



Università degli Studi di Padova
Scuola di Medicina e Chirurgia
Dipartimento di Medicina
Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

**IMMIGRAZIONE E SALUTE: IL MODELLO DEL
“COMMUNITY HEALTH EDUCATOR” COME STRATEGIA
DI PROMOZIONE DELLA SALUTE E DI UN CORRETTO
ACCESSO AI SERVIZI SANITARI**
Revisione bibliografica

Relatore: Prof. Carta Antonello

Laureanda: Bellan Maria Chiara

Anno Accademico 2014- 2015

INDICE

RIASSUNTO	Pag. 4
INTRODUZIONE	Pag. 5
1. PROBLEMA: L'IMMIGRAZIONE E L'ACCESSO ALLE CURE SANITARIE	
1.1 Epidemiologia del fenomeno migratorio	Pag. 6
1.1.1 <i>Il contesto internazionale e nazionale</i>	Pag. 6
1.1.2 <i>Il contesto regionale del Veneto</i>	Pag. 8
1.2 La salute degli immigrati.....	Pag. 8
1.2.1 <i>Premessa</i>	Pag. 8
1.2.2 <i>Barriere all'accesso</i>	Pag. 10
1.2.3 <i>Il diritto alle cure</i>	Pag. 10
1.2.4 <i>I principali problemi di salute</i>	Pag. 13
1.3 Cenni all'infermieristica transculturale	Pag. 15
2. MATERIALI E METODI	Pag. 18
3. RISULTATI DELLA RICERCA	
3.1 Che cos'è il <i>Community Health Educator</i> (CHE) model?.....	Pag. 20
3.2 Chi sono i <i>Community Health Educators</i> (CHEs)?	Pag. 21
3.3 Perché formare dei CHEs?	Pag. 21
3.4 Come si sviluppa un programma che utilizza il CHE model	Pag. 23
3.5 Cosa si intende per <i>Social Embeddedness</i> ?	Pag. 24
3.6 Quali interventi sono stati utilizzati per incrementare l'accesso ai servizi?	Pag. 25
3.7 Applicazione del modello CHE in Italia	Pag. 26
3.8 Il Progetto MEET	Pag. 28

CAPITOLO 4: DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

4.1 Punti di forza e debolezza del <i>CHE model</i>	Pag. 30
4.2 Implicazione per la figura dell'infermiere	Pag. 31
BIBLIOGRAFIA	Pag. 33
ALLEGATI	Pag. 37

RIASSUNTO

I cittadini stranieri residenti in Veneto risultano 514mila nel 2013, pari al 10,4% della popolazione residente. Tra le regioni italiane il Veneto si colloca al quarto posto per numero di residenti stranieri dopo Lombardia, Lazio ed Emilia Romagna. La quota dei residenti stranieri in Veneto rispetto al totale italiano è passata dall'11,4% del 2011 al 10,5% del 2013. Analisi condotte in diverse regioni italiane hanno evidenziato il cosiddetto effetto "migrante sano". Chi si trasferisce in Italia ha, in genere, una condizione di salute migliore rispetto a chi è rimasto nel paese d'origine. All'interno di questo effetto generale si riconoscono peraltro, per la popolazione immigrata, alcune caratteristiche specifiche quali una più alta mortalità infantile, un più alto tasso di ricovero ospedaliero tra le donne per cause ostetriche, un maggior rischio di neoplasie derivanti da esposizioni ad agenti virali. Altra peculiarità degli stranieri è il più elevato tasso di accesso al pronto soccorso per quasi tutte le fasce d'età, dovuto al fatto che gli immigrati riconoscono l'ospedale come struttura sanitaria di riferimento mentre tendono a fare un uso limitato dei servizi di assistenza territoriale. Si evidenziano numerosi ostacoli all'accesso e all'uso dei servizi sanitari da parte degli stranieri, che con posizione giuridica differente soggiornano in Italia. Le politiche sanitarie in Italia non sembrano favorire il veloce e facile accesso a tutti i servizi perché disomogenee in tutto il territorio e non sempre il cittadino straniero conosce i suoi diritti e di quali servizi può usufruire. Non basta, quindi la sola offerta di servizi sanitari per renderli esigibili, ma è necessaria l'attivazione di azioni di tipo educativo, affinché tali risorse diventino effettive e riconosciute per persone che arrivano da contesti differenti, e con diversi bagagli socio-culturali. L'infermieristica transculturale ha un ruolo importante perché offre un'assistenza sanitaria culturalmente sensibile.

Questo lavoro di tesi descrive ed analizza il *Community health educator (CHE) model*, come strumento per promuovere il corretto e consapevole accesso ai servizi da parte della persona straniera. L'esito della ricerca bibliografica mette in luce che questo modello di promozione della salute ha molteplici vantaggi e che risulta efficace nel promuovere i comportamenti attesi tra la popolazione straniera; è essenziale studiarne le caratteristiche per individuare gli interventi più adatti per i gruppi specifici.

INTRODUZIONE

I dati demografici e i flussi migratori di persone straniere nel nostro paese evidenziano la rilevanza del fenomeno. La presenza di persone straniere implica una ripercussione in molti settori, compreso quello sanitario, dove i professionisti erogano cura ed assistenza a persone con cultura, religione, valori, stili di vita, lingua diversi creando un confronto con cittadini con bisogni assistenziali nuovi.

In Italia, a fine 2013, gli stranieri risultano essere quasi 5 milioni (Osservatorio Regionale Immigrazione, 2014), in aumento rispetto agli anni precedenti. In particolare in Veneto più di 500mila, pari al 10,4% della popolazione residente. Analisi condotte hanno evidenziato il cosiddetto effetto “*migrante sano*” e si riscontrano alcune caratteristiche, e di conseguenza bisogni assistenziali, differenti dalla popolazione italiana.

L’idea del tema del presente elaborato è nata durante l’esperienza di tirocinio di questi 3 anni: nelle unità operative di Pronto Soccorso e Pronto Soccorso Pediatrico ho osservato l’accesso di cittadini stranieri per problematiche differibili, che quindi facevano riferimento all’ospedale invece di usufruire del servizio del medico di medicina generale o del pediatra; anche nelle altre unità operative e nei servizi territoriali ho osservato difficoltà da parte degli infermieri ad approcciarsi e dare assistenza a persone di cultura diversa.

Il quesito di ricerca quindi ha riguardato la possibilità di dare risposte corrette ed efficaci ai problemi di salute di queste persone che si trovano in un contesto sociale e culturale diverso, a come poter raggiungerle per educarle ed informarle sul corretto uso dei servizi sanitari.

Il ruolo dell’infermiere assume una rilevanza notevole dal momento che dovrebbe erogare un’assistenza personalizzata ai sempre più numerosi utenti di cultura diversa.

il “*Community Health Educator*” (*CHE*) *model*, modello anglosassone di promozione della salute tra gli stranieri, può essere utilizzato come strategia per far fronte ai nuovi bisogni, per raggiungere le persone straniere, per promuovere un accesso appropriato e consapevole ai servizi che il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) offre.

CAPITOLO 1

DEFINIZIONE DEL PROBLEMA: L'IMMIGRAZIONE E L'ACCESSO ALLE CURE SANITARIE

1.1 Epidemiologia del fenomeno migratorio

1.1.1 Il contesto internazionale e nazionale

La storia dell'uomo è sempre stata caratterizzata dallo spostarsi da un territorio all'altro, dal migrare. La spinta alla mobilità va considerata una caratteristica dell'uomo, la cui riuscita dipende dalle capacità dell'uomo di adattarsi socialmente e culturalmente ai nuovi ambienti e dall'accoglienza e capacità di integrazione dei paesi ospitanti.

Le cause attuali delle emigrazioni sono la fuga dalla guerra, dalla dittatura, dalle carestie, dalla povertà verso la ricerca di un lavoro e del benessere.

“In un contesto internazionale ancora profondamente segnato dalla crisi economica rimane complessivamente marcata, pur con un crescendo di differenze interne, la capacità dello spazio europeo di attrarre popolazione dall'estero” (Osservatorio Regionale Immigrazione, 2014).

Dai dati raccolti dall'Osservatorio Regionale Immigrazione (2014) si evidenzia che i paesi maggiormente interessati al fenomeno migratorio sono quelli dell'Europa meridionale, anche se in questi ultimi anni si sta assistendo a movimenti migratori all'interno dell'Unione Europea, in particolare verso i paesi centrali e settentrionali, soprattutto in Germania, che è diventata la seconda meta di destinazione dei migranti dopo gli Stati Uniti d'America. La popolazione straniera presente nell'Unione Europea al 1° gennaio 2013 risultava essere pari al 6,8% della popolazione totale, pari a 34,3 milioni, in aumento del 3% rispetto all'anno precedente (Osservatorio Regionale Immigrazione, 2014).

