raccolti

Durante tre anni (97, 98, 99) di l'attività dell' ambulatorio "Senza Confini" sono stati accolte 240 persone, portatrici di 320 problemi di salute, per un totale di 445 accessi.

Caratteristiche generali dell' utenza

Ai nostri ambulatori si rivolge un'utenza di cittadini stranieri di recente immigrazione: il 60% è arrivato in Italia dopo il 1997 e solo un 10% è arrivato in Italia prima del 1992.

Provenienza

Tab.1 – Aree di provenienza degli immigrati extracomunitari nelle Marche, In Italia e nell'ambulatorio Senza Confini.

Area di provenienza	Marche	Italia	Amb.Senza Confini
	%	%	%
Magreb	20,0	20,2	15,00
Est Europeo	17,3	8,3	14,00
Albania	15,3	8	14,58
Asia meridionale ed orientale	8,8	19,5	7,08
Ex Jugoslavia	8,5	8,5	6,66
Centro e Sud America	5,1	6,7	22,92
Altri paesi africani	4,8	8,6	12,91
Medio oriente	0,9	0,6	3,33
Altri paesi	19,3	19,4	3,33
Totale	100	100	100

Fonte: nostra elaborazione Dossier Caritas 1998

Confrontando la distribuzione marchigiana della popolazione immigrata con quella nazionale, la presenza di immigrati provenienti dai Paesi dell'Est europeo e dall'Albania appare significativamente maggiore nel territorio regionale. Questo scostamento è dovuto sia ad un fattore di contiguità geografica, sia al fenomeno

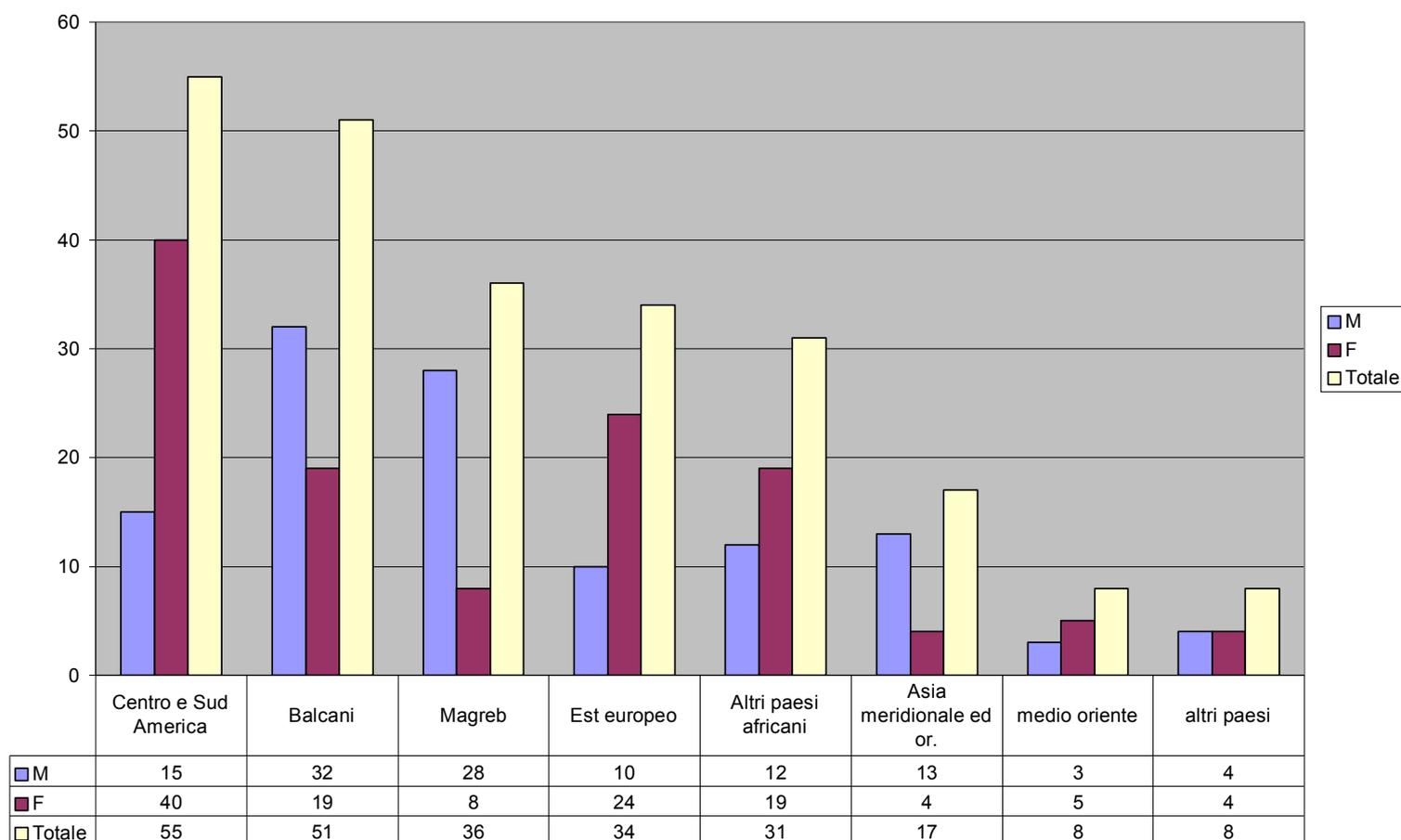
delle reti migratorie, tipico dei primi flussi immigratori, in cui gli immigrati tendono ad emigrare in aree dove sono già presenti connazionali, familiari e conoscenti.

All'ambulatorio Senza Confini affluiscono quasi esclusivamente persone non iscritte al S.S.N, e, rispetto alla distribuzione marchigiana, risalta l'alta percentuale di immigrati provenienti dal centro e sud America e dai paesi africani (escluso il Magreb). Queste aree di provenienza concentrano al proprio interno alte quote di clandestinità e quindi persone che non riescono ad accedere ad altri servizi.

