

Raccomandazioni per un “Ospedale Interculturale”

Introduzione

L’immigrazione si situa a livello internazionale e locale all’interno di un quadro di riferimento, anche in termini di diritti, estremamente complesso e fortemente condizionato e condizionante. Monitorare tale evento è anche occasione per valutare la legittimità e l’equità di politiche attente ai bisogni, alla dignità, all’autonomia di ogni essere umano, soprattutto se in condizione di debolezza o disagio.

L’Italia, con la sua storia di paese d’immigrazione relativamente recente, sta tentando di coniugare le istanze della definizione di principi universalistici come quello del diritto alla salute per tutti, come modello di un’organizzazione dell’assistenza che possa favorire l’accesso e la fruibilità delle prestazioni e, con un’analisi seppur ancora frammentaria, dei problemi e dei bisogni di salute della popolazione immigrata.

I recenti fenomeni di spostamento demografico e l’arrivo nel nostro Paese di migranti hanno cambiato l’approccio di lettura dei bisogni di salute. Negli ultimi dieci anni il trend dell’immigrazione in Italia è molto cresciuto ed è tuttora in crescita : oggi si può stimare che gli immigrati presenti in Italia costituiscano circa il 3% della popolazione.

In particolare in Regione Lombardia questa percentuale sale al 6% e nella città di Milano al 15%¹.

Oltre a ciò l’immigrazione in Italia, contrariamente ad altri paesi europei, si connota per l’alta differenziazione delle provenienze: sono più di 100 i paesi e le culture d’origine degli immigrati presenti nel nostro paese.

Le problematiche complesse di questa nuova utenza, pongono dunque ai servizi socio-sanitari vari problemi connessi alla diversità di modelli culturali relativamente ai concetti di salute, malattia, morte, maternità, paternità, molto diversi tra loro e spesso lontani da quelli presenti nella nostra cultura.

Infatti, il malessere psicologico legato alla condizione di immigrato, la mancanza o la precarietà di lavoro e di reddito, la sottoccupazione in professioni lavorative rischiose, il degrado abitativo in un contesto diverso dal paese d’origine, l’assenza del supporto familiare, il clima e le abitudini alimentari diverse tendono a compromettere il patrimonio di salute del migrante.

La difficoltà maggiore per il migrante è quella di reperire le informazioni sulla tipologia dei servizi che ha a disposizione, sulle modalità d’accesso e sulla loro dislocazione; tali difficoltà sono accentuate dal fatto che, come tutti i cittadini, si trovano immersi in un sistema di norme che regolano i rapporti tra le persone e tra queste e le istituzioni.

¹ Nelle Province lombarde le percentuali di immigrati sulla popolazione residente sono le seguenti: Milano = 7%; Brescia = 6/7%; Mantova = 6%; Bergamo, Cremona, Lodi = 5%; Varese = 4%; Como, Lecco = 3/4%; Pavia = 3%; Sondrio = 2% (Fonte: Regione Lombardia, ISMU, Osservatorio regionale per l’integrazione e la multiethnicità, Rapporto 2003).

Queste norme sono per alcuni aspetti esplicite (i regolamenti di accesso ai servizi, la carta dei servizi stessa, gli orari e le modalità di accesso, la modulistica per le richieste, ecc.), e per altri, invece, implicite ed hanno a che fare con la "cultura istituzionale", ossia i comportamenti, le aspettative, il modo di rivolgersi ai servizi o agli operatori e il tipo di rapporto che questi instaurano con gli utenti, le modalità comunicative e relazionali che utenti e operatori mettono in atto. Infine, entrambi i tipi di norma, sia quelle esplicite che quelle implicite, sono veicolati, in lingua italiana e con una modalità che è propria della cultura dominante.

L'Ospedale è il servizio più utilizzato dalle famiglie immigrate, luogo di accesso privilegiato alle cure sanitarie. In questo contesto le difficoltà di comunicazione, linguistica e culturale, creano disagio non solo all'utenza ma anche al personale ospedaliero, che rischia di non riuscire a svolgere efficacemente le proprie attività.

Ciò comporta, pertanto, la necessità da parte del personale delle strutture sanitarie di acquisire conoscenze specifiche rispetto alla relazione con immigrati provenienti da culture diverse per meglio individuarne i bisogni di salute.

Obiettivi e finalità del progetto

Dall'esperienza di alcuni Ospedali Lombardi che, tra i primi, hanno dovuto far fronte alle diverse problematiche connesse alle diversità di modelli culturali, si è costituito nell'anno 2002 un gruppo di lavoro regionale rappresentato attualmente da 16 strutture ospedaliere tra pubbliche e private, che ha avviato il progetto regionale.

Il gruppo, dopo un attento lavoro di analisi del contesto regionale, comparato successivamente con esperienze maturate nell'ambito nazionale ed europeo, ha rilevato la necessità di predisporre un documento regionale definito "Raccomandazioni per un ospedale interculturale".

Scopo del documento è supportare le Strutture socio- sanitarie nel scegliere e decidere le modalità di "accoglienza" meglio rispondenti agli standard internazionali (OMS e Joint Commission International).

Il gruppo regionale, consapevole dell'ampiezza e della complessità insita nel termine interculturale, ritiene fondamentale precisare che questo percorso avviato e rivolto in prima istanza a soggetti migranti², non preclude ora e/o successivamente la possibilità di estensione di interventi riguardanti l'alterità nelle sue diverse forme di espressione.

Il documento si articola nei seguenti punti:

1. Normativa
2. Definizione, principi
3. Aree di intervento e azioni
4. Percorso formativo
5. Strumenti informativi condivisi e predisposti dal gruppo regionale da tradurre nelle principali lingue (francese, inglese, arabo, spagnolo, cinese)
6. Strumenti informativi già realizzati nelle varie lingue, dalla Regione Lombardia

²Con il termine "migrante" che verrà usato in tutto il documento si intendono gruppi eterogenei di persone con differenti background etnici e culturali, differenti status giuridici e differenti prospettive: lavoratori immigrati, rifugiati, chiedenti asilo, minoranze inserite stabilmente (definizione tratta dalla relazione di Antonio Chiarenza sulla presentazione del progetto europeo "Migrant Friendly Hospitals")

7. Strumento di autovalutazione del progetto “Ospedale interculturale” nella struttura ospedaliera

Riferimenti vari per approfondimenti:

- A) Documento internazionale: La Dichiarazione di Amsterdam (dicembre 2004) – Verso Ospedali accoglienti per immigrati in un’Europa etno-culturale diversa – Migrazione, diversità, salute e ospedali
- B) Partecipazione di Regione Lombardia ad altre iniziative nell’area Interculturalità
- C) Siti Web utili
- D) Bibliografia

IL GRUPPO DI LAVORO

	AUTORI
AZIENDE OSPEDALIERE	
A.O. BRESCIA	Rosaria Avisani
A.O. BUSTO ARSIZIO	Cinzia Zaffaroni
A.O. CREMA	Ines Galic
A.O. CREMONA	Patrizia Sironi
A.O. SAN CARLO MI	Fiammetta Santini
A.O. SAN PAOLO MI	Graziella Sacchetti
A.O. ICP MI	Raffella Biondi Valentino Lembo
A.O. SACCO MI	Marina Morgutti Livia Corsi
A.O. FATEBENEFRATELLI - MI	Mauro Venegoni Paolo Cazzaniga
A.O. LODI	Cristina Arrigoni
IRCCS	
IRCCS SAN MATTEO - PAVIA	Maria Antonietta Bressan Francesco Falaschi
CASE DI CURA	
CdC MULTIMEDICA – SESTO S.G.	Stefano Teruzzi Carmen Sommese
CdC ISTITUTO CLINICO MATER DOMINI - CASTELLANZA	Marzia Guerra
CdC SAN CARLO - PADERNO D.	Sandro Sottili
CdC IST. CLINICO HUMANITAS - ROZZANO	Norberto Silvestri Michele Lagioia
CdC POLICLINICO SAN DONATO	Maria Teresa Cuppone Albani Ileana
D.G. SANITA' – REGIONE LOMBARDIA	
U.O. PROGRAMMAZIONE – STRUTTURA PIANI E PROGRAMMI	Loredana Luzzi Lucia Scrabbi
U.O. RETE SERVIZI EMERGENZA-URGENZA STRUTTURA INTEGRAZIONE SERVIZI ASSISTENZIALI	Antonio Fatigati
STRUTTURA COMUNICAZIONE	Carlo Alberto Tersalvi
D.G. FAMIGLIA E SOLIDARIETA' SOCIALE – REGIONE LOMBARDIA	
U.O. IMMIGRAZIONE, EMIGRAZIONE, NOMADI – STRUTTURA ESCLUSIONE SOCIALE	Clara Demarchi

Nel 2002, con nota del Coordinatore della rete lombarda HPH del 25 luglio 2002, prot. n.0042363, "l'interculturalità" è stata individuata tra le aree tematiche prioritarie su cui sviluppare progetti regionali, per la complessità delle problematiche connesse.