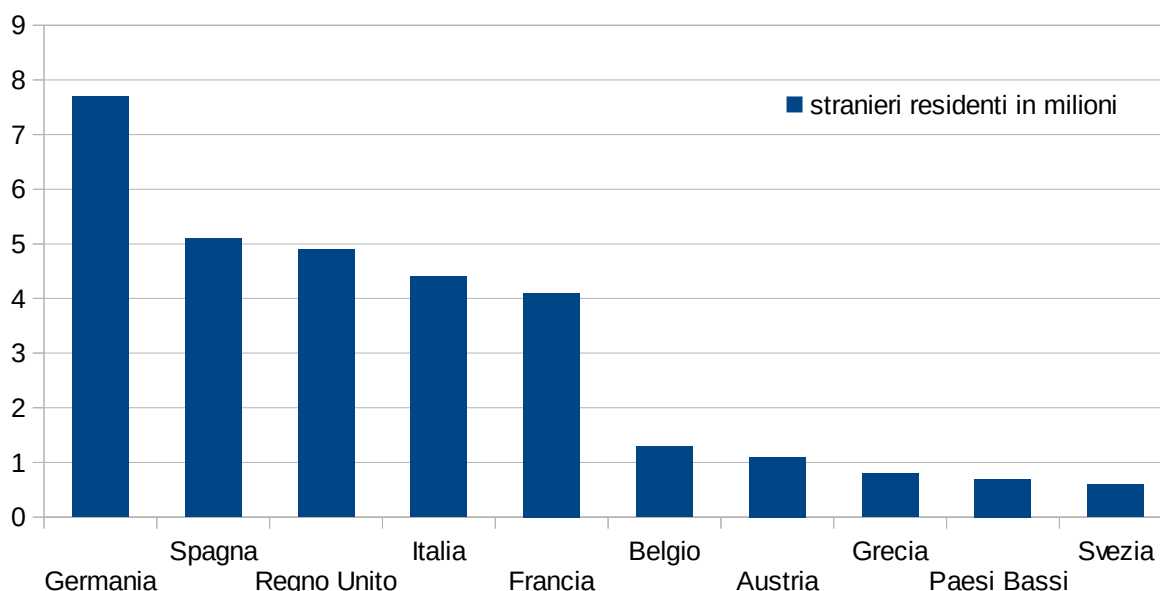
La Germania risulta al primo posto, con 7,7 milioni di cittadini stranieri residenti, seguita da Spagna, Regno Unito, Italia e Francia (vedi figura 1).

In Italia le persone straniere alla fine del 2013 (Osservatorio Regionale Immigrazione, 2014) risultavano essere pari a 4.922.000, in costante aumento rispetto agli anni precedenti. Circa la metà degli stranieri proviene da soli cinque paesi: Romania (933mila), Marocco (525mila), Albania (503mila), Cina (321mila) e Ucraina (234mila). La distribuzione degli

immigrati nel territorio italiano non risulta essere omogenea, la concentrazione degli stranieri risulta essere soprattutto in alcune regioni: Lombardia, Lazio ed Emilia Romagna.

Il Veneto si colloca al quarto posto, con un'incidenza del 10,5% sulla popolazione totale, con una lieve diminuzione rispetto all'anno precedente quando si collocava al secondo posto con un'incidenza dell'11,4%. A fine 2013 l'incidenza in Italia della popolazione straniera è del 8,1% rispetto al 7,4% dell'anno precedente. (Osservatorio regionale immigrazione, 2014).

Figura 1. Popolazione straniera residente, primi 10 paesi dell'Unione Europea (1 gennaio 2013)



Fonte: elab. Osservatorio Regionale Immigrazione su dati Eurostat

Questi tengono conto solamente degli stranieri regolarmente presenti nel territorio, mentre si stima che gli stranieri presenti irregolarmente nel territorio nazionale siano circa mezzo milione di persone, pari a circa un decimo della presenza regolare (Osservatorio Regionale Immigrazione, 2014).

L'Italia è anche una terra d'asilo per chi fugge da guerre e persecuzioni, aumentano sempre di più le persone arrivate qui a bordo di barconi sfidando il Mediterraneo: 43mila nel 2013, oltre 170mila nel 2014, 67mila solo nel primo semestre del 2015 (Fondazione ISMU, 2015)

1.1.2 Il contesto regionale del Veneto

Dai dati dell'Osservatorio regionale (2014) i cittadini stranieri residenti in Veneto al 31 dicembre 2013 risultavano essere 514 mila, pari al 10,4% della popolazione totale, oltre 27 mila in più rispetto all'anno precedente. Come nel contesto nazionale, anche in Veneto, la crescente crescita di immigrati risulta procedere di pari passo rispetto al numero delle nascite da genitori stranieri. Per quanto riguarda la totalità della popolazione nell'ultimo biennio la crescita naturale della popolazione tende alla progressiva contrazione, anche per quanto riguarda la popolazione straniera. In Veneto i nuovi nati stranieri nel 2013 sono stati circa 9200: il 6% in meno rispetto all'anno precedente, con un peso pari al 22% sul totale delle nascite, stabile rispetto agli anni precedenti. La popolazione di origine straniera risulta più giovane ed è caratterizzata da un tasso di fecondità superiore a quello delle donne italiane (2,39 figli per donna tra le straniere rispetto a 1,26 figli tra le italiane) (Osservatorio Regionale Immigrazione, 2014).

L'incremento degli stranieri ha interessato tutte le province pur con andamento diverso: nel 2013 si passa da un incremento massimo dell' 11% a Venezia e Rovigo a un incremento minimo dell'1% a Vicenza. A fine 2013 le province con il maggior numero di stranieri si confermano Verona e Treviso, entrambe con oltre 100mila residenti stranieri. Verona e Treviso sono anche le province con la più alta incidenza di stranieri sul totale dei residenti: Verona sfiora il 12%, Treviso (assieme a Vicenza) supera l'11%.

1.2 La salute degli immigrati

1.2.1 Premessa

I costanti flussi migratori hanno portato nel nostro paese non solo persone ma anche culture, religioni, preoccupazioni e abitudini di vita differenti dalle nostre che hanno contribuito ad un cambiamento sociale e culturale.

Il concetto di salute per molto tempo è stato definito come "assenza di malattia".

Tuttavia l'OMS (1948) ha definito la salute come: "*stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia*".

L'art. 32 della costituzione italiana afferma che " La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti...".

A livello internazionale la salute è tutelata dalla Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo, l'art. 2 afferma: "Ad ogni individuo spettano tutti i diritti e tutte le libertà enunciate nella presente Dichiarazione, senza distinzione alcuna, per ragioni di razza, di colore, di sesso, di lingua, di religione, di opinione politica o di altro genere, di origine nazionale o sociale, di ricchezza, di nascita o di altra condizione" (Assemblea Generale delle Nazioni Unite, 1948).

La popolazione immigrata in Veneto rappresenta una quota importante della popolazione ed è necessario quindi studiarne i più importanti problemi di salute e l'accesso ai servizi sanitari per adeguarsi ai rinnovati bisogni di cura e assistenza.

I dati sull'utilizzo dei servizi sanitari da parte degli immigrati sono ancora poco numerosi (De Luca, Ponzo, & Rodriguèz, 2013) ma si possono evidenziare alcune difficoltà all'accedere ai servizi sanitari, soprattutto quelli territoriali (Giunti, 2011).

Geraci ed El Hamad (2011) ricordano che il profilo di salute degli immigrati è influenzato da molte variabili tra le quali citano:

- La possibilità di esposizione nel paese d'origine a fattori di rischio ambientali, microbiologici, comportamentali;
- il viaggio verso il paese ospitante, che a volte è logorante a livello fisico e psicologico;
- la capacità di accoglienza del paese ospitante;
- la scarsa situazione igienica abitativa e lavorativa;
- il grado di accessibilità e fruibilità dei servizi sanitari.

Le disuguaglianze della salute sono anche frutto di problemi relativi all'accesso ai servizi sanitari (Geraci & El Hamad, 2011).

Nella dichiarazione di Bratislava sulla salute viene enunciato che l'importanza di avere dei servizi ben gestiti destinati ai migranti promuove anche il benessere di tutti e può facilitare l'integrazione e la partecipazione dei migranti all'interno dei paesi ospitanti promuovendo l'inclusione e la comprensione, contribuendo alla coesione, aumentando lo sviluppo (European Health Ministers, 2007).

1.2.2 Barriere all'accesso

In gran parte dei servizi sanitari si evidenziano alcuni ostacoli all'accesso e alla fruibilità e la ricerca delle barriere all'accesso dei servizi è stata oggetto di numerosi studi (Geraci & El Hamad, 2011) (De Luca, Ponzio, & Rodríguez, 2013).

Si evidenziano diversi tipi di criticità:

- Barriere giuridico/legali, relative all'incertezza sui diritti assistenziali delle persone straniere.
- Barriere economiche, che continuano a rappresentare un problema per l'accesso ai servizi; per far fronte a questo problema il SSN ha previsto l'esenzione al ticket per i cittadini stranieri iscritte alle liste di collocamento, per richiedenti asilo e detenuti.
- Barriere burocratiche/amministrative, relative agli iter necessari per chiedere il rimborso per ricoveri effettuati su stranieri irregolari.
- Barriere organizzative, relative ad esempio agli orari di apertura degli ambulatori o alla richiesta di alcune donne straniere di essere visitate da medici donne,...
- Barriere linguistiche
- Barriere comunicative
- Barriere interpretative
- Barriere comportamentali da parte degli utenti ma spesso anche degli operatori sanitari che sono condizionati da pregiudizi o relativi ad approcci relazionali poco professionali.
- Barriere culturali, relative a credenze, usi e consuetudini delle popolazioni.

1.2.3 Il diritto alle cure

Nella Dichiarazione di Bratislava a conclusione dell'8° Conferenza dei Ministri Europei della Salute del 2007 si afferma che "... *le misure sanitarie per i migranti che siano ben gestite, inclusa la salute pubblica, promuovono il benessere di tutti e possono facilitare l'integrazione e la partecipazione dei migranti all'interno dei Paesi ospitanti promuovendo l'inclusione e la comprensione, contribuendo alla coesione, aumentando lo sviluppo*".