Raggruppando i dati per aree geografiche più ampie e omogenee, (vedi grafico 1), si osserva che i pazienti che maggiormente affluiscono all'ambulatorio provengono dal Centro e Sud America, seguiti subito dopo da quelli provenienti dai Balcani (Albania e paesi della ex Jugoslavia), area questa che presenta delle omogeneità rispetto alle spinte migratorie.

I grafici 1 e 2 evidenziano la femminilizzazione di alcuni flussi migratori - Centro e sud America, Est Europeo -, e indicano anche un maggior bisogno di cure espresso dalla popolazione femminile, prevalentemente nella fascia di età compresa tra i 25 e 45 anni che rappresenta l'età fertile di una donna.

Grafico 1 - Aree di provenienza degli utenti affluiti agli ambulatori " Senza Confini"



L'età prevalente, sia per la popolazione femminile che per quella maschile, si concentra nelle fasce 25-34 e 35-44 anni, conformemente ai dati generali sull'immigrazione. Il maggior peso degli uomini nella classe 15-24 anni è attribuibile alla presenza uomini molto giovani, provenienti da zone a forte tensione sociale quali il Kosovo, l'Albania e altri paesi della ex Jugoslavia.

Grafico 2

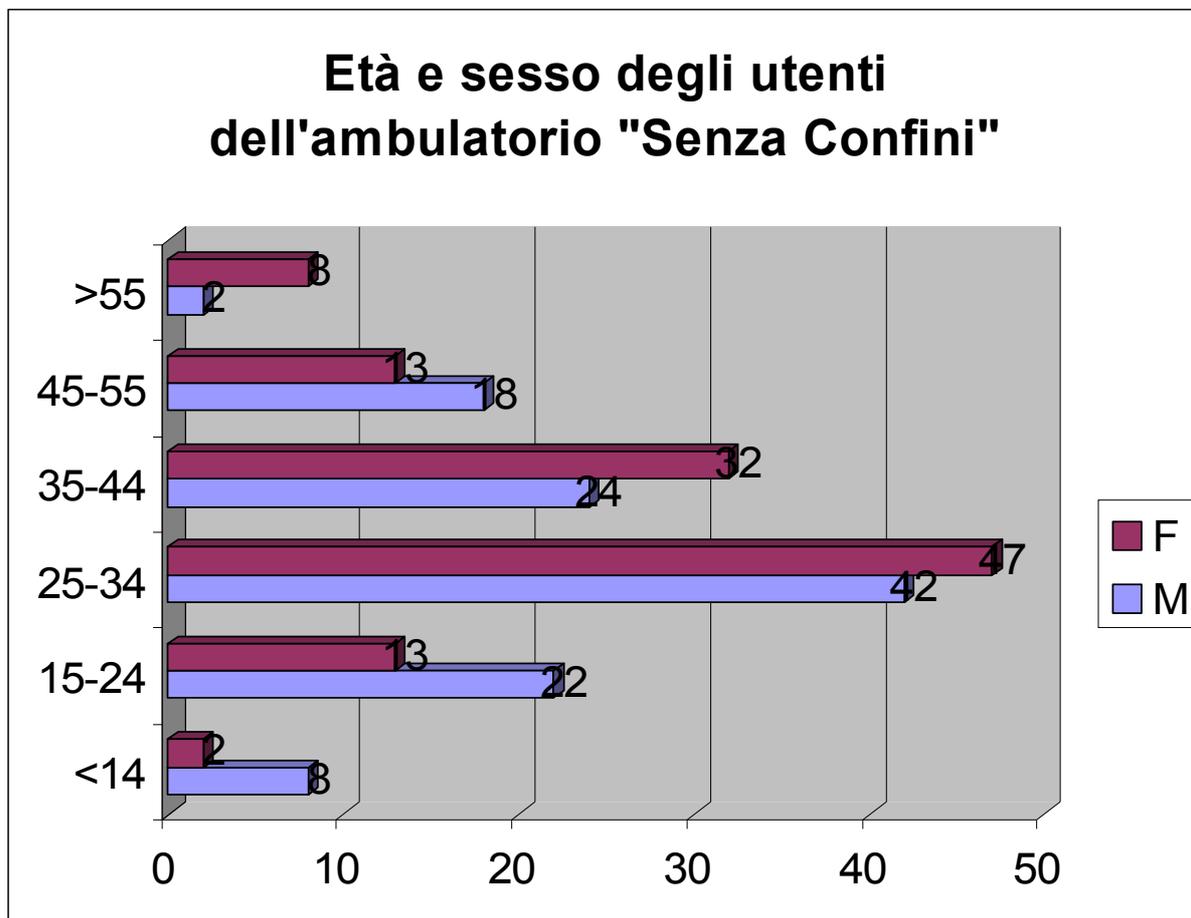


Tabella 3 - Distribuzione dell'utenza secondo lo stato civile

Stato civile	M	F	T
celibe/nubile	47	52	99
coniugato/a	39	47	86
separato/a	1	9	10
vedovo/a	0	3	3
non pertinente minori di 18	10	4	14
senza dati			28
Totale	97	115	240

Sebbene l'identikit dell'immigrato, giovane, uomo e single (vedi tab 3) che emergeva dai primi studi sull'argomento conserva ancora una sua validità, non vanno sottovalutate alcune linee di tendenza che vedono donne, non più giovanissime, sposate, separate o vedove, intraprendere un percorso migratorio dettato da motivazioni più complesse ed articolate. Queste donne che arrivano in Italia per ricongiungimento familiare, oppure, separate, lasciando spesso i figli nel Paese di origine, presso la famiglia di appartenenza, emigrano per desiderio di emancipazione e crescita personale, o per guadagnare denaro da inviare ai familiari rimasti in patria.