Si è in seguito, costituito un gruppo di lavoro informale, a cui inizialmente hanno aderito 14 strutture sanitarie. L'obiettivo generale era quello di facilitare l'accesso e l'accoglienza del cittadino immigrato ai servizi ospedalieri e la comunicazione degli stessi con gli operatori dell'ospedale, attraverso una metodologia di lavoro di rete nell'area interculturale. Si è trattato di un primo confronto con i progetti che ogni struttura aveva in corso di attuazione o pianificazione. Ciò ha permesso di condividere alcune problematiche e predisporre gli strumenti operativi da mettere in comune a tutte le strutture sanitarie.

Il gruppo ha partecipato alla 6° Conferenza Nazionale HPH Castelfranco Veneto (25-26 Novembre 2002) in cui ha presentato il primo risultato di un lavoro in comune, con un'analisi delle diverse esperienze. Successivamente ha proseguito l'attività intrapresa con l'obiettivo di costituire un database regionale sulle specifiche iniziative in atto nelle diverse strutture regionali nonché degli strumenti condivisi tradotti nelle principali lingue. Ha, successivamente, partecipato alle seguenti iniziative:

- a) confronto con altre realtà interregionali, in occasione della 7° Conferenza Nazionale HPH di Torino (21-22 Novembre 2003); dell'8° Conferenza Nazionale HPH di Riva Del Garda (24-25 Settembre 2004);
- b) confronto con realtà internazionali, in occasione della 11° Conferenza Internazionale Firenze (18-20 maggio 2003) e della 12° Conferenza Internazionale Mosca (26-28 maggio 2004);
- c) workshop tematico con il progetto internazionale "Migrant-Friendly Hospitals" coordinata dal referente italiano Antonio Chiarenza (presidio ospedaliero della provincia di Reggio Emilia) nell'anno 2004.

Il gruppo, dopo aver maturato queste esperienze, ha rilevato la necessità di predisporre il presente documento regionale, quale strumento di supporto all'attività degli operatori.

1. Normativa

1.1. Legislazione nazionale

In ambito sanitario, la normativa per i cittadini stranieri immigrati è relativamente recente. Lo scenario normativo in materia è costituito dalle seguenti principali leggi, regolamenti e circolari:

- *la legge n. 40 del 6.03.1998 “Disciplina dell’immigrazione e norme sulla condizione dello straniero”.*
- *il Decreto Legislativo n. 286 del 25.07.1998 “Testo unico sulle disposizioni concernenti la disciplina dell’immigrazione e norme sulla condizione dello straniero”.*
- *il Decreto del Presidente della Repubblica n. 349 del 31.08.1999 “Regolamento recante norme di attuazione del Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell’immigrazione e norme sulla condizione dello straniero a norma dell’art. 1, comma 6 del Decreto legislativo n. 286 /98”.*
- *la Circolare del Ministero della Salute n. 5 del 24.03.2000*
- *la legge n. 189 del 30.07.2002 “Modifica alla normativa in materia di immigrazione e di asilo”.*

1.2. Gli aventi diritto all’assistenza sanitaria

Gli stranieri³ in regola con il permesso di soggiorno possono essere in una delle seguenti posizioni:

- a) Iscritti obbligatoriamente al SSN
- b) Iscritti volontariamente al SSN
- c) Senza diritto all’iscrizione volontaria al SSN
- d) Non iscritti al SSN.

a) Iscritti obbligatoriamente al SSN a parità di trattamento con i cittadini italiani

Lo straniero è obbligatoriamente iscritto al Servizio Sanitario Nazionale se in possesso di regolare permesso di soggiorno per le seguenti motivazioni:

- abbia in corso regolare attività di lavoro subordinato o di lavoro autonomo
- sia iscritto nelle liste di collocamento
- sia detenuto
- sia in possesso del permesso di soggiorno o ricevuta di rinnovo, in attesa di adozione, affidamento ed acquisizione della cittadinanza;
- cure mediche (alle donne in stato di gravidanza e nei sei mesi successivi alla nascita del figlio);

L’assistenza sanitaria spetta anche ai famigliari a carico regolarmente soggiornanti .

Lo straniero è equiparato al cittadino italiano anche per quanto riguarda la “posizione ticket”.

Lo straniero per potersi iscrivere al Servizio Sanitario Nazionale deve presentare:

- Permesso di soggiorno in corso di validità o ricevuta di rinnovo del permesso

³ Sono considerati stranieri i cittadini extra-comunitari e non appartenenti a paesi convenzionati.

- autocertificazione di residenza o di effettiva dimora;
- codice fiscale

L'iscrizione al SSN viene meno contestualmente alla scadenza, revoca o annullamento del permesso di soggiorno.

b) Iscritti volontariamente al SSN

Il cittadino extracomunitario in regola con il permesso di soggiorno che non ha diritto all'iscrizione obbligatoria può iscriversi volontariamente, purché appartenente ad una delle seguenti categorie:

- gli studenti
- le persone alla pari
- i titolari di permesso di soggiorno per residenza elettiva in Italia
- il personale religioso
- il personale degli Uffici Consolari
- i lavoratori non tenuti a corrispondere in Italia l'imposta sul reddito delle persone fisiche;

Lo straniero per potersi iscrivere volontariamente deve essere in possesso di:

- permesso di soggiorno superiore a tre mesi (solo per studenti anche periodi inferiori), - autocertificazione di residenza o di dimora,
- codice fiscale
- ricevuta del pagamento della assicurazione privata o ricevuta del pagamento del contributo sanitario richiesto.

Tale contributo (S.S.N.) è valido per l'anno solare non è frazionabile.

c) Senza diritto all'iscrizione volontaria al SSN

Lo straniero non ha diritto all'iscrizione volontaria se titolare di permesso di soggiorno per affari, per motivi di cura o turistici.

A costoro sono comunque garantite, **dietro corresponsione dei relativi oneri** :

- le prestazioni ospedaliere urgenti (in via ambulatoriale, in regime di ricovero o di day hospital)
- le prestazioni sanitarie programmate, la tutela del minore, le vaccinazioni obbligatorie, la profilassi e la diagnosi e la cura di malattie infettive.

Tali prestazioni sono erogate nelle strutture pubbliche e private accreditate.

STRANIERI NON IN REGOLA CON LE NORME RELATIVE ALL'INGRESSO ED AL SOGGIORNO.

Agli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno (straniero "irregolare") sono garantite le seguenti prestazioni sanitarie nelle strutture pubbliche e private accreditate :

- **le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti** ;
- **le cure essenziali** (si intendono le prestazioni diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita –complicanze, cronicizzazioni o aggravamenti.);
- **gli interventi di medicina preventiva e prestazioni di cura correlate** e cioè:
 - la tutela della salute del minore (fino al compimento del 18° anno d'età);
 - vaccinazioni secondo la normativa;
 - gli interventi di profilassi internazionale, la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive.

Le prestazioni sono a pagamento. Tuttavia, intervengono economicamente nel rimborso delle prestazioni sanitarie, il Ministero dell'Interno (per le cure urgenti ed essenziali) o il Ministero della Salute (per gli interventi di medicina preventiva), qualora il cittadino straniero non sia in grado di fare fronte al costo di dette prestazioni, previa autocertificazione di indigenza e assegnazione di un codice STP.

Il codice (STP)⁴ ha validità di 6 mesi e serve per la prescrizione di accertamenti e di medicinali in classe A su tutto il territorio nazionale a parità di condizioni con il cittadino italiano (cioè con il pagamento del ticket ove previsto).

STRANIERI IN ATTESA DI RILASCIO DEL PERMESSO DI SOGGIORNO PER REGOLARIZZAZIONE

Il cittadino extracomunitario con attività di lavoro subordinato, ha diritto all'iscrizione al S.S.N., previa esibizione del cedolino rilasciato dalla Questura che documenti l'avvenuta domanda di regolarizzazione.

STRANIERI IN ITALIA PER MOTIVI DI CURA

Lo straniero che intende effettuare **cure mediche in Italia**, dietro pagamento dei relativi oneri, può richiedere il permesso di soggiorno, se in possesso di:

- dichiarazione della struttura sanitaria prescelta che indichi il tipo di cura, la data di inizio o la data presumibile della stessa;
- attestazione dell'avvenuto deposito di una somma a titolo cauzione pari al 30% sulla base del costo presumibile delle prestazioni richieste;
- documentazione che attesti la disponibilità economica per sostenere sia le spese delle prestazioni sanitarie che quelle della permanenza in Italia.