Partendo da questo presupposto si denota l'importanza delle politiche sanitarie per promuovere la salute, l'integrazione e lo sviluppo di tutte le popolazioni.

Per molti anni in Italia il fenomeno dell'immigrazione è stato sottovalutato e le politiche sanitarie erano spesso orientate a far fronte a problemi contingenti (Geraci, Salute e immigrazione in Italia: il percorso del diritto all'assistenza sanitaria, 2009). Il diritto all'assistenza sanitaria era supportato da gruppi di volontariato (es. Croce Rossa, Caritas, terzo settore,...) che si erano organizzati per cercare di garantire questo diritto (Geraci & El Hamad, Migranti e accessibilità ai servizi sanitari: luci e ombre, 2011).

Il primo decreto Legge che regola l'assistenza sanitaria agli stranieri è del 1995, n. 489.

Nel 1998 il senato ha approvato la legge n. 40: “ *disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero*”; sempre nello stesso anno viene emanato il d.lgs n. 286 dal titolo: “*testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizioni dello straniero*”; queste leggi sanciscono il diritto alla salute e all'assistenza sanitaria per i cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale, con l'obiettivo dichiarato di includere a pieno titolo i rifugiati e gli immigrati in condizione di irregolarità giuridica, garantendo loro oltre alle cure urgenti anche quelle essenziali, continuative ed i programmi di medicina preventiva. Per non ostacolare l'accesso alle cure il Testo Unico contiene il divieto, da parte delle strutture sanitarie, di segnalazione all'autorità di polizia della presenza di immigrati senza permesso di soggiorno che richiedono aiuto medico (Giunti, 2011). Questo ha reso operativo l'art. 32 della Costituzione: “*la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti*”.

Il regolamento di attuazione prevede che siano le Regioni a provvedere ad individuare le modalità più opportune per garantire le cure essenziali e continuative, queste leggi quindi devono essere accompagnate dalla disponibilità delle amministrazioni locali che sono le vere protagoniste delle politiche sociali e sanitarie degli stranieri (Giunti, 2011).

Quindi pur essendoci delle leggi a livello nazionale, i percorsi di inserimento e promozione della salute devono essere dettati localmente e questo ha prodotto eterogeneità sul territorio nazionale che può determinare disuguaglianze in ambito di accesso ai servizi (Geraci, 2009).

Il progetto "Migrazione e Salute" promosso dal Ministero della Salute (2010) e condotto dall'Istituto Superiore di Sanità ha analizzato le politiche locali, evidenziando che nonostante la presenza a livello regionale di una programmazione sensibile attorno ai temi

di salute degli immigrati la realtà dell'offerta dei servizi a volte è molto distante (Giunti, 2011).

In maniera dipendente della posizione giuridica, del motivo per cui sono nel territorio italiano, di particolari status, della provenienza e altri fattori, i cittadini stranieri hanno diritto, in maniera diversa, ad accedere alle cure sanitarie. Il ministero della salute (2013) ha emanato delle indicazioni operative riguardo l'accesso ai servizi della persona straniera, qui di seguito vengono riassunte le principali categorie:

- Stranieri regolarmente soggiornanti.

L'iscrizione al SSN è obbligatoria per tutti gli stranieri regolarmente soggiornanti o che abbiano chiesto il rinnovo del titolo di soggiorno. L'obbligo di iscrizione al SSN riguarda tutti gli stranieri titolari di permesso di soggiorno per motivi di lavoro autonomo o subordinato, motivi familiari, richiesta di asilo politico o umanitario, protezione sociale, minore età, missione, stato di gravidanza e di puerperio fino ad un massimo di sei mesi dalla nascita del figlio; l'obbligo di iscrizione è esteso anche in caso di ospitalità in centri di accoglienza, richiesta della cittadinanza, detenuti ed internati, rinnovo per motivi di studio, pendenza del ricorso contro il provvedimento di espulsione. L'iscrizione è estesa anche ai familiari regolarmente soggiornanti. Gli stranieri regolarmente soggiornanti che non rientrano nelle sopracitate categorie possono assicurarsi contro malattie, infortunio mediante iscrizione volontaria al SSN valida anche per i familiari a carico. Per l'iscrizione al SSN è previsto il pagamento di un contributo; coloro che presentano la dichiarazione dei redditi non sono tenuti a versare il contributo in quanto è calcolato nel calcolo delle imposte. Per coloro che soggiornano per motivi di studio è previsto un contributo minore. L'iscrizione è gratuita se la persona straniera è disoccupata e iscritta alle liste di collocamento, se è rifugiato o richiedente asilo, se è coniugata con un cittadino italiano ed a carico dello stesso, se è minore. Con l'iscrizione al SSN si ha diritto al rilascio della Tessera Sanitaria (TS). La TS è rilasciata allo straniero che esibisca il permesso di soggiorno o la ricevuta della presentazione della domanda di rilascio o di rinnovo e che dimori abitualmente in un Comune a cui è inoltrata la domanda di rilascio.

- Stranieri non regolarmente soggiornanti. Ai cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno sono

assicurate le cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti, prestazioni minime essenziali (tutela della gravidanza e maternità; tutela del minore, vaccinazioni; profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive; servizio per le tossicodipendenze) e continuative. In sede di prima assistenza, agli stranieri irregolarmente presenti, deve essere attribuito un codice STP (Straniero Temporaneamente Presente) valido su tutto il territorio nazionale, ha scadenza semestrale e possibilità di rinnovo, anche in assenza di passaporto o di altri documenti. L'accesso alle strutture sanitarie da parte degli stranieri non regolarmente soggiornanti non deve comportare alcun tipo di segnalazione all'autorità (d.lgs 286/98, art. 5); il divieto di segnalazione deve essere considerato prevalente rispetto al reato di soggiorno illegale e al conseguente obbligo di denuncia.

- Cittadini Europei. Gli stranieri cittadini dell'Unione Europea, privi di TEAM (Tessera europea di assicurazione malattia), che consente ai cittadini europei di ricevere cure mediche necessarie durante i soggiorni negli altri stati europei, e di residenza non iscrivibili al SSN hanno diritto al rilascio del codice ENI (europeo non iscritto); l'accesso consente le cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti ed essenziali; gli interventi di medicina preventiva e prestazioni di cura ad esse correlate.
- Cittadini appartenenti a Stati con cui l'Italia ha stipulato delle Convenzioni. L'Italia a stipulato degli accordi internazionali con alcuni stati. Le persone straniere appartenenti a Stati con i quali l'Italia ha stipulato accordi internazionali, se in possesso di specifici moduli rilasciati dal Paese di appartenenza, possono usufruire dell'assistenza sanitaria nell'ambito del SSN e, comunque, previo pagamento delle quote di partecipazione alla spesa, a parità di condizioni con i cittadini italiani. Le prestazioni assicurate da queste convenzioni hanno portate differenti a seconda dell'accordo.

1.2.4 I principali problemi di salute

Numerosi studi (es. De Luca, Ponzo, Andrès) hanno riportato l'esistenza tra la popolazione straniera il cosiddetto effetto "*migrante sano*" poiché a confronto con la popolazione italiana si evidenzia un tasso più basso di mortalità, una minore incidenza di neoplasie e un minore ricorso al ricovero ospedaliero; questo è influenzato dal fatto che le 2 popolazioni

non hanno le stesse caratteristiche (basti pensare all'età media). Dai dati dell'Osservatorio regionale (2014) ci sono però alcune caratteristiche degli stranieri diverse da quelle degli italiani come ad esempio:

- una più alta mortalità infantile;
- un tasso più alto di ricovero ospedaliero tra le donne per cause ostetriche;
- maggior rischio di neoplasie derivanti da esposizione ad agenti virali;
- un più alto tasso d'accesso al pronto soccorso in tutte le fasce d'età.

I dati statistici presi in considerazione sono riferiti alla regione Veneto e sono esclusi i cittadini stranieri non residenti (ad esempio gli stranieri temporaneamente presenti).

Una delle principali differenze tra italiani e stranieri è la maggiore mortalità infantile tra gli stranieri: più dettagliatamente nel primo anno di vita la mortalità per i maschi italiani è pari a 266,7 per 100.000 mentre per gli stranieri è pari a 380,8. Per le femmine il tasso è 216,2 per le bambine italiane mentre 308,5 per le bambine straniere.

Per quanto riguarda il ricovero ospedaliero, i dati indicati fanno riferimento al biennio 2012/2013, l'8,2% delle dimissioni risulta essere riferito a persone straniere. Si riscontrano differenze sulle tipologie di ricovero: i ricoveri urgenti tra gli stranieri hanno una percentuale più alta rispetto agli italiani.

Un'altra importante differenza si evidenzia tra gli accessi al pronto soccorso. Nel 2013 gli stranieri sono titolari del 12,7% degli accessi al pronto soccorso (tenendo conto che la quota di stranieri tra la popolazione corrisponde al 10%). In tutte le fasce di età gli stranieri accedono più frequentemente al pronto soccorso rispetto agli italiani, si evidenzia un tasso d'accesso particolarmente alto tra le donne straniere tra i 20 e 29 anni.

Dai dati analizzati si deduce che gli stranieri vedono il pronto soccorso come punto di riferimento per i problemi di salute e, probabilmente, non utilizzano pienamente e correttamente dei servizi sanitari offerti dal territorio.

L'utilizzo delle strutture di emergenza e l'effetto migrante sano sono concetti in evidente conflitto: se da un lato i cittadini stranieri tendono a conservare a lungo uno stato di buona salute, dall'altro tendono ad utilizzare frequentemente e in maniera non appropriata i servizi ospedalieri.