Su 47 donne che dichiarano di avere figli, solo 13 donne li hanno con sé. Essere lontane dai propri figli, dalla propria famiglia di riferimento, le espone a grossi rischi di disagio psicologico, che si esprime attraverso una sorta di "ansia da patologia". Ricorrono ripetutamente ai medici dell'ambulatorio, presentando patologie di difficile interpretazione o di modesta entità (rachialgie, dolori addominali di varia natura), a carattere psicosomatico, lasciando trapelare o una insoddisfazione per le cure ricevute (che però non possono avere carattere risolutorio senza un improbabile e improponibile cambiamento nello stile di vita), o comunque, un forte bisogno di rassicurazione.

La condizione socioeconomica

L'utenza che si rivolge all'ambulatorio Senza Confini ha un livello di integrazione socio-economica ovviamente basso, con condizioni lavorative e abitative molto precarie. Questo labile inserimento rende le persone diffidenti a fornire informazioni personali sul tipo di lavoro che svolgono, con chi abitano, etc., così che la percentuale di chi preferisce non rispondere è piuttosto alta.

La modalità abitativa più diffusa è la convivenza con parenti e amici, come è logico aspettarsi da una popolazione all'inizio di un percorso di inserimento socio-economico. Le donne hanno maggiori possibilità di trovare occupazione come personale di servizio in casa del proprio datore di lavoro (vedi tab.4) e questo le "protegge" da condizioni estreme, quali l'essere senza fissa dimora o dormire in

dormitori e case di accoglienza. Il livello di scolarizzazione della popolazione esaminata (vedi tab. 5) permetterebbe una collocazione migliore nel mondo del lavoro. Anche in questo caso notiamo che la distribuzione femminile è più articolata lungo le variabili di scolarizzazione, c'è una maggiore presenza assoluta e percentuale di laureate.

Tra gli uomini occupati i lavori più frequenti sono muratore e lavapiatti.

Tab. 4 - Distribuzione dell'utenza secondo la condizione abitativa

	M	F	TOT
S. F. Dimora	4	0	4
C/o datore di lavoro	2	15	17
C/o dormitorio centro di accoglienza	20	8	28
C/o amici e parenti	49	55	104
In famiglia/ casa propria	10	14	24
Senza dati			63
Totale			24
		0	

Tab. 5 Distribuzione dell'utenza maschile e femminile secondo il titolo di studio

Titolo di studio	M	F	TOT
Scolarizzato	14	7	23
Medie	14	19	33
Diploma	26	35	45
Laurea	7	13	20
Non pertinente perché studente	7	2	5
Subtot	68	74	142
Senza dati			98
Totale			240

Tab. 6 Distribuzione dell'utenza maschile e femminile secondo la condizione lavorativa

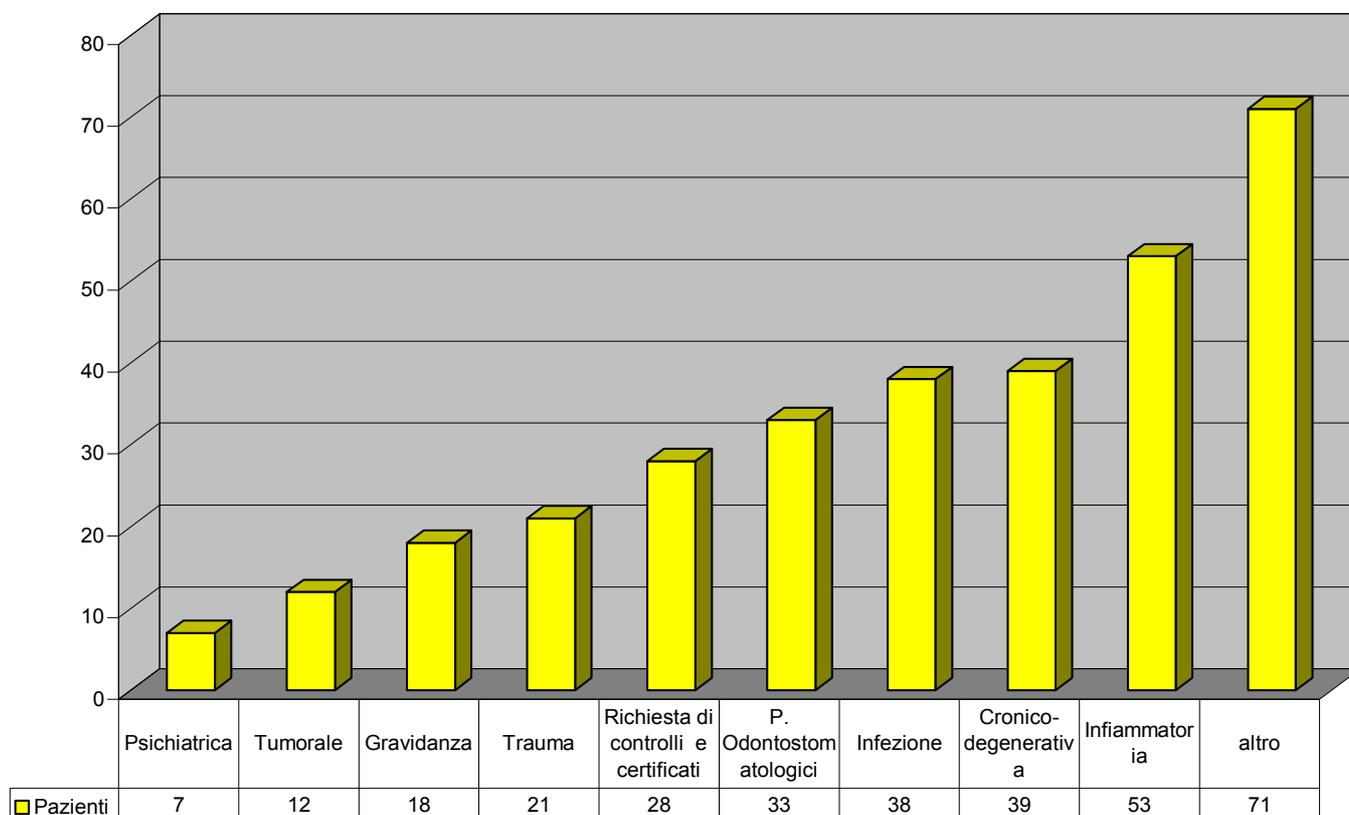
Occupazione	M	F	T
Studente	11	14	25
In cerca di occupazione	45	30	75
Casalinga	0	9	9
Occupati	34	42	76
Non pertinente /minore di 14	8	2	10
Subtotali	98	97	195
Turisti			3
Senza dati			42
Totali			240