1.3. Normativa regionale

La Regione Lombardia non ha una normativa specifica per gli stranieri e si avvale, quindi, della normativa nazionale sopradescritta.

1.3.1. Piano socio-sanitario regionale 2002-2004

Il PSSR 2002-2004 prevede, tra i progetti innovativi, il "Sostegno alle iniziative per far fronte al disagio e all'emarginazione", in cui è ricompresa l'immigrazione. Le linee strategiche dell'azione regionale in esso individuate mirano a sviluppare e a promuovere

⁴ Il Codice STP (straniero temporaneamente presente) è costituito da 16 caratteri: 3 per la scritta STP in carattere maiuscolo; 3 per il codice ISTAT della Regione (nel caso della Lombardia 030); 3 per il codice regionale identificante la Struttura Sanitaria erogante e 7 per l'identificazione univoca dei pazienti a cura della struttura stessa con regole gestibili a livello di ogni ospedale (per es. con un numero progressivo o con l'anno seguito da un codice progressivo annuale).

Il codice STP viene rilasciato previa firma di una autocertificazione di indigenza (per i minori firmata da un genitore) e solo in caso siano necessarie prestazioni mediche. In altre parole non va erogato preventivamente come un sostitutivo di tessera sanitaria ad una persona al momento sana. (cfr. anche Circ. Ministeriale n° 5 del 24-3-2000).

un'integrazione possibile e ragionevole volta alla tutela dell'integrità della persona per facilitare l'accesso ai beni e servizi, e più in generale, a condizioni di vita più decorese per gli immigrati.

Tra gli obiettivi specifici sono indicati:

- d) migliorare il coordinamento tra le iniziative delle diverse articolazioni del governo regionale e locale che dovrà essere sostenuto dalle varie aree di intervento, fra cui l'area sanitaria;
- e) garantire pari opportunità di accesso ai servizi, specie nel settore sanitario e sociale, mediante la riduzione delle barriere sia linguistiche che culturali.

Tra le azioni previste nell'area sanitaria di intervento, al fine di migliorare i livelli di funzione/prestazione degli operatori e delle istituzioni sono indicate:

- f) la formazione specifica degli operatori posti a contatto con l'utenza immigrata;
- g) la individuazione di funzioni specialistiche finalizzate alle attività di mediazione culturale⁵.

1.3.2. L'Attività dell'Osservatorio Regionale per l'integrazione e la multietnicità.

In attuazione al programma regionale per l'immigrazione, con DGR . n.. 2526 del 5 dicembre 2000, è stato istituito l'Osservatorio Regionale per l'integrazione e la multietnicità. Per la sua realizzazione in data 12 dicembre 2000 è stato sottoscritto un accordo tra la Regione Lombardia, Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale e la Fondazione ISMU, già Fondazione Cariplo - ISMU, in base al quale è stata definita l'articolazione degli interventi.

L'Osservatorio è nato dalla consapevolezza che l'immigrazione costituisce ormai un fenomeno strutturale che ha investito e investirà in modo significativo l'Italia per la sua collocazione geografica e la Lombardia per la sua rilevante posizione in campo economico e produttivo.

L'istituzione dell'Osservatorio risponde all'esigenza di potenziare le capacità progettuali e le iniziative degli enti tramite:

- la promozione di interventi di formazione sulle problematiche delle singole popolazioni immigrate, rivolti a diverse categorie di operatori;
- la produzione di specifici materiali: vademecum, guide, cd rom;
- il supporto all'analisi dei dati statistici e sociologici finalizzati alla programmazione di interventi e di iniziative locali.

L'Osservatorio Regionale, attraverso la raccolta e la diffusione sistematica di elementi conoscitivi, è al servizio di coloro che si occupano di migrazione, in particolare degli enti locali e dei soggetti del privato sociale.

Obiettivi dell'Osservatorio Regionale

- Acquisire dati affidabili sul fenomeno dell'immigrazione nel territorio della Lombardia, valorizzando le fonti esistenti e attivandone di nuove.
- Assicurare una sistematica conoscenza finalizzata alla programmazione territoriale.

⁵ Il mediatore culturale è una persona in grado non solo di interloquire nella lingua dell'utente ma di comunicare in sintonia con la sua cultura e i suoi valori di riferimento.

- Collegare i diversi segmenti di conoscenza scientifica del fenomeno dell'immigrazione nella sua composizione e articolazione territoriale.
- Monitorare le esperienze di intervento operativo.
- Produrre studi e strumenti per fornire informazioni e assistenza agli immigrati, per prevenire e contrastare forme di discriminazione.

Le attività

Monitoraggio della popolazione immigrata

L'attività si basa su una metodologia capace di valorizzare l'uso congiunto di statistiche ufficiali e di dati campionari attraverso un sistema di rilevazioni periodiche in grado di garantire un'adeguata comparabilità tra le informazioni raccolte in tempi successivi.

Le fonti dei dati sono le seguenti : statistiche ufficiali da archivi; statistiche ufficiali da rilevazioni correnti; rilevazioni campionarie.

Monitoraggio dei fenomeni

L'attività si propone di fornire risposte documentate a temi ricorrenti come:

- l'inclusione nel sistema produttivo lombardo;
- l'integrazione abitativa e i processi di insediamento sul territorio lombardo;
- la partecipazione al sistema scolastico lombardo;
- le problematiche sanitarie;
- il coinvolgimento in attività devianti;
- i rapporti interetnici.

Monitoraggio degli interventi

L'attività è finalizzata a osservare sistematicamente la varietà e l'efficacia di iniziative degli enti, identificando gli attori pubblici e privati degli interventi, la tipologia, la localizzazione territoriale e le caratteristiche dei destinatari.

I settori di maggiore interesse sono quelli relativi alle politiche:

1. abitative e urbanistiche;
2. per l'occupazione;
3. culturali ed educative;
4. socio-sanitarie;
5. per la prevenzione delle forme di devianza e il reinserimento sociale;
6. per la mediazione interculturale e la sensibilizzazione.

Le aree di ricerca

- L'immigrazione straniera in Lombardia. Indagine statistica
- Il lavoro
- La salute
- La scuola
- L'accoglienza
- Il volontariato e il terzo settore.

I prodotti e i servizi

Ogni anno è assicurata la pubblicazione di un rapporto regionale che, con dettaglio territoriale, presenta gli aspetti quantitativi e le caratteristiche strutturali degli immigrati presenti sul territorio lombardo, nonché l'analisi di alcune aree tematiche di particolare rilevanza e attualità. La flessibilità del sistema adottato consente elaborazioni e analisi a livello di micro aree. A cadenza annuale vengono altresì predisposte monografie relative ad

approfondimenti tematici e relazioni sulle analisi degli interventi. E' inoltre attiva una banca dati dell'Osservatorio Regionale⁶.

2. Definizione e principi

Per "Ospedale Interculturale", si intende una struttura ospedaliera in cui i servizi sono orientati ad accogliere la diversità culturale ed etnica, in cui la qualità organizzativa e relazionale è orientata a garantire un equilibrio tra cultura di maggioranza e altre culture per favorirne l'integrazione.

La salute è oggi considerata e riconosciuta non solo come bene prezioso per l'essere umano, ma anche una ricchezza fondamentale per il progresso sociale, economico ed individuale che supera i confini territoriali dello Stato.

L'OMS ha contribuito a promuovere un cambio di atteggiamento da parte delle politiche sanitarie dei vari Paesi, da politiche "passive" ad "attive".

E' importante che l'operatore sanitario consideri questo diverso concetto di salute per poter rispondere in modo adeguato ai bisogni di salute di coloro che, con cultura diversa, approdano ai nostri servizi sanitari e, non meno importante, sappia educarli al rispetto di quanto la nostra cultura ed i nostri regolamenti richiedono.

Ciò significa passare da una mentalità "etnocentrica", in cui i propri valori di riferimento sono applicati ed imposti ad altri, ad una visione "interculturale" che, pur salvaguardando i valori della cultura autoctona, valorizza e rispetta le diverse culture.

Il nostro sistema sanitario, che pone al centro di ogni percorso assistenziale la persona nella sua globalità, deve necessariamente lasciarsi interrogare dall'attuale contingenza storica e "ripensarsi" come servizio rivolto non solo alla cultura prevalente, ma a tutte le culture presenti nel contesto territoriale.