Secondo De Luca et al (2013) l'utilizzo eccessivo del pronto soccorso da parte degli immigrati può avere diverse spiegazioni:

- l'accesso ai servizi di emergenza è più facile;

- il pronto soccorso dà una risposta immediata ai bisogni di assistenza sanitaria riducendo barriere linguistiche, culturali, burocratiche che gli stranieri incontrano quando cercano di accedere ai servizi di cura primaria;

I dati confermano che non basta la sola offerta di servizi sanitari per renderli esigibili, ma è necessaria l'attivazione di azioni di tipo promozionale, affinché tali risorse diventino effettive e riconosciute per persone che arrivano da contesti differenti, e con diversi bagagli socio-culturali (Tizzi, 2014).

1.1 Cenni all'infermieristica transculturale

L'infermiera ed antropologa americana Madeleine Leininger è riconosciuta come fondatrice dell'infermieristica transculturale. Durante la metà degli anni '50, lavorando in qualità d'infermiera, si accorse che la cultura era assente dall'assistenza infermieristica e che le diversità, così palesi nella vita quotidiana, non erano per nulla percepite.

Per dare risposta a questo problema, per avvicinarsi alle esigenze di ogni tipo di cultura, per cercare di abbattere le barriere culturali e linguistiche, in ambito infermieristico è nata l'infermieristica transculturale.

Secondo il pensiero di M. Leininger : *“l'assistenza infermieristica, se lasciata a se stessa porta all'etnocentrismo come modo intenzionale di imporre i propri valori, credenze e pratiche su altri in quanto l'esercente li ritiene superiori o migliori”*.

Definisce il Nursing transculturale come: *“Una branca del Nursing fondata sullo studio comparato e sull'analisi dei diversi comportamenti sanitari delle diverse culture, finalizzate a sviluppare un sapere scientifico e umanistico capace di consentire la realizzazione di pratiche assistenziali specifiche per ogni cultura e universali”*.

La teoria è stata anche definita come *“Diversità e universalità dell'assistenza transculturale”*, rappresentata dal modello del *“sole nascente”*.

I tre maggiori principi della teoria di Leininger sono:

- Tra le culture del mondo esistono diversità ed universalità nell'ambito dell'assistenza. La scoperta di queste conoscenze deve guidare gli infermieri per una migliore assistenza alle persone appartenenti ad altre culture.

- Nel mondo i fattori sociali come la religione, l'economia, la politica, la tecnologia, l'educazione, la parentela, la lingua, le condizioni ambientali, la storia etnica influenzano fortemente i significati, le espressioni e i modelli di assistenza culturale nelle diverse culture. Conoscere questi fattori è importante per offrire un'assistenza olistica e significativa.
- Le tre maggiori azioni e decisioni assistenziali per arrivare ad un'assistenza culturalmente congruente per la salute ed il benessere degli assistiti sono:
 - *La conservazione dell'assistenza culturale.* Si riferisce a quelle azioni e decisioni che aiutano i pazienti, in una determinata cultura, a mantenere o preservare la salute, a guarire dalla malattia oppure ad affrontare la morte.
 - *L'adattamento dell'assistenza culturale.* Si riferisce a quelle azioni e decisioni che aiutano i pazienti, in una data cultura, ad adattarsi o a negoziare una condizione di salute positiva oppure ad affrontare la morte.
 - *Il rimodellamento dell'assistenza culturale.* Si riferisce a quelle azioni e decisioni che aiutano i pazienti a ristrutturare o modificare il loro stile di vita secondo modelli nuovi o diversi che sono significativi, soddisfacenti e di supporto per la vita da un punto di vista culturale.

Analizzando la Teoria secondo i quattro concetti di meta paradigma del nursing:

- la persona è capace di prendersi cura degli altri e di interessarsi a loro; sebbene l'assistenza degli essere umani sia universale, i modi di erogarla variano nelle diverse culture;
- l'ambiente non viene definito in modo specifico, tuttavia vengono trattati i concetti di visione del mondo, struttura sociale e contesto ambientale; l'ambiente è strettamente correlato al concetto di cultura;
- la salute si riferisce ad una condizione di benessere o di guarigione culturalmente costituito, definito, valutato e praticato da singoli individui o gruppi per essere in grado di svolgere le attività quotidiane; la salute comprende sistemi sanitari, pratiche sanitarie, modelli di promozione e mantenimento della salute; è universale

in tutte le culture, tuttavia è definita da ognuno in maniera diversa, in modo da rispecchiare i valori e le credenze specifiche;

- l'assistenza infermieristica è definita un'arte umanistica e una scienza che si basa su comportamenti, funzioni e processi personalizzati al fine di promuovere e mantenere la salute oppure di far guarire da una malattia; l'assistenza infermieristica ha un significato fisico, psico-culturale e sociale per le persone ed usa tre sistemi d'azione (conservazione, adattamento e rimodellamento dell'assistenza culturale) per erogare l'assistenza infermieristica che maggiormente si adatta alla cultura della persona.

L'infermieristica transculturale è una disciplina che fornisce le nozioni necessarie per offrire un'assistenza sanitaria valida e culturalmente sensibile. Lo scopo è la promozione ed il rispetto delle esigenze di assistenza culturale degli esseri umani. Perché l'assistenza alle persone sia terapeutica è necessario che le conoscenze professionali si adattino alle credenze, culture, valori degli assistiti. Se l'assistenza non va incontro alle esigenze dei "nuovi" utenti possiamo aspettarci scarsa collaborazione e insoddisfazione da parte degli assistiti.

Per lavorare in campo transculturale non è semplicemente necessario essere consapevoli e sensibili rispetto alle diversità, questo è il punto di partenza ma è necessario acquisire conoscenze culturali, concetti, principi, teorie di assistenza per essere competenti; bisogna poi saper utilizzare le competenze acquisite, anche in modo creativo, per poter ottenere interventi culturalmente congruenti e responsabili.

Il termine "assistenza culturalmente congruente" è stato coniato, per la prima volta, da Leininger negli anni '60 per definire l'obiettivo della teoria dell'assistenza culturale, ora viene utilizzato universalmente dalle discipline sanitarie, sociali e scientifiche. (Leininger & McFarland M.R.)

CAPITOLO 2

MATERIALI E METODI

Per poter produrre la seguente revisione bibliografica, dopo aver analizzato il contesto italiano e regionale riguardo all'immigrazione e alla salute (vedi "report 1" allegato), è stata fatta una ricerca attraverso l'utilizzo delle seguenti stringhe/parole chiave per poter analizzare il *CHE model*:

- Emigrants and immigrants, ethnic groups OR cultural diversity
- Community health educator, health education, community health planning, community health services OR health promotion
- Transcultural nursing
- Nursing, nurse's role, nurses, nursing care, nursing staff, nursing assessment, Nurse-Patient Relations

Il materiale è stato ricercato attraverso una ricerca on –line, utilizzando banche dati tra le quali e alcuni libri:

- portale AIRE e Portale PubMed: si sono ricercate le parole chiavi sopraelencate nelle riviste professionali presenti presso la Biblioteca Pinali ("riviste elettroniche").
- Sito www.saluteinternazionale.it
- <http://migranthealth.eu/index.php/IT/cos-e-meet>
- Google e Google scholar, soprattutto per la ricerca in Italia
- Un libro in formato elettronico: *Application and management of Community Health Educator Model*
- Un libro: *Infermieristica Transculturale: concetti, teorie, ricerca e pratica*

Oltre alle parole chiavi/termini è stato utilizzato un filtro sulla base della data di pubblicazione dell'articolo: ultimi 10 anni.

Nel portale AIRE dell'Università degli studi di Padova, digitando nella modalità "ricerca veloce", ha ottenuto 53 articoli.

La ricerca in Pubmed è stata effettuata digitando tutte le stringhe di ricerca/parole chiave intervallate dall'operatore booleano AND: si sono ottenuti 112 articoli.

Dopo aver escluso molti articoli sulla base della lettura dell'abstract, altri in quanto non era disponibile il full text, altri in quanto doppi ed alcuni dopo averli letti, sono stati selezionati per la revisione finale 9 articoli.

Dalla ricerca su progetti e studi fatti in Italia sono stati ricavati 3 articoli e una presentazione di un progetto.

Dalla lettura degli articoli si sono presi in considerazione alcuni studi clinici randomizzati che sono stati fatti su progetti che utilizzavano il “*Community Health Educator*” model come strategia di promozione o prevenzione della salute tra popolazioni di minoranza etnica. Per ulteriori informazioni si veda il “report 2” in allegato.

Da qui ho potuto analizzare il modello, le sue caratteristiche principali, nonché i punti di forza e le criticità emerse.

CAPITOLO 3

RISULTATI DELLA RICERCA

3.1 Cos'è il modello del *Community Health Educator* (CHE)?

Il “*Community health educator*” è un modello anglosassone, creato nel 1990 da Lai Fong Chiu, per la promozione della salute tra persone di minoranza etnica in cui alcuni membri della stessa comunità sono reclutati ed addestrati per poi essere in grado collaborare attivamente a iniziative di sensibilizzazione e promozione della salute.

Il modello è nato per promuovere tra le donne di minoranza etnica lo screening alla mammella. Successivamente è stato iniziato un nuovo progetto “*Woman to woman*” per promuovere lo screening alla cervice uterina e per testare l'efficacia del CHE model.

L'obiettivo che si propone questo modello è ridurre le diseguaglianze di salute tra le popolazioni di minoranza etnica e favorire lo scambio con altre etnie.