La domanda di salute

Negli anni 97, 98 e 99 l'ambulatorio Senza Confini ha registrato 445 accessi relativi a 240 persone. I problemi di salute presentati sono stati 320.

Grafico 3

Distribuzione delle patologie, relative a 240 pazienti, divise in categorie diagnostiche



L'ampia categoria "altro", racchiude una serie di problemi che non rientrano nelle classificazioni date o che sono in attesa di un approfondimento diagnostico per la loro definizione, come ad esempio, casi di astenia, calo del visus, dolori addominali, alterazioni del ciclo mestruale, prurito, epistassi, alopecia. Vi sono

compresi, inoltre, sintomi a carattere acuto, di tipo aspecifico e transitorio, sindromi spesso espressione di somatizzazione.

I problemi di tipo “infiammatorio acuto” sono risultati in genere di modesta entità: faringiti, bronchiti, sinusiti acute, manifestazioni cutanee aspecifiche, congiuntiviti, cistiti, vaginiti.

Seguono le patologie a carattere “cronico-degenerativo”: in questo gruppo sono rappresentate soprattutto patologie a carico dell’apparato osteomuscolare, di tipo artrosico, specie al rachide lombo-sacrale e, in misura nettamente inferiore, patologie a carico dell’apparato cardiocircolatorio (angina, ipertensione arteriosa, precordialgie, dispnea da sforzo).

Per quanto riguarda le “infezioni” segnalato che non sono state riscontrate malattie infettive gravi quali tbc, sieropositività per HIV, epatiti acute, ma per lo più infezioni aspecifiche, prevalentemente a carico delle vie respiratorie, della cute e delle vie genito-urinarie. Tra le malattie sessualmente trasmesse sono stati diagnosticati due casi di infezione da gonococco.

Si confermano numerosi gli accessi per “problemi dentari” (carie, dolori, accessi), che se da un lato potrebbero testimoniare un problema di cattiva alimentazione o scarsa igiene orale, dall’altro documentano la mancata possibilità di prevenzione e cura nel paese d’origine.

I problemi odontostomatologici rappresentano un bisogno che difficilmente, per gli stranieri come per gli italiani, trova risposta nel sistema sanitario pubblico italiano e a cui l’ambulatorio Senza Confini riesce a rispondere in modo del tutto insoddisfacente, al di là della semplice detartrasi e della cura di qualche piccola carie, grazie alla disponibilità personale di alcuni operatori dei reparti di odontostomatologia.

Nella categoria “traumi” le cause più frequenti sono stati gli infortuni sul lavoro (traumi toracici, fratture degli arti) e gli incidenti stradali (traumi cervicali).

Nella categoriai “gravidanza” sono comprese tutte le donne che si sono rivolte all’ambulatorio per avere certificazioni, prescrizioni di esami e controlli in gravidanza, testimoniando, in tal modo, quanto inappropriati siano i comportamenti dei medici

ginecologi-ostetrici che dovrebbero assicurare, mediante l'accesso diretto alle strutture, l'assistenza sanitaria alle donne gravide.