L'esperienza del progetto Internazionale "Migrant-friendly Hospital" a cui hanno partecipato 12 Ospedali Europei, tra cui anche uno italiano (p.o. della provincia di Reggio Emilia) è stata di valido supporto tecnico al gruppo ed un parametro di confronto con l'esperienza lombarda e le relative scelte di intervento identificate.

⁶ E' possibile accedere ai servizi on-line collegandosi ai siti www.famiglia.regione.lombardia.it e www.ismu.org nella sezione Osservatorio Regionale per l'integrazione e la multietnicità.

La sede operativa dell'Osservatorio Regionale è presso la Fondazione ISMU Via Copernico, 1 – 20125 MILANO (Tel. +39 02 6787 791, Fax +39 02 6787 7979, osservatorio@ismu.org).

3. Aree di intervento e azioni

Le aree di intervento identificate per favorire un “Ospedale Interculturale” sono:

- 3.1 Area delle strategie aziendali;
- 3.2 Area della comunicazione;
- 3.3 Area del percorso di cura/assistenza;
- 3.4 Area dell’empowerment

3.1. Area delle strategie aziendali

In quest’area si colloca la finalità di migliorare l’organizzazione generale dei servizi e delle strutture ospedaliere per renderle maggiormente sensibili alle esigenze degli utenti che hanno un diverso background etnico o culturale intervenendo in tutti i processi fondamentali dell’ospedale.

Le principali azioni da mettere in atto sono:

- esplicitare l’attenzione al cittadino migrante nella mission e nei valori aziendali;
- designare un responsabile aziendale sulla interculturalità e costituire un Gruppo di lavoro operativo;
- sviluppare ed estendere un programma specifico di formazione del personale nell’area interculturale;
- sviluppare alleanze e/o cooperazione con i servizi sociali, associazioni di volontariato, in particolare degli immigrati o rappresentanti dei gruppi etnici presenti sul territorio.

3.2 . Area della comunicazione

La comunicazione verbale rappresenta una grossa barriera che il migrante incontra quando entra in contatto col nostro sistema sanitario che spesso è diverso dal proprio paese di origine. Quindi diventa prioritario agevolare la comprensione linguistica per un migliore accesso e uso dei servizi.

Le principali azioni da mettere in atto sono:

- predisporre, se non già esistenti, sistemi di segnaletica specifici nell’ospedale (tradotti almeno in inglese)⁷;
- garantire, quando necessario, un servizio di interpretariato e/o mediazione culturale, previa valutazione dei bisogni da parte dell’operatore;
- favorire la conoscenza dell’inglese al personale e agli operatori più a contatto con gli utenti migranti, tramite l’organizzazione di corsi;
- utilizzare materiale informativo tradotto nelle principali lingue (in allegato: carta dei diritti e dei doveri in ospedale; classificazione del grado di urgenza in pronto soccorso (triage), questionario anamnestico multilingue, informazione sul significato di consenso informato, modalità per la denuncia di nascita, opuscolo prevenzione SIDS,..);
- predisporre materiale informativo tradotto nelle principali lingue (ad es.: estratto della Carta dei Servizi, carta di accettazione-dimissione, modalità di richiesta della cartella clinica, informativa sulla privacy, menù degli utenti,...).

⁷ Il gruppo di lavoro, segnala inoltre altre lingue utili, quali: il francese (per l’immigrazione nordafricana e senegalese), lo spagnolo (per l’immigrazione sudamericana). E’ lasciata a ciascuna struttura la scelta di altra lingua in cui tradurre la segnaletica in base alla presenza della tipologia di immigrati nella propria struttura.

3.3 . Area del percorso di cura/assistenza

Spesso la cultura e l'etnia di appartenenza creano specifici modelli di credenze e di percezioni sul significato di salute e di malattia che influenzano il modo in cui i sintomi vengono riconosciuti e interpretati ed hanno un impatto diretto sui tempi e le modalità di accesso ai servizi sanitari.

Occorre acquisire competenze culturali da parte degli operatori per meglio rispondere ai bisogni degli utenti migranti agendo anche nell'organizzazione dei servizi.

Le principali azioni da mettere in atto sono:

- predisporre corrette procedure amministrative per la cura/assistenza gratuita per gli utenti immigrati irregolari e/o senza documenti (es.: codice STP - straniero temporaneamente presente - associato all'autodichiarazione di indigenza);
- predisporre corrette procedure amministrative per l'indirizzo dei pazienti non iscritti al SSN ma che vi avrebbero diritto (es. materiale informativo multilingue che spieghi come fare per ottenere la tessera sanitaria e indirizzi nella scelta del medico di famiglia);
- rispettare procedure che considerino, secondo vari punti di vista culturali, la gestione degli eventi significativi della vita, quali la nascita, la malattia,...la morte,);
- predisporre dei provvedimenti che consentano agli utenti immigrati di leggere e capire la documentazione sanitaria, (es. materiale multilingue e visivo, traduzioni, supporto del mediatore linguistico-culturale nella dimissione, nella presentazione dei consensi, ecc...);
- predisporre alcuni semplici provvedimenti che consentano la pratica di religioni diverse, individuando uno spazio per il culto;
- predisporre un menù adeguato alle diverse culture e religioni;
- consentire agli utenti, laddove possibile, di scegliere se essere curati ed assistiti da personale sanitario dello stesso sesso;
- facilitare la continuità delle cure e l'assistenza post-ospedaliera dell'utente migrante sviluppando una rete di collaborazione con il territorio (es.: convenzioni con associazioni di volontariato).

3.4. Area dell'empowerment

E' necessario coinvolgere i pazienti e loro familiari e le comunità immigranti per identificare le potenzialità, gli ostacoli e le risorse relative ad una utenza multietnica. Lo scopo è quello di renderli più autonomi e di metterli in grado di utilizzare in modo appropriato i servizi, di partecipare attivamente alla decisione terapeutica, ai processi di cura, di gestire in modo adeguato la propria salute e di condurre stili di vita sani e di seguire programmi di prevenzione. Le principali azioni da mettere in atto sono:

- predisporre programmi specifici di promozione di stili di vita sani (es: cure neonatali, allattamento al seno, attività fisica, corretta alimentazione,...);
- saper riconoscere e valorizzare le competenze di salute e le conoscenze ad esse correlate degli utenti migranti;
- favorire screening preventivi per patologie e per gruppi maggiormente a rischio;
- predisporre programmi di educazione alla gestione di alcune malattie (diabete, ipertensione, nefropatie...);
- predisporre un sistema per la raccolta dei reclami e di presa in carico di bisogni espressi dai cittadini migranti (traduzione della scheda di rilevazione del reclamo,..).

4. Percorso formativo

4.1 Percorso formativo regionale

Migliorare i servizi ospedalieri per un'utenza multietnica necessita agire sulla sensibilità, la conoscenza per determinare consapevolezza di intervento del personale ospedaliero mediante l'individuazione e la valutazione di specifici percorsi formativi.

Forti di queste premesse, il gruppo regionale del progetto HPH "l'Ospedale interculturale" indica la necessità di far partecipare ad un intervento formativo mirato, un certo numero di operatori ospedalieri, appartenenti a ciascuna delle Aziende Ospedaliere e ad altre strutture (IRCCS, Case di Cura, Ospedali Classificati,...), quali futuri referenti per successive azioni formative a cascata per il personale ospedaliero della struttura di appartenenza. Il percorso formativo rientra nelle strategie prioritarie individuate per garantire risultati di omogeneità sul territorio lombardo. Attualmente, infatti, nei confronti di quest'area tematica, molto è lasciato alla sensibilità di ogni azienda e di ogni singolo operatore.

FINALITA' E OBIETTIVI DEL CORSO: Conoscere e riconoscere in se stessi particolari abilità comunicative e comportamenti necessari nella relazione con migranti; conoscere i diversi significati che il vocabolo "malattia" assume in diversi contesti culturali; sviluppare le competenze di base dell'andragogia per trasmettere ai collaboratori quanto acquisito.

TARGET: personale sanitario di strutture ospedaliere aderenti alla rete lombarda HPH (almeno 1 per ogni struttura ospedaliera pubblica e privata (AO, IRCCS, Case di Cura, Ospedali Classificati,...) individuato, preferibilmente, tra gli operatori con esperienze di formazione e/o coinvolti nelle attività interculturali.

PERIODO DI ATTUAZIONE: sono da prevedere nell'anno 2005 due edizioni del corso per permettere a tutte le strutture sanitarie di poter partecipare.

DURATA CORSO: n. 8 giorni per un totale di 56 ore di formazione d'aula. A ciascuna edizione del corso sono ammesse massimo 20 persone. A 6/8 mesi dalla realizzazione del percorso formativo deve seguire una giornata di follow up per una verifica dell'impatto nelle strutture ospedaliere.