Le caratteristiche significative di questo modello sono:

- *Empowerment*, inteso come rafforzamento sia della comunità che dei singoli membri; questo modello basa la sua efficacia sulle capacità personali e collettive riguardo alla prevenzione e tutela della salute.
- Partecipazione, perché sono i membri della comunità che partecipano attivamente al progetto e promuovono ed educano a comportamenti consapevoli sulla salute.

L.F. Chiu ha affermato che l'utilizzo del modello comporta dei vantaggi significativi.

Questi vantaggi sono:

- il *potenziale di sviluppo della comunità*: rafforzare le capacità di individui non professionisti mettendoli in grado di aiutare membri della loro comunità per affrontare le questioni di salute rappresenta una parte fondamentale dell'approccio di sviluppo della comunità.
- il *potenziale di sviluppo dell'organizzazione*: la presenza dei CHEs influisce sull'atteggiamento, sulle conoscenze e sul comportamento degli operatori sanitari. In questo modo l'organizzazione sanitaria e sociale sarà in grado di realizzare servizi culturalmente più sensibili.
- il *potenziale di sviluppo personale*: la crescita personale è fondamentale perché i CHEs possano essere efficaci.

3.2 Chi sono i *community health educators* (CHEs)?

I *community health educators* non sono mediatori culturali, cioè persone straniere con una buona conoscenza della nostra lingua che operano all'interno di strutture sanitarie; sono piuttosto persone, membri di uno specifico gruppo, che dopo essere stati formati collaborano alla realizzazione e soprattutto all'attuazione di progetti con i professionisti sanitari e lavorano fuori dalle strutture utilizzando la loro capacità innata di raggiungere le persone appartenenti al loro stesso gruppo con approcci culturalmente sensibili, adattando metodi e messaggi per soddisfare le esigenze della loro comunità. Sono più informati sulle risorse della comunità, sono visti come più credibili tra la loro comunità, sono in grado di raggiungere anche gli individui più isolati utilizzando le loro reti sociali. Essi sono in grado di promuovere idee e comportamenti innovativi che si adattano alle esigenze e alle aspettative della cultura. (Larkey, Gonzalez, Mar, & Glantz, 2009)

Gli *educators* sono selezionati in base alla loro leadership, alla capacità di comunicazione, alla fiducia.

3.3 Perché formare dei CHEs?

Ci sono notevoli vantaggi nel coinvolgere le comunità nella promozione della salute.

Prima di ogni progetto, di ogni intervento è sempre prevista una specifica formazione dei CHEs da operatori sanitari.

Costruire le capacità dei laici come educatori sanitari comunitari può essere risorsa e sostegno per gli altri membri della comunità per aiutare a sviluppare le proprie capacità e per affrontare problemi di salute anche dopo il progetto. La presenza degli educatori sanitari parte della comunità nel progetto avrà un effetto anche sulla conoscenza e sul comportamento degli operatori sanitari coinvolti. Questi ultimi saranno in grado di sviluppare interventi e servizi culturalmente più sensibili e linguisticamente più appropriati migliorando così la qualità, l'accettabilità e l'accessibilità ai servizi anche da parte dei gruppi di minoranza etnica. (Chiu, 2003).

I vantaggi a formare dei CHEs sono molteplici (Larkey, Gonzalez, Mar, & Glantz, 2009):

- Impegna membri di determinate comunità che sono interessati alla salute del gruppo;
- Impiega risorse, conoscenze e cultura locali per la comprensione di problemi di salute;

- Riduce disparità di salute;
- Sono visti dai membri della comunità come più credibili rispetto agli operatori sanitari;
- Sono in grado di raggiungere più persone, anche le più isolate;
- Possono essere risorsa per la formazione di operatori sanitari in ambito transculturale.

Uno studio *before&after* (Maxwell, Danao, Cayetano, Crespi, & Bastani, 2012) che aveva lo scopo di valutare la formazione di Educatori all'interno della comunità filippina in America attraverso tre criteri (conoscenza, auto-efficacia e soddisfazione) ha dato i seguenti risultati:

- La conoscenza è aumentata dal 72% al 90%
- L'auto-efficacia di partenza era molto alta (media di 8,2 su 10) , ha comunque avuto un significativo aumento (media 8,9 su 10)
- Il 93% delle persone che sono state formate è stato molto soddisfatto della formazione.

Un importante ruolo dei CHE è quello di prendere contatto con le persone, che sono difficilmente raggiungibili dagli operatori del Servizio Sanitario Nazionale, attraverso la loro rete sociale di familiari, conoscenti e persone della loro stessa cultura.

Anche se ricerche (Levy Storm & Wallance , 2003) hanno dimostrato che le reti sociali e l'intervento dei CHEs sono determinanti per aumentare l'accesso e l'uso dei servizi è importante studiare lo specifico gruppo di persone straniere a cui ci si riferisce in quanto lo studio (Chiu & West, 2007) rileva che CHEs di alcune nazionalità (es. cinesi) non sono riusciti sempre a raggiungere tutte le persone che precedentemente non accedevano alle campagne di screening per il cancro.

Una revisione della letteratura (Hunt, Grant, & Appel, 2011) che aveva lo scopo di individuare i ruoli dei promotori di salute di comunità nello specifico ha portato in luce quattro importanti ruoli:

- *Supporter*, ossia sostenitore emotivo, informativo che può operare tramite telefonate, di persona, tramite invio di e-mail motivazionali, offrendo rinforzo positivo per la partecipazione a incontri e a mettere in atto comportamenti di salute;

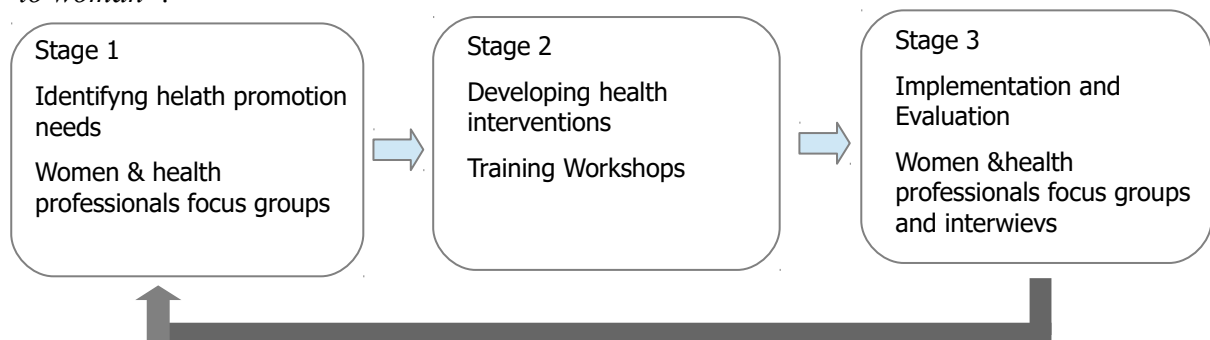
- *Educator*, indipendente o in collaborazione con altri operatori sanitari, che avviene mediante organizzazione di incontri, individuali o di gruppo, su determinate tematiche per formare la comunità;
- *Advocator*, fungendo da legame tra i servizi e la comunità, per discutere di problemi acuti con i medici; per pianificare gli appuntamenti con il personale sanitario; per fornire informazione sui diritti alla salute dei membri della comunità;
- *Program facilitator*, quando supporta il personale sanitario nella distribuzione di materiale informativo, quando invita le persone a parlare alle riunioni di gruppo.

3.4 Come si sviluppa un programma che utilizza il CHE model?

Lai Fong Chiu descrive come avviene lo sviluppo di programmi che utilizzano il modello CHE, normalmente ha luogo in 3 fasi:

- Fase 1: identificazione dei bisogni
- Fase 2: sviluppo di intervento sanitario
- Fase 3: attuazione e valutazione

Figura 2. Fasi del modello “Community Health Educator” utilizzato nel progetto “*Woman to woman*”.



Tratto da “*The application and management of the community health educator model: a handbook for practitioners*”

- Fase 1: Identificazione dei bisogni: questa è una fase importante e non deve essere sottovalutata. Viene identificato il bisogno della comunità e vengono raccolte informazioni sulla comunità, sulle risorse e mezzi che dispongono. Inizia la costruzione delle relazioni con la comunità, si iniziano a mettere a fuoco i programmi

di promozione della salute e si cominciano ad elaborare le strategie di formazione dei Che's.

- Fase 2 : Sviluppo di intervento sanitario: questa fase richiede ai partecipanti di contribuire allo sviluppo della realizzazione di un intervento sanitario. Vengono condivise e identificate le esigenze e necessità di formazione dei Che's; vengono inoltre identificati i ruoli all'interno del progetto degli operatori sanitari e i loro bisogni formativi connessi (ad esempio potrebbe essere necessario per gli operatori sanitari essere formati per lavorare con gruppi svantaggiati di cultura diversa)
- Fase 3: attuazione e valutazione: in questa fase ha inizio l'attuazione del progetto a partire dalla formazione dei che's e degli operatori sanitari. La valutazione del programma deve essere condivisa con tutti i partecipanti al progetto per poter meglio individuare le aree di miglioramento e i bisogni insoddisfatti.