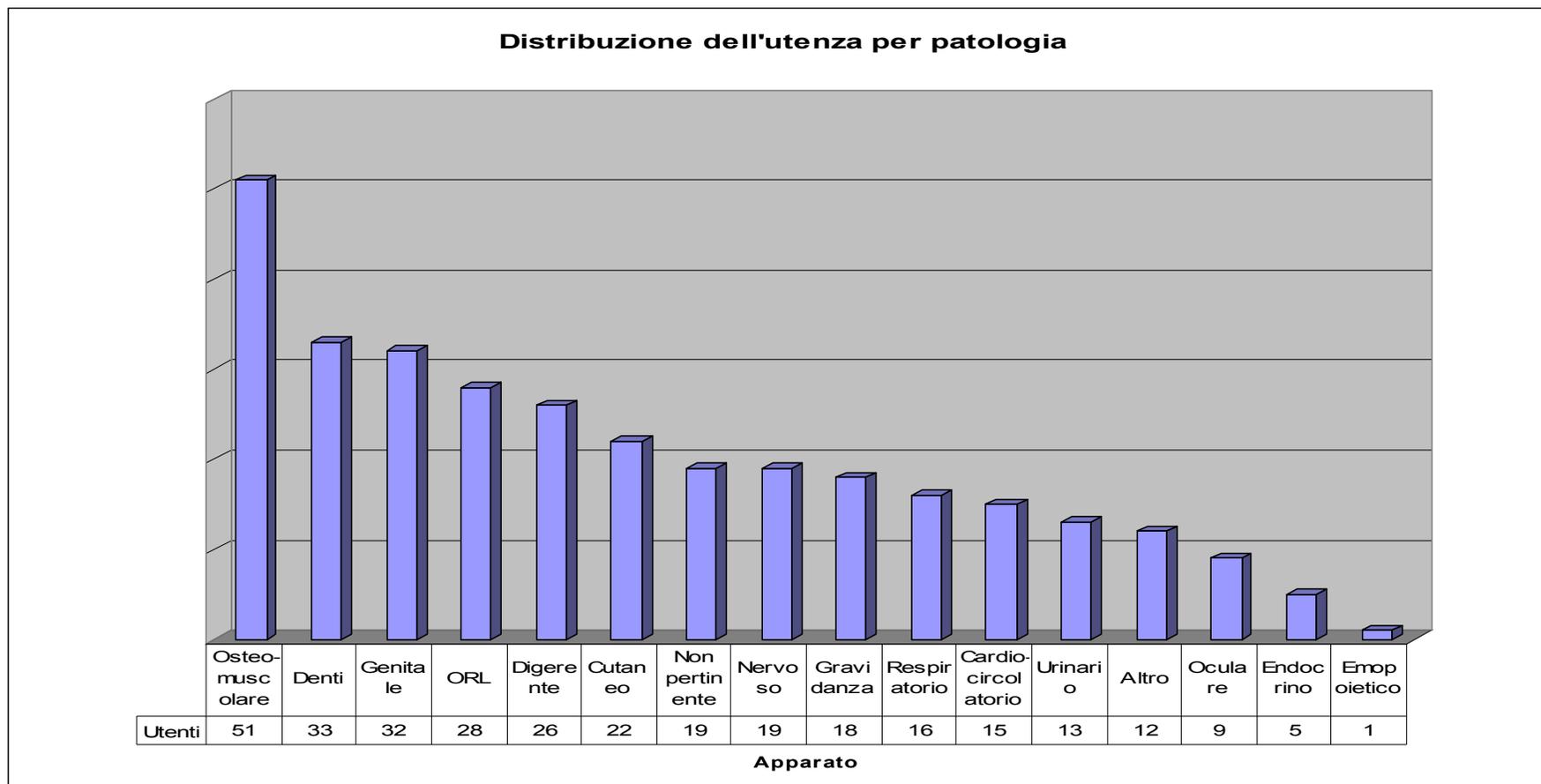
Un dato importante e in aumento, è la richiesta di certificati e impegnative redatte su ricettario regionale, necessarie per accedere a prestazioni specialistiche o ad esami di laboratorio e strumentali o per poter acquistare farmaci in farmacia. Normalmente tali impegnative vengono redatte dal medico di base, ma nel caso degli stranieri non iscrivibili al SSN, come sono coloro che si rivolgono all'ambulatorio Senza Confini, questo non è possibile. Pertanto, nonostante la legge 40/98 e successive circolari, prevedano che gli immigrati non iscrivibili al SSN abbiamo diritto a prestazioni assistenziali "essenziali", di fatto queste persone non sanno come fare ad accedervi.

Il crescente ricorso da parte degli immigrati all'ambulatorio Senza Confini per richiesta di impegnative, se da un lato può essere letto nel senso di una maggiore coscienza "sanitaria" da parte degli immigrati e una maggiore conoscenza e fiducia nell'ambulatorio, dall'altro lato è motivo di forte preoccupazione, in quanto espressione della mancata conoscenza da parte degli operatori sanitari delle modalità di accesso ai servizi sanitari da parte degli immigrati. Infatti qualsiasi medico che abbia a disposizione un ricettario regionale può effettuare la ricetta STP per gli immigrati non iscrivibili (ricetta STP, Straniero Temporaneamente Presente).

L'analisi complessiva delle attività svolte dall'ambulatorio Senza Confini, dimostra come sempre di più l'ambulatorio si trova a rispondere oltre che ad una domanda di medicina di base, ad una domanda di orientamento all'uso dei servizi e di "disbrigo" di pratiche sanitarie necessarie alla fruizione dei servizi.

A questo proposito va segnalato che nel territorio della Regione Marche, nonostante una delibera regionale in tal senso, sono stati attivati nei distretti solamente due ambulatori di medicina di base per gli immigrati non iscrivibili al SSN, rispettivamente nella ASL 4 (Senigallia) e nella ASL 5 (Jesi); un terzo ambulatorio è in fase di progettazione presso la ASL 7 di Ancona, in collaborazione con l'Associazione Senza Confini.

Grafico 4



Nota: Nella categoria "non pertinente" sono racchiuse quelle patologie che non investono direttamente un organo, così come le visite generali e i certificati.

La distribuzione delle patologie d'organo rappresentata nel grafico 4 vede prevalere le patologie a carico dell'apparato osteomuscolare, a carattere sia cronico-degenerativo che infiammatorio acuto. Questo "primato" conferma quanto emerso in precedenza: il dato può essere spiegato considerando che all'ambulatorio si rivolgono persone che, se lavorano, svolgono lavori manuali pesanti i dati mostrano inoltre:

- elevato bisogno di cure dentarie
- rilevanti quantitativamente le infiammazioni e infezioni genitali, soprattutto nelle donne (vaginiti batteriche o fungine) che raramente sono correlabili a rapporti sessuali quanto invece a prolungata stazione eretta durante la giornata, abbigliamento inadeguato (uso di indumenti intimi sintetici), trascuratezza e mancanza di prevenzione. Come è già stato detto sono stati diagnosticati due casi di infezione gonococcica in due uomini;
- frequenti sono i problemi ORL, soprattutto sinusiti croniche e/o riacutizzate, che comportano ripetuti accessi all'ambulatorio. In questi casi non sono stati individuati particolari fattori di rischio, dal momento che la maggior parte delle persone portatrici di questa patologia hanno dichiarato di soffrirne anche nel paese d'origine;
- da non trascurare i problemi a carico dell'apparato digerente, soprattutto sintomi dispeptici e pirosi gastrica. In molti casi è stata documentata endoscopicamente una patologia peptica, talora HP positiva;
- a carico della cute sono state diagnosticate numerose dermatiti da contatto (soprattutto cemento e detersivi), con difficoltà di cura, dal momento che in nessun caso è stato possibile far cambiare abitudini o lavoro alle persone colpite;
- a carico del sistema nervoso sono stati riscontrati soprattutto stati ansiosi o "di allarme" o in molte donne stati depressivi. Talora si è fatto ricorso all'uso di blandi ansiolitici, altre volte, nelle situazioni più disperate, i medici dell'ambulatorio hanno cercato di perdere contatti con il datore di lavoro,

o di creare contatti tra le persone e altri servizi per immigrati presenti sul territorio.