METODOLOGIA: Si alterneranno momenti di riflessione teorica a momenti di lavoro di gruppo, inteso nelle forme più ricorrenti e sperimentate della formazione, cercando di cogliere, nelle diverse fasi del processo formativo, le connessioni tra momento presente, realtà professionale, conoscenze condivise o divergenti, in modo da costruire una mappa delle esperienze orientata al nuovo.

CONTENUTI DEL CORSO:

Il corso prevede l'articolazione delle aree tematiche da sviluppare con propedeuticità, nell'ordine:

- 1) **Area interculturale:** modalità di approccio al corpo e alla malattia nelle altre culture.
L'interpretazione culturale è forma che diventa ricerca attraverso sensi e significati di ogni persona, posta a confronto con la sua realtà quotidiana e un'idea più ampia di appartenenza. Nell'approccio alle fasi della malattia e della sofferenza, capire cosa ci dicono le culture d'origine e mediare tra diverse istanze, comporta un'attenzione verso il corpo che è luogo primario della nostra esistenza, identità che ognuno manifesta con un linguaggio unico, irripetibile. I processi di mediazione, comportano la capacità di identificare con l'altro una linea di confronto e negoziazione, dove l'interesse di ognuno viene messo in una prospettiva non semplicemente antagonista, dialettica, quanto drammatica, cioè volta a tenere insieme le diverse istanze, cercando punti di convergenza da discutere nel presente valutando convenienze e mettendo in essere una zona

trasparente di divergenza, (pensiero divergente). Ciò per lavorare in una sorta di anticipazione ed elaborazione dei conflitti, per diminuire i rispettivi pregiudizi, per incoraggiare pratiche di consulenza reciproca che diano conto delle rispettive mancanze e delle capacità professionali esistenti, al fine di creare un clima di fiducia e rispetto quale premessa per affrontare itinerari di disagio e solitudine personale.

- 2) **Area dei processi formativi:** il contenuto interculturale della formazione e la formazione come processo complesso.

I formatori operanti all'interno di strutture sanitarie, ospedaliere, di assistenza, si trovano a sviluppare concetti e produrre riflessioni intorno ad un nuovo modo di affrontare il cambiamento sociale, cercando di portare al centro della cura e del pensiero scientifico che muove l'intera organizzazione, la persona nella sua unicità e presenza storica. Pensare ad una formazione che sensibilizzi operatori di vari servizi per promuovere un agire comunicativo consapevole delle differenze culturali dei pazienti stranieri, migranti, comporta una visione meno pragmatica della formazione, bilanciata con un linguaggio aperto alle questioni che accompagnano le azioni tecniche in una cornice di senso, vale a dire di un fare che abbia radici nella consapevolezza degli attori organizzativi, dunque nelle loro strutture mentali, emozionali, culturali. Riflettere sull'identità dei pazienti, significa riflettere sull'identità degli stessi operatori, cioè valutare come nel processo di cura ci sia una "messa in gioco" complessiva che comporta assunzione di responsabilità, attenzione all'altro, curiosità.

- 3) **Area della comunicazione interpersonale:** approcci interdisciplinari nella gestione dei rapporti di cura e sostegno alla persona.

La comunicazione si presenta come tema centrale in ogni contesto socio- organizzativo, anzi, per la verità si celebra spesso il suo essere centrale ad ogni esperienza relazionale, permettendo crescita personale e professionale, consapevolezza, responsabilità verso se stessi e gli altri. Infatti, acquisire una capacità comunicativa in ambito interculturale e di cura verso pazienti stranieri in condizioni di malattia, solitudine, sofferenza, significa saper interagire con l'alterità nelle sue diverse forme di espressione.

ORGANIZZAZIONE: la realizzazione di detto corso di livello regionale è determinata dall'I.Re.F. (Istituto Regionale lombardo di Formazione per l'amministrazione pubblica), che provvederà alla gestione e all'organizzazione delle due edizioni del corso stesso. Il corso rientra nella tipologia di "corso lungo di formazione residenziale" indicato nelle "Linee di indirizzo per l'attivazione del sistema ECM (Educazione Continua in Medicina) in Lombardia" di cui alla DGR n. VII/18576 del 5.08.2004.

4.2. Percorso formativo aziendale

Ciascun operatore che abbia frequentato il percorso formativo regionale dovrà programmare, nella struttura Sanitaria di appartenenza, un analogo percorso formativo rivolto agli operatori presenti nelle diverse aree ospedaliere (es. accoglienza/emergenza; materno-infantile; psichiatrica; oncologica; infettivologica, ...), in base al bisogno formativo.

La formazione dovrà avere carattere multidisciplinare, privilegiando in prima istanza il personale maggiormente coinvolto nella relazione con le persone migranti.

Il Gruppo di lavoro aziendale "Ospedale Interculturale" dovrà essere coinvolto nella progettazione, nello sviluppo, nell'attuazione e verifica di tali programmi formativi.

Orientamenti per l'individuazione del percorso formativo

- Fornire strumenti di conoscenza sul flusso migratorio italiano e del territorio regionale lombardo;
- ampliare le conoscenze sulle realtà sociali dei paesi di provenienza e sul sistema di accoglienza sanitaria italiana, fornendo approfondimenti anche sulla normativa vigente e sull'accesso ai servizi dell'utenza immigrata;
- approfondire le conoscenze sul percorso della persona migrante e sui fattori di rischio che incontra al suo ingresso nel territorio nazionale;
- promuovere la conoscenza dell'approccio transculturale di alcuni aspetti della vita, con particolare riferimento ai temi della salute, della malattia, della prevenzione, della cura, della nascita, del dolore e della morte;
- sviluppare le competenze comunicative con l'utenza migrante ed analisi della funzione del mediatore linguistico-culturale.

Strumenti informativi predisposti e/o individuati dal gruppo regionale

Il gruppo regionale ha individuato e predisposto il sotto elencato materiale utile a tutte le strutture sanitarie e ne ha proposto la traduzione nelle 5 lingue principali (inglese, francese, spagnolo, arabo, cinese).

Detto materiale verrà messo a disposizione, sul sito web regionale, per permettere a tutte le strutture di poterlo scaricare e riprodurre, adattandolo secondo le esigenze della struttura stessa:

- a) diritti e doveri della persona in ospedale;
- b) dichiarazione di nascita;
- c) significato di consenso informato.

a) Diritti e doveri della persona in ospedale

DIRITTI E DOVERI IN OSPEDALE

*“Lo Stato tutela la salute come fondamentale diritto dell’uomo e della collettività...”
(art.32 Costituzione Italiana)*

LE AZIENDE OSPEDALIERE e LE ALTRE STRUTTURE DI RICOVERO e CURA

Le Aziende Ospedaliere contribuiscono, insieme alle altre istituzioni pubbliche o private, a soddisfare i bisogni di salute della popolazione mediante l’erogazione di prestazioni e servizi di diagnosi, cura e riabilitazione in relazione alle risorse assegnate e alla dotazione tecnologica disponibile.

ACCESSO AL PRONTO SOCCORSO

Il Pronto soccorso è un servizio che eroga prestazioni in regime di urgenza ed emergenza attivo 24 ore su 24. Si accede direttamente o tramite prescrizione medica. La visita viene effettuata secondo un ordine di accettazione basato sul criterio di priorità clinica (codice colore di emergenza). E’ disponibile inoltre il numero telefonico 118: si tratta di un servizio pubblico di emergenza sanitaria attivo tutto l’anno, 24 ore su 24, che in situazioni di urgenza-emergenza sanitaria garantisce l’invio immediato di mezzi di soccorso per un eventuale ricovero ospedaliero.

ACCOGLIENZA DEL DEGENTE

Il ricovero in ospedale è disposto dal medico quando realmente necessario. L’organizzazione ospedaliera si adopera affinché ogni paziente trascorra le giornate di degenza in una condizione il più vicino possibile ai ritmi abituali del quotidiano, in un ambiente pulito e confortevole; viene inoltre garantita una dieta quotidiana compatibile con le condizioni cliniche di ogni assistito.

VITA IN OSPEDALE

Cosa portare:

- effetti personali strettamente necessari quali spazzolino da denti, dentifricio, sapone, deodorante, biancheria personale, vestaglia, pantofole, asciugamano, ecc...
- documenti: tessera sanitaria o codice STP (per stranieri temporaneamente presenti, non appartenenti all'Unione Europea), carta d'identità, codice fiscale;
- eventuali esami ematochimici, accertamenti diagnostici e cartelle cliniche di precedenti ricoveri ospedalieri;
- eventuali farmaci assunti abitualmente.