3.5 Cosa si intende per *Social Embeddedness*?

In un articolo di L.F. Chiu e R.M. West (2007) si evidenzia che l'efficacia dell'intervento dei CHEs dipende molto anche dal *social embeddedness*. Il Termine *embeddedness* si può tradurre come "annidamento", "radicamento". Il concetto di *embeddedness* si lega al concetto di legame, che si distingue in legame debole e legame forte. I legami forti sono quelli esistenti tra i familiari o tra individui che hanno frequenti contatti, in questi legami esiste forte fiducia, senso di collaborazione, rispetto; mentre i legami deboli sono quelli esistenti ad esempio a livello professionale, essi non godono di forti valori. Granovetter (1973) ha messo in discussione il fatto che l'esistenza di legami forti sia una miglior risorsa rispetto ai legami deboli e sostiene che legami diversi hanno valore diverso; legami forti sono importanti per la cooperazione, per accrescere il supporto; legami deboli sono importanti per ricevere e assimilare informazioni. Il concetto di *embeddedness* è legato anche al concetto di omofilia, persone con caratteristiche simili (età, sesso, educazione, razze/etnia,...) hanno più facilità di instaurare dei contatti. La più importante è l'etnia. Le reti che si creano basate sulla caratteristica etnica/di razza creano la base più solida per la trasmissione di informazioni, per lo scambio di esperienze ed interazione sociale. Il capitale sociale è il valore che hanno i legami tra le persone.

È importante capire che tipo di legami ci siano all'interno della comunità, quali siano i modelli di comportamento e di percezione per svolgere in maniera efficace il ruolo di CHEs

3.6 Quali interventi sono stati utilizzati per incrementare l'accesso ai servizi?

Questo modello di promozione della salute prevede che gli interventi vengano decisi in base alle risorse, ai bisogni, alla cultura della comunità.

Uno studio randomizzato controllato (Larkey, Gonzalez, Mar, & Glantz, 2009), che si prefiggeva di educare sui programmi di screening per il cancro tra le donne di comunità Latine in America, ha previsto l'uso di due differenti metodi, entrambi culturalmente adeguati, per fornire informazioni alla comunità:

- Intervento individuale
- Intervento di gruppo

L'intervento di gruppo ha riguardato l'interazione dei partecipanti e il sostegno sociale, questo può essere un vantaggio perché può durare anche oltre il tempo del progetto. Un altro studio (Ma, et al., 2013) ha evidenziato risultati significativi con interventi su piccoli gruppi per aumentare la conoscenza della clinica sul cancro e per incrementare l'accesso ai servizi di screening oncologico, gli interventi da parte dei CHEs venivano poi rafforzati da volantini in lingua per aumentare l'educazione.

Un altro studio randomizzato controllato (Dugan, et al., 2012) prevedeva l'utilizzo, oltre che della cura tradizionale, di due interventi culturalmente sensibili, uno a bassa intensità tramite l'invio di un video linguisticamente adattato e uno ad alta intensità che prevedeva oltre all'invio del video un intervento di un educatore membro della comunità per incoraggiare ad usufruire dei servizi di screening. Gli interventi culturalmente sensibili si sono dimostrati più efficaci nel raggiungere l'obiettivo ossia incrementare l'utilizzo dei servizi di screening alla cervice uterina tra le donne straniere.

L'intervento di gruppo è importante in quanto i partecipanti possono discutere tra di loro riguardo alle informazioni acquisite, questo può servire per ridurre lo stigma verso alcune malattie e per ridurre la disinformazione.

Uno studio americano che si poneva di ridurre il numero dei casi di asma tra i bambini di comunità africane (Turyk, et al., 2013) ha utilizzato diverse tipologie di interventi gestiti da CHEs con forti legami con la comunità supportati sempre da operatori sanitari, tra i quali:

- Interventi a domicilio
- Contatti telefonici
- Formazione della comunità

3.7 Applicazione del modello CHE in Italia

Anche in Italia sono stati avviati alcuni progetti sulla base delle raccomandazioni della Seconda Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute ad Adelaide (1988), dove è stata segnalata la necessità di rafforzare gli interventi per la salute collettiva, e successivamente sulla base del programma per la salute di azione lanciato dall'Unione Europea nel 2007 che si proponeva i seguenti obiettivi:

- Promuovere la salute per ridurre le disuguaglianze sanitarie;
- Migliorare la sicurezza sanitaria dei cittadini;
- Creare e diffondere informazioni e conoscenze sulla salute;

Nel 2012 il Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) ha approvato il progetto *“Individuazione delle disuguaglianze in salute e creazione di conseguenti modelli di azioni di sorveglianza e contrasto”* (Centro Nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie, 2012) che ha preso avvio nel mese di ottobre 2012 con lo scopo di individuare modelli appropriati di contrasto alle disuguaglianze in salute in sottogruppi di popolazione svantaggiata.

In Italia, in particolare, è stato avviato il progetto dell'Asl di Arezzo (Tizzi, 2014) che ha previsto la formazione di CHEs/promotrici di salute. Il progetto aveva lo scopo di ridurre le gravidanze indesiderate e le IVG tra le donne rumene. Questo progetto ha avuto la durata di circa un anno e si è svolto in tre fasi:

- La prima fase ha previsto una ricognizione sociologica dei luoghi di ritrovo e di aggregazione delle donne provenienti dalla Romania, delle reti sociali, e l'individuazione di due CHEs in base alla loro conoscenza del territorio, del contesto d'origine, delle loro competenze relazionali e sociali e alle motivazioni rispetto al progetto e al loro desiderio di *empowerment*.
- La seconda fase prevedeva la formazione delle CHEs e degli operatori sanitari che sono stati coinvolti nel progetto e l'individuazione dei temi da portare nel progetto.
- La terza fase ha previsto la programmazione e l'attuazione degli interventi.

Il bilancio è ancora provvisorio, in generale l'obiettivo di costruire uno scenario per la promozione della salute tra le donne rumene è stato conseguito (anche se non è ancora valutabile); due tipi di risultati sono stati raggiunti: uno in termini di processi reali di cambiamento, concretizzatisi negli incontri in Consultorio e nel Gruppo di lavoro; l'altro in termini di acquisizione di conoscenze, informazioni ed auto riflessione da entrambe le parti (operatori sanitari e donne rumene) utili a migliorare la comunicazione e l'ascolto reciproco.

A Cesena, il “*progetto educatori alla salute nella comunità (ESC)*” (Ausl Cesena, 2007), frutto di una collaborazione tra vari enti in diversi settori che si occupano di promuovere l'integrazione, la partecipazione e la salute delle persone immigrate, si proponeva di promuovere competenze ed abilità utili per fruire in maniera corretta dei servizi attraverso una rete di facilitatori (educatori di comunità alla salute, ESC). Il progetto, che era direttamente ispirato al “*Community health educator*” model di Leeds, è stato avviato nel 2007, ha previsto la formazione di alcune donne straniere ben inserite nella società che si sarebbero occupate di promuovere l'accesso allo *screening* della cervice uterina tra le donne della loro comunità. Il programma (Palazzi, 2009) prevedeva incontri tra le comunità di stranieri, operatori sanitari e mediatori culturali per condividere il progetto; incontri di formazione per gli ESC e sostegno agli ESC nella fase di realizzazione degli interventi. Sono stati messi in atto diverse tipologie di interventi per raggiungere e informare le donne:

- Telefonate;
- Incontri individuali;
- Incontri svolti da operatori sanitari e mediatori culturali.

Inizialmente sono state riscontrate alcune criticità:

- Problema molto poco percepito;
- Partecipazione incostante;

Viste le difficoltà incontrate sono state percorse altre vie con ulteriori interventi (Incontri di gruppo organizzati dagli ESC nei luoghi di aggregazione) e sono stati raccolti i seguenti risultati:

- Buona adesione delle comunità straniere;
- Interesse da parte delle donne partecipanti;

- Sono stati attivati molti contatti con le comunità di stranieri, i centri e le associazioni;
- Sono state create competenze nelle comunità sui servizi esistenti;
- Promozione di ulteriori progetti, da parte degli ESC formati, per creare vie di comunicazioni nuove con le famiglie straniere;
- Crescita delle conoscenze e competenze interculturali degli operatori.

3.8 Il progetto MEET

MEET è un progetto biennale, che si è concluso a ottobre 2015, che si è proposto di sviluppare ed applicare il modello CHE in chiave europea al fine di promuovere un appropriato e consapevole accesso ai servizi sanitari per le persone straniere attraverso il coinvolgimento attivo delle stesse comunità di stranieri ed il rafforzamento delle competenze in ambito educativo e culturale all'interno dei servizi sanitari territoriali.

Il progetto è stato attuato affinché possa raggiungere effetti a cascata in ogni paese partecipante.

Gli obiettivi che si pone MEET sono:

- Sviluppare e applicare il modello del “*Community Health Educator*” con lo scopo di creare un modello condiviso e universale che possa essere applicato in diversi contesti nazionali;
- Migliorare le competenze nell'approccio transculturale tra gli operatori dei servizi sanitari in modo da erogare un'assistenza più sensibile ed adeguata alle varie culture;
- Rafforzare le capacità delle persone straniere di ottenere e comprendere informazioni sulla salute necessarie per accedere correttamente ai servizi sanitari e migliorare i propri bisogni di salute.

Parte essenziale di questo progetto di sviluppo comunitario è l'individuazione di persone non professioniste, provenienti da contesti migratori, da coinvolgere come *Community Health Educators* e che, a loro volta, poi, informeranno e supporteranno altri membri della comunità, mettendoli in grado di accedere e utilizzare correttamente i servizi sanitari. Il modello CHE si propone di sensibilizzare su determinate questioni di salute pubblica e di promuovere nuovi comportamenti responsabili fra i membri delle comunità.