E' evidente, comunque, che il disagio psichico viene esplicitato solo in una minoranza dei casi, mentre spesso può essere colto dai racconti di vita presente e passata, dallo sguardo, dai silenzi, dal bisogno "di parlare con qualcuno" facendo visite frequenti in ambulatorio. Questi elementi non vanno assolutamente sottovalutati, considerando anche che l'analisi dei ricoveri nei reparti di psichiatria della Regione Marche, rivelano un'elevata prevalenza di ricoveri di immigrati per psicosi acute.

L'iter del paziente e la risposta al problema di salute

Nella stragrande maggioranza dei casi il problema di salute è stato risolto in un unico accesso all'ambulatorio.

Nel 56% dei problemi di salute presentati dalle 240 persone rivoltesi all'ambulatorio, si è fatto ricorso, per la diagnosi, ad un ulteriore parere specialistico; nel 30,3% è stato necessario effettuare esami di laboratorio e nel 28,1% esami diagnostici strumentali (90/230, tra cui 37 ecografie e 38 RX. (grafico 5).

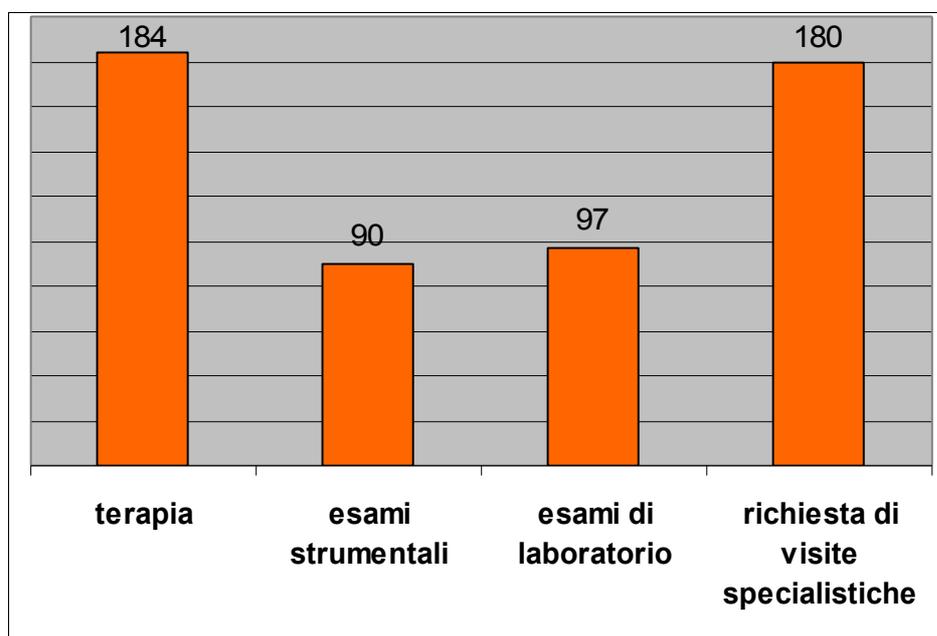
Sembrerebbe notarsi una certa discrepanza tra lo scarso peso delle patologie presentate ed il ricorso a visite specialistiche o ad ulteriori esami diagnostici. Questa apparente incongruenza potrebbe essere spiegata da vari fenomeni concomitanti e di diversa natura:

- il dubbio di non aver ben compreso la patologia dell'utente straniero (per problemi di lingua e di comunicazione in generale) può spingere il medico a voler essere rassicurato da un ulteriore consulto;
- molte persone arrivavano all'ambulatorio inviate da altre strutture per essere avviate ad una visita specialistica;
- va inoltre considerato che l'ambulatorio viene svolto prevalentemente da medici appartenenti ad un'azienda ospedaliera e, pertanto, con un orientamento professionale fortemente specialistico; gli stessi medici

dell'ambulatorio hanno, all'interno della stessa struttura, facilità di contatto con colleghi specializzati;

- in alcune situazioni si è voluto fare un "check" di base a persone che non avevano mai eseguito alcun tipo di esame.