Cosa non portare:

oggetti preziosi, grosse somme di denaro; non si risponde di eventuali furti o ammanchi di denaro ed oggetti personali lasciati incustoditi.

ORGANIZZAZIONE

La vita in ospedale è caratterizzata da ritmi quotidiani che rispecchiano precise necessità organizzative, specifiche per ogni reparto.

Il personale sanitario è disponibile per informazioni e chiarimenti.

Negli orari previsti da ogni struttura i parenti ed i visitatori possono accedere alle camere di degenza evitando l'eccessivo affollamento delle stesse.

Si invitano le persone ricoverate ed i visitatori ad attenersi alla regolamentazione in vigore nella struttura in cui si trovano.

In ospedale sono previsti, di norma, servizi di assistenza sociale, assistenza religiosa ed altri servizi erogati anche da Associazioni di volontariato, di cui è possibile ricevere informazioni dal personale di reparto o rivolgendosi all'Ufficio Relazioni con il Pubblico della struttura.

La persona in ospedale ha diritto...

- ↪ ad essere assistita e curata con professionalità ed attenzione, senza discriminazioni di genere, nel rispetto della dignità umana, della cultura di appartenenza e delle proprie idee politiche e religiose;
- ↪ ad essere individuata con il proprio nome e cognome, nel rispetto della legge sulla privacy;
- ↪ ad identificare il personale ospedaliero e riconoscerne la qualifica;
- ↪ ad ottenere dalla struttura sanitaria informazioni relative alle prestazioni dalla stessa erogate e le relative modalità di accesso;
- ↪ ad ottenere dai sanitari informazioni complete, chiare e comprensibili rispetto alla diagnosi della malattia, la relativa prognosi e la terapia proposta;
- ↪ al momento della dimissione a ricevere una relazione clinica scritta in modo comprensibile, contenente le informazioni utili per la continuità delle cure;
- ↪ a ricevere tutte le informazioni che le permettano di esprimere un consenso informato prima di essere sottoposta ad intervento chirurgico o particolari procedure diagnostiche e terapeutiche. Solo nei casi urgenti e quando la persona non sia in grado di comprendere, ogni decisione spetta ai sanitari, i quali agiranno professionalmente in base agli elementi di valutazione clinica e di giudizio;
- ↪ a rifiutare, in forma scritta e sotto la propria responsabilità, trattamenti, interventi o cure proposte;
- ↪ ad ottenere, se richiesto, il certificato di degenza e, alla dimissione, copia della cartella clinica;

- ☞ ad essere accuratamente informata, nel caso di sperimentazioni relative ai farmaci, terapie, ecc...;
- ☞ che venga rispettata la riservatezza dei dati relativi alla propria malattia o ad ogni altra informazione che la riguarda;
- ☞ all'esercizio del proprio culto ed alla richiesta di visita del Ministro di culto di sua scelta;
- ☞ se di età superiore ai 65 anni, ad avere la presenza continuativa di una persona durante il ricovero;
- ☞ a poter morire dignitosamente in condizioni di tranquillità e riservatezza alla presenza di un familiare o di altra persona cara. Quando la persona è prossima alla morte può essere trasferita al proprio domicilio se la stessa o i familiari ne esprimono il desiderio (in caso di decesso presso l'ospedale la salma non può essere trasportata al domicilio);
- ☞ ad esprimere le proprie osservazioni ed eventuali reclami all'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) della struttura ospedaliera.

La persona in ospedale ha il dovere...

- ☞ di assumere un comportamento responsabile, nel rispetto e nella comprensione dei diritti delle persone presenti;
- ☞ di rispettare il personale ospedaliero, favorendo un rapporto di reciproca fiducia;
- ☞ di rispettare gli ambienti, le attrezzature e gli arredi che si trovano all'interno della struttura ritenendo gli stessi patrimonio di tutti e quindi anche propri;
- ☞ di evitare qualsiasi comportamento che possa creare situazioni di disturbo o disagio agli altri degenti (rumori, luci accese, suonerie di telefoni cellulari ad alto volume, abbigliamento non decoroso, ecc);
- ☞ di osservare il divieto di fumare, in base all'art. 7 della L. 11.11.75 n° 584 modificato dall'art. 52 comma 20 L. 28.12.01 n° 448. I trasgressori sono soggetti a sanzione amministrativa;
- ☞ di rispettare l'organizzazione, i regolamenti e gli orari previsti nella struttura sanitaria;
- ☞ di non allontanarsi dal reparto o dalla struttura senza autorizzazione durante la degenza.

TUTELA DELLA MATERNITA'

La DONNA in gravidanza ha diritto.....

- ☞ alla riservatezza e al riconoscimento della propria dignità;
- ☞ se immigrata senza permesso di soggiorno, a non essere espulsa dal Paese fino a sei mesi dopo il parto; il permesso di soggiorno può essere richiesto presso la questura competente presentando un certificato che attesti lo stato di gravidanza e la data presunta del parto;
- ☞ a vivere il parto come un evento fisiologico e non come una patologia, nel rispetto della propria cultura;
- ☞ ad usufruire di tecniche di parto aggiornate e, compatibilmente con le indicazioni cliniche e con la disponibilità della struttura ospedaliera, alla scelta della particolare tecnica di parto a cui sottoporsi;
- ☞ ad effettuare gratuitamente i controlli previsti dalla normativa vigente;
- ☞ a fruire della presenza di almeno una persona di sua fiducia al momento del parto e nei momenti successivi alla nascita;
- ☞ a ricevere le visite dei figli anche se minori di dodici anni;
- ☞ a tenere con sé il neonato al fine di agevolare l'allattamento materno e la continuità del rapporto madre-bambino;

....e in base alla Legge Italiana

- ☞ ad essere informata sui propri diritti e sulle possibilità di fruire dei servizi territoriali e del supporto di associazioni a sostegno della famiglia;
- ☞ di riconoscere il minore presso l'ospedale in cui è nato entro tre giorni dalla nascita oppure entro dieci giorni presso il comune di nascita dello stesso o presso il comune di residenza della madre (legge 127/97); in particolare, se la madre ha meno di sedici anni, il riconoscimento è rinviato fino al compimento del sedicesimo anno e nel frattempo il Giudice Tutelare nomina un Tutore provvisorio per il bambino (in assenza di padre maggiore di 16 anni);
- ☞ di non riconoscere il neonato dichiarando di non voler essere nominata nell'atto di nascita e di essere informata di tutte le procedure conseguenti;
- ☞ di interrompere volontariamente la gravidanza nei limiti previsti dalla Legge (legge 194/78); in caso di minorenni è richiesto l'assenso dell'esercente della patria potestà o la tutela. In casi particolari l'autorizzazione viene fornita dal Giudice Tutelare;
- ☞ di essere tutelata dal segreto professionale per ogni scelta intrapresa (legge 184/83).

Il BAMBINO ricoverato ha diritto.....

- ☞ alla presenza costante di almeno uno dei genitori, nel rispetto delle esigenze organizzative del reparto;
- ☞ ad avere spazio interno per lo studio, la socializzazione ed il gioco;
- ☞ ad avere collegamenti con la scuola se si tratta di una degenza prolungata;
- ☞ ad essere tutelato con l'intervento del Giudice minorile, nel caso in cui l'esercente la potestà tutoria neghi il consenso ad attività diagnostiche, terapeutiche o assistenziali ritenute necessarie per la vita del minore;
- ☞ se non riconosciuto alla nascita, a tutte le procedure per aprire immediatamente un procedimento di adottabilità;
- ☞ se clandestino e in gravi condizioni di salute ad avere un'autorizzazione da parte del Tribunale per i Minorenni a permanere con la presenza di un familiare sul territorio italiano per un periodo di tempo determinato;
- ☞ di essere aiutato, se in difficoltà, attraverso un progetto di sostegno.

Bibliografia:

- * I servizi e le informazioni per non perdere il filo – Guida pratica per il cittadino- Regione Lombardia -;
- * Suggestioni per una serena degenza in ospedale - Azienda Ospedaliera “Ospedale di Circolo di Busto Arsizio”-;
- * Vademecum del paziente ricoverato - Istituti Ospedalieri di Cremona-;
- * Madre Segreta – Provincia di Milano - .

b) Dichiarazione di nascita

La Legge Italiana **tutela l'individuo**, nei suoi diritti, già fin dalla nascita.

DICHIARAZIONE DI NASCITA

Normativa

Ogni neonato ha il diritto:

- ad avere una identità;
- ad essere riconosciuto come cittadino e quindi avere l'assistenza sanitaria e la tutela sociale;
- di appartenere ad una famiglia e di essere circondato da persone che lo amano e lo accudiscono.