Il progetto MEET ha operato per affrontare le disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari e sociali dei cittadini migranti nei diversi contesti dei 5 paesi partecipanti (Istituto Superiore della Sanità, 2015). Il progetto si è sviluppato in 3 fasi:

- la prima fase ha previsto l'identificazione dei bisogni tra i migranti in ogni paese di riferimento (in Italia le ricerche hanno rilevato un'enorme lacuna nelle informazioni nel settore della tutela della salute ed, in particolar modo, nel settore della prevenzione);
- nella seconda fase il progetto MEET chiedeva ai partecipanti di lavorare sui punti di partenza per prevedere lo sviluppo di progetti basati sul modello del CHE. Sono stati prodotti i seguenti output:
 - Manuale di supporto, per la formazione;
 - Manuale con Linee Guida, per la formazione ai formatori;
 - il Curriculum di Educatore di Salute di Comunità
 - L'implementazione del corso pilota.
- la terza fase ha previsto la stesura del documento strategico “disuguaglianze della salute in Europa ed il potenziale del modello ESC”. Lo scopo del documento strategico è di applicare il modello ESC (ISS, 2015).

Per poter accrescere la sostenibilità al modello ESC sono state elencate alcune raccomandazioni, tra le quali:

- coinvolgere i rappresentanti politici;
- includere le comunità dei migranti nel definire le loro necessità in materia di salute;
- implementare la realizzazione di una “rete europea” fra le organizzazioni e i professionisti al fine di migliorare le competenze;
- rendere la “competenza per la salute dei migranti” parte integrante della gestione della qualità in enti (scuole, ospedali, università) attraverso una formazione specifica.

CAPITOLO 4

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

4.1 Punti di forza e debolezza del *CHE model*

L'obiettivo del presente elaborato era di comprendere se il “*Community health educator*” model fosse un metodo efficace per aiutare le persone straniere, linguisticamente e culturalmente distanti dal nostro mondo, a muoversi all'interno della rete dei servizi socio-sanitari e quindi a promuovere la salute.

L'idea di esplorare questo argomento parte dall'esperienza di tirocinio di questo triennio di studi: si sono rilevate difficoltà nell'approccio con le persone straniere, accessi in pronto soccorso per problematiche di salute minori e la necessità di trovare un modo per risolvere queste criticità.

Sulla base delle raccomandazioni dell'OMS e dell'Unione Europea è emersa la necessità di rafforzare gli interventi per la salute collettiva e per ridurre le disuguaglianze in salute. Dalla revisione della letteratura è emerso che il CHE model è efficace per promuovere la salute tra le popolazioni straniere, in quanto:

- Utilizza l'*empowerment* a favore della persona che agisce come educatore ma anche tutta la comunità a cui si rivolge;
- Coinvolge il più possibile l'utente nel processo di assistenza e lo rende protagonista della tutela della propria salute;
- Favorisce l'integrazione sociale e culturale delle comunità di minoranza etnica;
- Contribuisce alla formazione di operatori sanitari nel campo dell'infermieristica transculturale;
- favorisce la realizzazione di interventi culturalmente più sensibili;
- migliora l'accessibilità ai servizi in genere;
- Aumenta l'informazione e l'educazione sanitaria.

La revisione della letteratura ha messo in luce che la combinazione di più interventi ha dato risultati più efficaci rispetto a progetti basati su un solo intervento; inoltre è stato studiato che l'intervento di gruppo ha effetti molteplici:

- Contribuisce ad aumentare le conoscenze rispetto a specifici problemi
- Permette alle persone di discutere e confrontarsi;

- Aiuta a ridurre lo stigma di alcune patologie.

Lavorare con comunità di stranieri non è facile: la gestazione procede lentamente e non senza fatiche ma produce frutti. Dai progetti messi in atto si è potuto capire che la strategia per raggiungere l'obiettivo che ci si prefigge non è unica, bisogna adattare l'intervento ai bisogni e alla cultura della comunità e tentare più strade senza fermarsi alle prime difficoltà.

4.2 Implicazione per la figura dell'infermiere

Il modello CHEs è applicabile alla figura e al ruolo dell'infermiere. Alcune indicazioni giungono dal profilo professionale: art. 2 *“l'assistenza infermieristica preventiva, curativa e palliativa è di natura tecnica, relazionale ed educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria”*; art. 3 *“ l'infermiere partecipa all'identificazione dei bisogni della persona e della collettività [...] svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie pubbliche o private, nel territorio [...]”*.

Anche il nuovo codice deontologico (2009) contiene indicazioni che rafforzano tale ipotesi: art. 4 *“l'infermiere presta assistenza secondo i principi di equità e giustizia, tenendo conto dei valori etici, religiosi e culturali [...]”* art. 6 *“L'infermiere riconosce la salute come bene fondamentale della persona e interesse della collettività e si impegna a tutelarla con attività di prevenzione, cura, riabilitazione e palliazione.”*; art. 19 *“L'infermiere promuove stili di vita sani, la diffusione del valore della cultura della salute e della tutela ambientale, anche attraverso l'informazione e l'educazione. A tal fine attiva e sostiene la rete di rapporti tra servizi e operatori.”*

La classificazione delle diagnosi infermieristiche aiuta gli infermieri a organizzare la propria assistenza e indirizzare gli interventi in base alle evidenze scientifiche.

La diagnosi infermieristica definita da L.J. Carpenito (2009) *“inefficace gestione del regime terapeutico (comunità)”* aiuta a organizzare, definire le funzioni e definire l'ambito di competenza dell'infermiere nella gestione e attuazione di progetti che prendono spunto dal CHE model.

Questa diagnosi infermieristica si riferisce ad un modello in cui la comunità incontra, o rischia di incontrare, delle difficoltà nell'integrare un programma di trattamento di una malattia e di riduzione delle situazioni di rischio.

L'obiettivo è identificare le risorse comunitarie e promuovere il loro utilizzo per risolvere problemi sanitari della comunità.

L'accertamento infermieristico relativo alla comunità prevede, prima di indagare i vari modelli funzionali, una ricerca per conoscere la comunità, la loro cultura, i valori, necessari per rispettare le esigenze delle persone e una ricerca per indagare quali siano i problemi di salute, le risorse, i mezzi, i sostegni che la comunità dispone per far fronte a questi problemi e le difficoltà, gli ostacoli che si interpongono tra loro e i servizi sanitari locali.

L'infermiere quindi, utilizzando le sue conoscenze, interpretando i dati che ha raccolto e avvalendosi della collaborazione delle persone della comunità coinvolte si adopererà per programmare ed attuare interventi culturalmente congruenti volti a promuovere la salute.

Il presente lavoro ha voluto offrire uno spunto di riflessione affinché venga posta attenzione ai problemi di tutela e promozione della salute delle persone straniere che in questo momento storico sono particolarmente importanti; e ha posto particolare attenzione al *Community Health Educator* model come strumento a cui far riferimento per indirizzare interventi a favore della salute della comunità.

BIBLIOGRAFIA

- Assemblea Generale delle Nazioni Unite. (1948). Dichiarazione Universale dei Diritti Umani.
- ausl cesena. (2007). Progetto "educatori alla salute nelle comunità". *disponibile al sito* <http://www.ausl-cesena.emr.it/AziendaeStruttura/DipartimentiTerritoriali/DipartimentoSanitagravePubblica/UOEpidemiologiaeComunicazione/Educazioneepromozionedellasalute/Lasalutedegliimmigrati/Progettirivoltiaimmigrati/Educatoridicomunit>.
- Capitani, G. (2013, 06 12). *Community Health Educators a Leeds*. (R. SI, A cura di) Tratto da saluteinternazionale.info: www.saluteinternazionale.info
- Carpenito, L. (2009). *Diagnosi Infermieristiche: applicazione alla pratica clinica* (IV ed.). (P. Alberto, Trad.) Casa Editrice Ambrosiana.
- Centro Nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie. (2012). *progetto esecutivo "Individuazione delle disuguaglianze in salute e creazione di conseguenti modelli di azione di sorveglianza e contrasto*.
- Chiu, L. (2003). *The application and management of the community health educator model: a handbook for practitioners*. Leeds: Nuffield Institute for Health, University of Leeds.
- Chiu, L., & West, R. (2007). Health intervention in social context: Understanding social networks and neighbourhood. *Social Science & Medicine* 65, 1915-27.
- Costituzione della Repubblica Italiana. (1947, Dicembre 27). *Gazzetta Ufficiale*.
- D.M. 14 Settembre 1994, n. 739, Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere
- De Luca, G., Ponzio, M., & Rodriguèz, A. (2013). Health care utilization by immigrants in Italy. *Int J Health Care Finance Econ*, 1-31.
- Dugan, C., Coronado, G., Martinez, J., Byrd, T., Carosso, E., Lopez, C., et al. (2012). Cervical cancer screening and adherence to follow-up among Hispanic

- women study protocol: a randomized controlled trial to increase the uptake of cervical cancer screening in Hispanic women. *BMC cancer*, 12:170.
- European Health Ministers. (2007). Bratislava Declaration on health, human rights and migration. *8th conference of European Health Ministers*. Bratislava.
 - Federazione Nazionale Collegi Infermieri. (2009, Gennaio). Codice deontologico dell'infermiere. Roma.
 - Fondazione ISMU. (2015). Tratto il giorno 09 22, 2015 da Sito Web Fondazione ISMU: <http://www.ismu.org>
 - Geraci, S. (2009). Salute e immigrazione in Italia: il percorso del diritto all'assistenza sanitaria. *articolo in press*.
 - Geraci, S., & El Hamad, I. (2011). Migranti e accessibilità ai servizi sanitari: luci e ombre. *8(3)*, Suppl 3.
 - Ghent, A. (2008). Overcoming migrants' barriers to health. *Bulletin of the World Health Organization*, *86(8)*, 583-84.
 - Giunti, S. (2011). L'accesso ai servizi sanitari degli immigrati in Italia. *Jura Gentium*, *8(1)*, 82-94.
 - Granovetter, M. (1973). The strength of weak ties. *American journal of Sociology*, *78*, 1360-1380.
 - <http://migranthealth.eu/index.php/IT/>. (2015). Tratto il giorno 09 2015 da <http://migranthealth.eu/index.php>.
 - Istituto Superiore della Sanità (2015). Meeting the health literacy needs of immigrant populations. Roma, 20 Ottobre 2015.
 - Hunt, C., Grant, J., & Appel, S. (2011). An Integrative Review of Community Health Advisors in Type 2 Diabetes. *Journal of Community Health*, 883-893.
 - Larkey, L., Gonzalez, J., Mar, L., & Glantz, N. (2009). Latina recruitment for cancer prevention education via Community Based Participatory Research strategies. *Contemporary Clinical Trials* *30*, 47-54.