Grafico 5. - Iter a cui è stato inviato il paziente

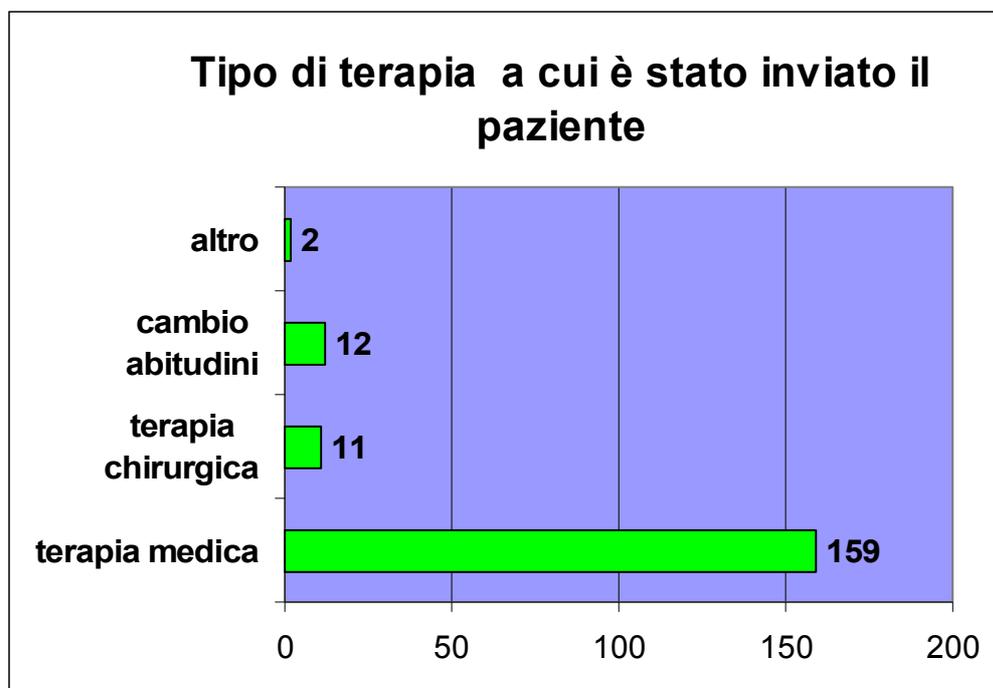


Riguardo al trattamento, il 57,5% dei problemi hanno necessitato di una terapia. Questo dato, tuttavia non è "pulito", in quanto non è noto il numero esatto di casi che hanno avuto una prescrizione terapeutica dopo essere stati valutati dallo specialista.

In ambulatorio è stata prescritta una terapia medica nel 49,7% dei casi (159/320), e, solo in raramente è stato necessario ricorrere ad una terapia chirurgica (11 casi, tra cui sono compresi interventi di modesta entità per problemi odontostomologici, asportazione di varice, interruzione volontaria di gravidanza; di maggiore gravità si segnala un caso di neoplasia mammaria e l'asportazione di un fibroma sanguinante al braccio).

In 12 casi è stata suggerito un cambio di abitudini: si è trattato di colon irritabile, rachialgie, dolori osteomuscolari, prurito allergico, dermatite da contatto.

Grafico 6.



LA RELAZIONE CLINICA

La relazione medico paziente è una questione nodale per l'efficacia della cura e la tutela della salute della popolazione immigrata. C'è stata da parte degli operatori dell'ambulatorio Senza Confini una attenzione particolare, suggerita dall'ampia letteratura consultata e da operatori che affrontano da più tempo le questioni di salute di questa popolazione.

I concetti di salute e malattia, le rappresentazioni del corpo sano e malato sono concetti culturalmente relativi, l'espressione, la comunicazione del sintomo si collocano all'interno di uno specifico universo culturale e sono al tempo stesso un momento fondamentale dell'iter diagnostico. Questo, che quasi sempre costituisce un problema nella relazione medico italiano-paziente straniero, emerge dalla nostra indagine in maniera differenziata. La comunicazione è ovviamente per sua stessa

definizione bidirezionale, capire e farsi capire e, dalle interviste fatte ai medici dell'ambulatorio Senza confini sembra che alcuni siano maggiormente presi dall'ansia di capire e altri dall'ansia di farsi capire.

Il problema della comunicazione emerge in primo luogo come problema di comunicazione linguistica, non si parla la stessa lingua e la lingua veicolare non è ben padroneggiata o dall'uno o dall'altro interlocutore. C'è stato lo sforzo di alcuni medici di rinfrescare le loro conoscenze linguistiche e magari di costruirsi un piccolo vocabolario in una lingua non conosciuta. Altre volte si supplisce a questo gap comunicativo con una ridondanza della comunicazione: il medico ripete più volte usando termini diversi, preoccupandosi di far capire come funziona il nostro sistema sanitario, come siamo abituati a realizzare un iter di diagnosi e cura.

C'è da parte di alcuni medici il dubbio se il ritorno assiduo di alcuni pazienti corrisponda ad una relazione clinica insoddisfacente o ad una ansia da patologia; di fronte a questi ritorni continui alcuni medici hanno la sensazione di non aver risposto alla richiesta del paziente.

In generale quasi tutti i pazienti arrivano all'ambulatorio con delle aspettative molto forti e si aspettano che la cura sia immediatamente efficace anche per quelle patologie considerate croniche e per le quali non esistono cure definitive ed efficaci (sinusiti, rachialgie di varia natura). Chi ha problemi odontostomatologici fa fatica ad accettare che anche per gli italiani questo è un grosso problema sanitario non ancora adeguatamente risolto.

La relazione diventa ancora più frustrante quando il paziente ritorna e non ha potuto seguire gli esami prescritti perché, nonostante il lavoro dell'associazione all'interno della struttura ospedaliera, ha incontrato difficoltà nell'accedere al servizio.

Poter utilizzare dei mediatori culturali può essere considerata una risorsa in più, un aiuto, che comunque non supplisce ad una esigenza di maggiore formazione dei medici come emerge dall'analisi delle interviste.

L'IMPATTO DELL'ATTIVITÀ DELL'AMBULATORIO

a) Verso gli utenti

E' indubbio che per gli utenti dell'ambulatorio alcuni percorsi all'interno della struttura ospedaliera siano stati facilitati: gli uffici cassa, il laboratorio analisi, la radiologia hanno preso dimestichezza con alcune sigle: STP, legge 40, etc.

Questi percorsi burocratici, dopo anni di attività dell'ambulatorio, hanno raggiunto un carattere routinario, ma allo stesso tempo e paradossalmente non sono mai usciti da una sorta di "emergenzialità"; ci si avvale di reti personali e non di veri e propri percorsi di presa in carico e cura, per cui è necessario organizzare ulteriori interventi di informazione e formazione degli operatori sanitari.