Per godere di questi diritti è necessario che **ogni neonato sia tempestivamente dichiarato** presso gli Uffici Pubblici competenti ad esercitare questa importante funzione dello Stato (Ufficio dello stato civile, anagrafe, Ufficio nati).

Lo Stato Italiano, a tale proposito, ha emanato leggi e regolamenti intesi, sia a puntualizzare questi concetti sia, a rendere più agevoli gli atti da compiere per ottemperarli.

Il D.P.R. n. 396 del 3 novembre 2000, art. 20 prevede che:

La dichiarazione di nascita **deve essere resa:**

- **da uno o da entrambi i genitori**
- da un procuratore speciale, ovvero da un medico o dall'ostetrica o da altra persona che ha assistito al parto, rispettando l'eventuale volontà della madre di non essere nominata.

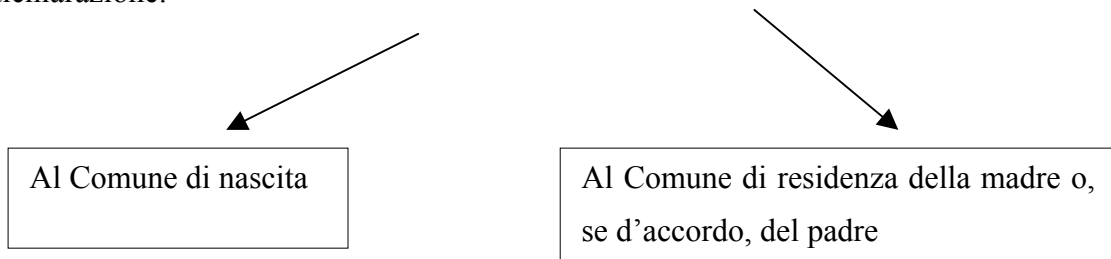
I genitori sono individuati come i **primi responsabili della dichiarazione di nascita** del neonato in virtù del fatto che essi sono investiti della responsabilità che il nuovo cittadino possa tempestivamente essere riconosciuto come tale e possa quindi essere tutelato nei suoi diritti.

INFORMAZIONI AI GENITORI

SU COME E DOVE FARE LA DICHIARAZIONE DI NASCITA DEL PROPRIO BAMBINO

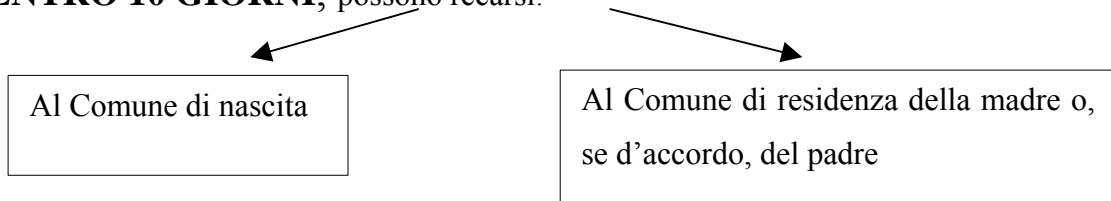
I genitori possono **scegliere**, secondo le loro esigenze, di fare la dichiarazione di nascita del proprio bambino:

1. **ENTRO 3 GIORNI**, esclusa la data del parto, alla Direzione Sanitaria dell'ospedale o clinica presso cui è avvenuta la nascita.
In questo caso i genitori possono scegliere che la Direzione sanitaria invii la dichiarazione:



OPPURE

2. **ENTRO 10 GIORNI**, possono recarsi:



ATTENZIONE: se i genitori naturali non sono sposati, entrambi dovranno recarsi a fare la denuncia di nascita, muniti di valido documento d'identità.

Nel caso siano coniugati, è invece, sufficiente la presenza di uno solo di essi.

IMPORTANTE: La scelta riguardo alla denuncia di nascita è importante, poiché in futuro la certificazione di nascita dovrà sempre essere richiesta al Comune in cui si è scelto di mandare la dichiarazione.

ESEMPIO:

dichiarazione mandata al Comune di nascita →

Certificazione sempre richiesta al Comune di nascita

dichiarazione mandata al Comune di residenza →

Certificazione sempre richiesta al Comune di nascita

c) Significato di consenso informato

CONSENSO INFORMATO

Il consenso informato indica il permesso che il paziente esprime volontariamente al personale medico e/o infermieristico, ostetrico e tecnico per l'esecuzione di procedure e/o trattamenti ritenuti necessari durante il ricovero.

1. SCOPO

Garantire che nella pratica clinica l'utente, sia realmente ed esaustivamente informato sulla diagnosi, sulla prognosi, sul trattamento proposto e sulle sue possibili conseguenze, al fine di rendere manifesto il proprio assenso alle cure.

2. CONSENSO GENERALE

Io sottoscritto _____, (oppure genitore/i)
di _____

nato/a a _____ il _____

dichiaro/dichiariamo di essere stato/i informato/i dal personale medico, infermieristico/ostetrico/tecnico che si possono rendere necessarie, durante tutto il periodo di degenza, prestazioni relative al trattamento diagnostico/terapeutico/riabilitativo e relative all'assistenza infermieristica/ostetrica.

Le prestazioni riguardano:

- i prelievi venosi/arteriosi/capillari;
- la terapia farmacologica somministrata secondo prescrizione medica;
- le rilevazioni dei dati clinici essenziali, come ad es.: pressione, temperatura, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, ecc...;
- la visita medica
- l'assistenza infermieristica/ ostetrica/riabilitativa secondo il piano di cura

CASI PARTICOLARI

1. Qualora il soggetto che deve prestare il consenso sia **minore** o **incapace di intendere e volere**, il consenso stesso è validamente prestato, da chi esercita la Genitoriale potestà o la tutela. In particolare:
 - se uno dei genitori non può esercitare la potestà a causa di incapacità o di altro impedimento (opportunosamente documentati a comprova), la potestà è esercitata in modo esclusivo dall'altro genitore;
 - se i genitori sono separati o divorziati l'esercizio della potestà spetta al genitore al quale il figlio è affidato;
 - in caso di incombente pericolo di un grave pregiudizio per il figlio, il genitore presente può adottare i provvedimenti urgenti ed indifferibili ;
 - se è stato nominato un tutore il medico farà riferimento ad esso quale rappresentante del minore.

2. Qualora il Consenso Informato debba essere prestato in **situazioni di emergenza** (quando l'utente sia incosciente, incapace o comunque versi in uno stato di pericolo imminente di vita o corra il rischio di gravi danni) si prescinde dall'acquisizione dello stesso ed il medico deve compiere tutti gli atti possibili non procrastinabili e necessari.

PRESTAZIONI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICHE CHE RICHIEDONO IL CONSENSO INFORMATO SCRITTO

Le prestazioni che necessitano di richiesta di consenso informato scritto sono:

- prelievo ematico per HIV
- trasfusione di sangue e/o derivati
- test allergici
- chemioterapie
- procedure endoscopiche
- procedure chirurgiche
- procedure anestesilogiche
- procedure diagnostiche con mezzo di contrasto
- procedure diagnostiche di natura invasiva
- sperimentazioni cliniche.

L'utente che ha espresso il consenso è libero di rifiutare la prestazione in qualsiasi momento.

Data

Firma del paziente/tutore.....

Firma dei genitori.....

Firma dell'Interprete.....



6. Strumenti informativi già realizzati dalla Regione Lombardia:

E' già stato realizzato da Regione lombardia e distribuito alle strutture sanitarie il seguente materiale informativo:

- a) poster con classificazione del grado di urgenza in pronto soccorso (procedura triage), da affiggere nelle sale di pronto soccorso e nei punti di erogazione di prestazioni con carattere di urgenza
- b) questionario anamnestico multilingue;
- c) opuscolo sulla prevenzione della SIDS (Sudden Infant Death Syndrome) chiamata anche "morte in culla" o "morte bianca".

a) Poster con classificazione del grado di urgenza in pronto soccorso (procedura triage).

Il poster contenente le indicazioni sulle procedure di accesso al pronto soccorso è stato realizzato in 5 lingue (francese, inglese, arabo, spagnolo, cinese) oltre alla lingua italiana e consegnato a tutte le strutture ospedaliere pubbliche e private.





In pronto soccorso precedenza ai casi più gravi.

Precedenza ai casi più gravi.
Il grado di urgenza del vostro caso è contraddistinto da un colore, che indica la priorità delle cure e i tempi di attesa. Il colore viene assegnato all'ingresso.