- Leininger, M., & McFarland M.R. (s.d.). *Infermieristica Transculturale: concetti, teorie, ricerca e pratica*. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.
- Levy Storm, L., & Wallance , S. (2003). Use of mammogram screening among older Samoan women in Los Angeles county: a diffusion network approach. *Social Science & Medicine* , 987-1900.
- Luzi A.M., Colucci A., Schwarz M., Pasqualino G., Pugliesi L., Pompa M.G., et al. (2013). L'accesso alle cure della persona straniera: indicazioni operative. *Notiziario dell'istituto superiore di Sanità*, 26 (4), 14-16
- Ma, G., Tan, Y., Blakeney, N., Seals, B., Ma, X., Zhai, S., et al. (2013). The impact of a community-based clinical trial educational intervention among underrepresented Chinese Americans. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 23(3), 424-32.
- Maxwell, A., Danao, L., Cayetano, R., Crespi, C., & Bastani, R. (2012). Evaluating the Training of Filipino American Community Health Advisors to Disseminate Colorectal Cancer Screening. *J Community Health*, 37, 1218-1225.
- Osservatorio Regionale Immigrazione. (2014). *Immigrazione straniera in Veneto*. Venezia-Mestre.
- Palazzi, M. (2009). Immigrazione e screening:l'esperienza nella Ausl di Cesena. disponibile al sito http://salute.regione.emilia-romagna.it/screening/colon/la-documentazione/atti-di-convegni-e-giornate-seminariali/immigrazione-e-screening-oncologici/relazione_Palazzi.pdf/view.
- Tizzi, G. (2014). L'esperienza del Community Health model ad Arezzo. *Salute e territorio*(202), 437-41.
- Turyk, M., Banda , E., Chisum, G., Weems, D., Liu, Y., Damitz, M., et al. (2013). A multifaceted community-based asthma intervention in Chicago: effects of trigger reduction and self-management education on asthma morbidity. *J Asthma*, 50(7), 729-736.

ALLEGATI

REPORT 1

BANCHE DATI	STRINGA DI RICERCA	ARTICOLI SELEZIONATI	DISPONIBILE SU
PubMed	("Health Services Accessibility"[Mesh]) AND "Emigrants and Immigrants"[Mesh] - filtri: ultimi 5 anni; humans – trovati 309 articoli	De Luca, G., Ponzo, M., & Rodríguez, A. (2013). Health care utilization by immigrants in Italy. <i>Int J Health Care Finance Econ</i> , 1-31.	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub
www.google.it	servizi sanitari AND immigrati	Giunti, S. (2011). L'accesso ai servizi sanitari degli immigrati in Italia. <i>Jura Gentium</i> , 8(1), 82-94. Geraci, S., & El Hamad, I. (2011). Migranti e accessibilità ai servizi sanitari: luci e ombre. 8(3), Suppl 3.	http://www.juragentium.org/topics/index.htm http://www.ijph.it
www.google.it	salute AND immigrazione	Luzi A.M., Colucci A., Schwarz M., Pasqualino G., Pugliesi L., Pompa M.G., et al. (2013). L'accesso alle cure della persona straniera: indicazioni operative. <i>Notiziario dell'istituto superiore di Sanità</i> , 26 (4), 14-16 Ghent, A. (2008). Overcoming migrants' barriers to health. <i>Bulletin of the World Health Organization</i> , 86(8), 583-84.	Istituto Superiore di Sanità - http://www.epicentro.iss.it/ World Health Organization - http://www.who.int/en/

REPORT 1

Osservatorio regionale immigrazione		Osservatorio Regionale Immigrazione. (2014). <i>Immigrazione straniera in Veneto</i> . Venezia-Mestre.	
ISMU (Iniziative e Studi sulla Multietnicità)		Fondazione ISMU. (2015). Tratto il giorno 09 22, 2015 da Sito Web Fondazione ISMU	http://www.ismu.org
salute internazionale		Capitani, G. (2013, 06 12). <i>Community Health Educators a Leeds</i> . (R. SI, A cura di) Tratto da saluteinternazionale.info : Geraci, S. (2009). Salute e immigrazione in Italia: il percorso del diritto all'assistenza sanitaria. <i>articolo in press</i> .	www.saluteinternazionale.info

REPORT 2

BANCHE DATI	STRINGA	ESITI DELLA RICERCA	ARTICOLI SELEZIONATI
PORTALE AIRE (Accesso Integrato alle Risorse Elettroniche)	“community health educator”	53	<ol style="list-style-type: none"> 1. Chiu, L., & West, R. (2007). Health intervention in social context: Understanding social networks and neighbourhood. <i>Social Science & Medicine</i> 65, 1915-27. 2. Levy Storm, L., & Wallance , S. (2003). Use of mammogram screening among older Samoan womenn in Los Angeles county: a diffusion network approach. <i>Social Science & Medicine</i> , 987-1900. 3. Larkey, L., Gonzalez, J., Mar, L., & Glantz, N. (2009). Latina recruitment for cancer prevention education via Community Based Participatory Reserch strategies. <i>Contemporary Clinical Trials</i> 30, 47-54. 4. Maxwell, A., Danao, L., Cayetano, R., Crespi, C., & Bastani, R. (2012). Evaluatin the Training of Filipino American Community Health Advisors to Disseminate Colorectal Cancer Screening. <i>J Community Health</i>, 37, 1218-1225. 5. Ma, G., Tan, Y., Blakeney, N., Seals, B., Ma, X., Zhai, S., et al. (2013). The impact of a community-based clinical trial educational intervention among underrepresented Chinese Americans. <i>Cancer Epidemiol Biomarkers Prev</i>, 23(3), 424-32. 6. Turyk, M., Banda , E., Chisum, G., Weems, D., Liu, Y., Damitz, M., et al. (2013). A multifaceted community-based asthma intervention in Chicago: effects of trigger reduction and self-management education on asthma morbidity. <i>J Asthma</i>, 50(7), 729-736.

REPORT 2

PUBMED	“community health educator”	0	0
PUBMED	(Transcultural Nursing AND Health Promotion)OR ((Emigrants and Immigrants OR Ethnic Groups OR cultural Diversity)AND (community health educators OR Health Education OR Community Health Planning OR Community Health Services OR Health Promotion/methods OR Health Services Needs and Demand)AND(nursing OR nursing OR nurse's role OR nurses OR nursing care OR nursing staff OR nursing assessment OR Nurse-Patient Relations))	112	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dugan, C., Coronado, G., Martinez, J., Byrd, T., Carosso, E., Lopez, C., et al. (2012). Cervical cancer screening and adherence to follow-up among Hispanic women study protocol: a randomized controlled trial to increase the uptake of cervical cancer screening in Hispanic women. BMC cancer, 12:170. 2. Hunt, C., Grant, J., & Appel, S. (2011). An Integrative Review of Community Health Advisors in Type 2 Diabetes. Journal of Community Health, 883-893.
GOOGLE SCHOLAR	“community health educator”	448	<ol style="list-style-type: none"> 1. Granovetter, M. (1973). The strenght of weak ties. American journal of Sociology, 78, 1360-1380.
GOOGLE	“community health educator”	236000	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ausl cesena. (2007). Progetto "educatori alla salute nelle comunità". disponibile al sito http://www.ausl-cesena.emr.it/Portals/0/Documenti/Dip%20Sanit%20C3%A0%20Pubblica/Convegni_Corsi_Materiali/Advocacy/Lai_Fong_ChIU_2%20.pdf http://migranthealth.eu/index.php/IT/cos-e-meet 2. Tizzi, G. (2014). L'esperienza del Community Health model ad Arezzo. Salute e territorio(202), 437-41. Disponibile su http://www.valtiberinainforma.it/news/progetto-pilota-ad-arezzo-di-oxfam-ed-usl-per-ridurre-gli-aborti-delle-donne-dell-est

REPORT 2

GOOGLE	“community health educator”		<ol style="list-style-type: none">3. Palazzi, M. (2009). Immigrazione e screening:l'esperienza nella Ausl di Cesena. disponibile al sito http://salute.regione.emilia-romagna.it/screening/colon/la-documentazione/atti-di-convegni-e-giornate-seminariali/immigrazione-e-screening-oncologici/relazione_Palazzi.pdf/view.4. Capitani, G. (2013, 06 12). <i>Community Health Educators a Leeds</i>. (R. SI, A cura di) Tratto da saluteinternazionale.info: www.saluteinternazionale.info
--------	-----------------------------	--	---