La piccola minoranza di immigrati iscritti o iscrivibili al SSN che vengono in ambulatorio lo fanno perché hanno estrema difficoltà a muoversi nei meandri della burocrazia sanitaria (come molti di noi italiani, soprattutto anziani) e hanno bisogno di un canale personale che li guidi. Attenti a giudicare questo atteggiamento come puro opportunismo (anche se non è da escludere tout court): esprime una reale difficoltà a muoversi e una sfiducia istituzionale che in questo caso viene mediata e assorbita dal rapporto personale con il medico.

b) verso gli operatori dell'azienda ospedaliera

La presenza fisica dell'ambulatorio, la maggiore circolazione di informazioni, anche e soprattutto informali, hanno fatto sì che l'ambulatorio fosse conosciuto e riconosciuto dai colleghi anche come fonte di consulenza; c'è ora, rispetto all'inizio, una maggiore disponibilità a collaborare per la riuscita dell'ambulatorio. Purtroppo tutto ciò non ha stimolato la condivisione delle responsabilità, ma un atteggiamento di delega: *"qualche dubbio su qualche extracomunitario?: rivolgetevi a Senza Confini"* ,. Molti non fanno o fanno finta di non sapere che quello che realizzano i medici dell'ambulatorio, a parte la loro disponibilità di tempo per l'assistenza, è una

funzione che tutti i medici potrebbero svolgere, non è indispensabile la mano dell'operatore Senza Confini per opporre sulla ricetta la dicitura S.T.P, ad esempio

Fa notare un operatore dell'ambulatorio Senza Confini: "l'impegnativa funziona, ha fatto fare esami non previsti, l'accesso è migliorato, ma nessuno si è preso la responsabilità diretta; l'accesso è migliorato perché c'è sempre la presenza fisica di uno di noi"

c) verso la direzione

Gli operatori non si sentono appoggiati dalla Direzione, né facenti parte di un interesse comune; gli operatori sostengono che la Direzione non si è fatta parte attiva nella promozione dell'ambulatorio investendo risorse per seminari, incontri informativi e formativi sulla tutela della salute stranieri, per incontri anche con gli immigrati e per la diffusione del lavoro svolto dall'ambulatorio.

C'è stata una certa sensibilità all'inizio nel promuovere l'attività dell'ambulatorio e nel rendere disponibili gli spazi, ma a questo non ha fatto seguito ulteriori interventi.

d) verso le altre associazioni

La visibilità dell'ambulatorio è indubbiamente aumentata, anche se c'è da parte degli operatori la sensazione di lavorare un po' sottotono rispetto all'importanza che riveste in ogni modo un'iniziativa come questa, che nel territorio ha ancora un carattere pilota.

L'Associazione Senza Confini ha avviato collaborazioni con altre aziende sanitarie, in particolare con l'azienda territoriale, ASL 7, con l'obiettivo di implementare percorsi assistenziali e attivare "punti salute" per gli immigrati non iscrivibili all'interno dei distretti sanitari.

Indicazioni conclusive

Dall'analisi dei dati quantitativi e dalle indicazioni degli operatori dell'ambulatorio emergono delle indicazioni sulle aree emergenti o prioritarie, sulle quali si dovrebbe intervenire per assicurare la tutela della salute della popolazione immigrata:

- garantire alla popolazione immigrata un servizio di medicina di base a livello dei distretti, che copra l'esigenza del bacino dell'utenza di riferimento e quindi garantire parità di fruizione tra cittadini italiani e stranieri.
- monitorare la situazione epidemiologica di alcune popolazioni a rischio di malattie infettive come i profughi.
- particolare attenzione merita l'area materno-infantile per la quale non esistono ancora percorsi facilitati di gravidanza, nascita ed interruzione volontaria di gravidanza. E' in quest'area che le differenti abitudini culturali emergono con più chiarezza e sulle quali è più difficile un'integrazione ai nostri modelli medico-culturali di gravidanza - parto- puerperio. Partorire in modo naturale senza ricorrere al parto cesareo rappresenta per molte donne, soprattutto africane, un valore forse più significativo che per molte donne italiane, che pure lamentano un eccessivo ricorso al cesareo.

Purtroppo la tutela della gravidanza rimane ancora un traguardo lontano per molte donne straniere.

Intervenire nelle aree delineate significa investire non solo in *formazione ed informazione, ma intervenire anche per reingegnerizzare i processi che conducono al prodotto "salute, e, quindi intervenire sulle organizzazioni.*

E' importante che vi sia personale medico e paramedico formato ad un'utenza differenziata (che non comprende solo gli stranieri: la mancanza di flessibilità non favorisce neanche una larga fascia di popolazione italiana)

Il personale addetto agli sportelli dovrebbero essere in grado di svolgere una funzione di intermediari tra l'utenza e l'istituzione

- in una fase iniziale di adeguamento di una istituzione ad un'utenza multiculturale, possono risultare utili figure professionali formate ad hoc: i mediatori culturali i quali non esauriscono la loro funzione, a volte

essenziale di traduttori, ma più in generale dovrebbero mediare tra i bisogni dell'utenza e l'offerta dei servizi.. E' utile precisare che l'utilizzo di tali figure, in alcune realtà da più tempo sede di flussi immigratori, è da molti considerata una strategia superata in quanto è l'istituzione, come tale, che dovrebbe operare delle trasformazioni in direzione di una maggiore flessibilità e adeguatezza ad una utenza pluriculturale. Al contrario in un processo di adeguamento e di trasformazione di una struttura sanitaria essi possono rappresentare un efficace momento transitorio e facilitare quel flusso di informazioni necessario a far emergere nodi problematici e ipotizzare possibili soluzioni.

Ancona, 1999