急病者优先
你们病情的紧急程度可用颜色来分辨, 即表明了就诊的优先权力和等待的时间, 颜色将在进口处标志。

Priorità des cas les plus graves.
Le degré d'urgence de votre situation est caractérisé par un couleur qui indique la priorité des soins et les délais d'attente. Le couleur est attribuée à l'entrée.




Priority is given to the most urgent cases.
The degree of urgency of your case is shown by a colour indicating the priority of the treatment and waiting times. You will be assigned your colour at the entrance.

Prioridad para los casos más graves.
El grado de gravedad de su caso se distingue por un color que indica la prioridad de atención y los tiempos de espera. El color se le asigna cuando ingresa.

الأهمية للحالات الخطيرة
إن درجة استعجال حالتكم الصحية يشار إليها بلون من الألوان و الذي يشير إلى أسبقية المعالجة و مدة الإمتظار. يمسّم اللون عند الدخول إلى المستشفى قسم المستعجلات

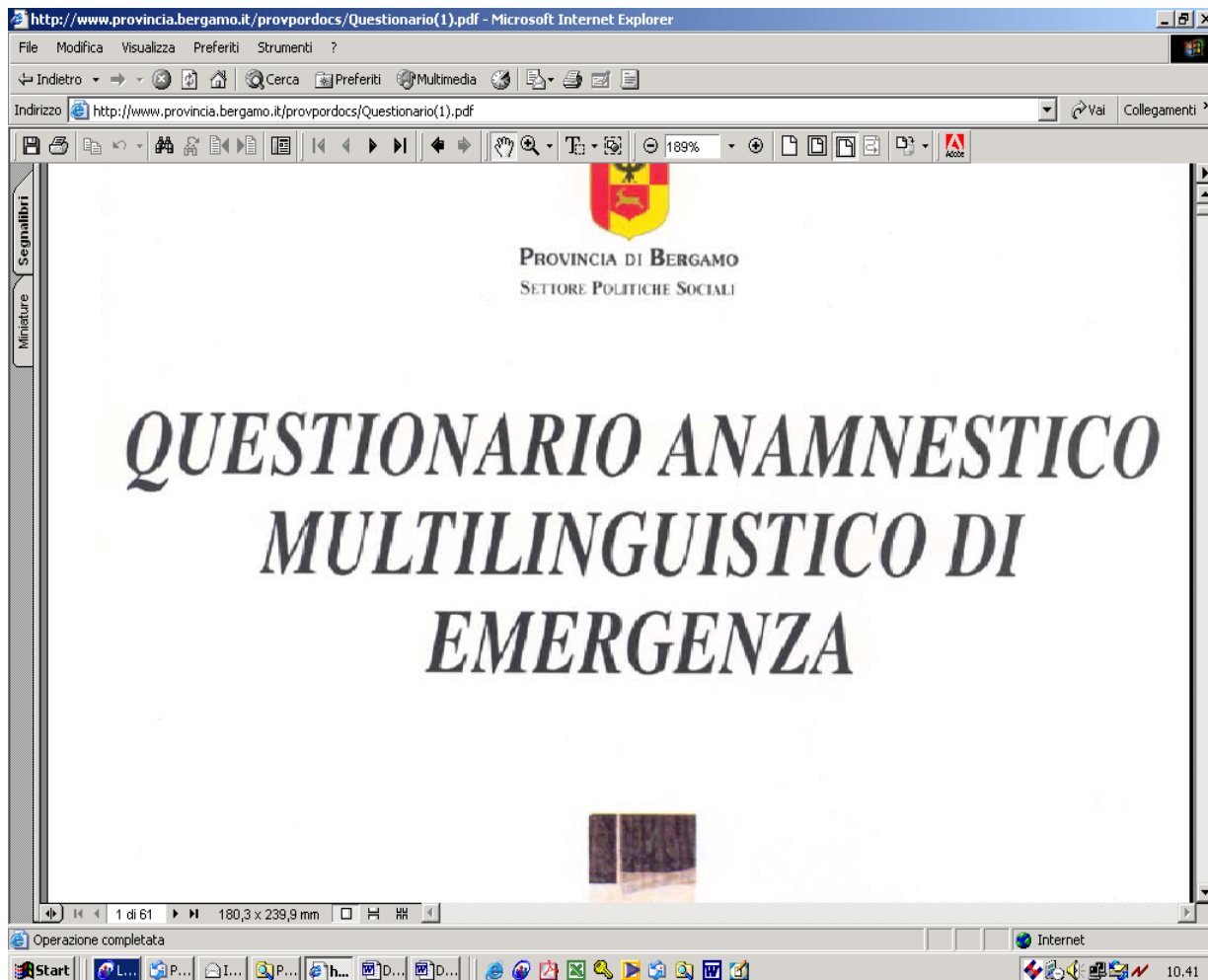
1	2	3	4
<p>ROUGE TRES GRANDE URGENCE Danger de mort immédiat, priorité absolue.</p> <p>红色 紧急 有生命危险, 绝对优先</p>	<p>ROSSO URGENZA Pericolo di vita immediato, priorità assoluta.</p> <p>YELLOW URGENT Serious injury. High level of urgency, severe effort to reduce the patient's wait.</p> <p>黄色 紧急 外伤严重, 情况紧急, 有生命危险但可治疗</p>	<p>VERDE URGENZA MINORE Wesens pericolo di vita, intervento "difficile". Cura possibile dopo il caso più urgente.</p> <p>GREEN LESS URGENT Life not in danger, medical care may be delayed. Treatment given after the more urgent cases.</p> <p>绿色 较为紧急 没有生命危险, 可以延迟治疗, 但有较严重优先接受治疗。</p>	<p>BLANC AUCUNE URGENCE Cas non présentant pas de gravité, qui peut être traité par le médecin de famille ou par le spécialiste au dispensaire. Votre affeczione deve essere curata, oltre la misura di priorità attribuite il routine nei altri casi urgenti se permit. Ces prestations sont sujettes au paiement du ticket médicalisé.</p> <p>WHITE NO URGENCY Cases not serious; it may be resolved by a family doctor or by a specialist in an outpatient clinic. The patient will be seen, but only after the more urgent cases have been dealt with. The treatment is subject to the payment of a special charge.</p> <p>BLANCO SIN URGENCIA Casos sin gravedad. Los resuelve el médico de familia o el especialista en el ambulatorio. La atención del médico se efectuará cuando sea compatible con los otros casos urgentes. Estos prestaciones médicas están sujetas al pago de ticket.</p> <p>الألون الأبيض - الحالة الطوارئ حالة دون استعجال. لا تشكل خطراً على الحياة. يمكن علاجها من طرف الطبيب المتخصص في العيادة الخارجية. لا يتم علاج الحالات الأقل أهمية إلا بعد معالجة الحالات الأكثر استعجالاً. هذه الإجراءات الطبية تخضع لادفع قدر مارك يسمّى "التكيت"</p>
<p>ATTENTION à la couleur attribuée Si vous devez attendre, cela signifie qu'une autre personne a besoin de recevoir des soins plus urgents.</p>	<p>ATTENZIONE al colore assegnato Se dovete attendere è perché qualcuno ha bisogno di cure più urgenti.</p>	<p>PAY ATTENTION to the colour assigned If you have to wait, this is because there's someone else needing more urgent treatment.</p>	<p>PRESTAR ATENCIÓN al color asignado Si debe esperar es porque hay alguien que necesita atención médica más urgente.</p>



Regione Lombardia Un sistema libero, un sistema sano.

b) Questionario anamnestico multilingue.

E' stato suggerito dal gruppo l'utilizzo del "questionario anamnestico multilinguistico di emergenza" realizzato in ben 29 lingue e pubblicato on-line dalla provincia di Bergamo - - sul proprio sito Web www.provincia.bergamo.it alla voce <settore politiche sociali> e quindi <pubblicazioni e/o immigrazione>. Verrà predisposto il link con il sito regionale.



c) **Opuscolo sulla prevenzione della SIDS (Sudden Infant Death Syndrome) chiamata anche “morte in culla” o “morte bianca”⁸.**

L’opuscolo contiene consigli utili per i genitori (realizzato nelle lingue: inglese, francese, spagnolo, albanese, cinese e arabo).

Prevenzione della morte improvvisa del lattante (SIDS)

PREVENTION OF SUDDEN INFANT DEATH SYNDROME (SIDS)
Your child sleeps more safely if ...

LA PRÉVENTION DE LA MORT SUBITE DU NOURRISSON (SIDS)
Le sommeil de votre enfant est plus sûr si...

LA PREVENCIÓN DE LA MUERTE REPENTINA DEL LACTANTE (SIDS)
Para su bebé el reposo es más tranquilo si...

MBROJTJA NGA VDEKJA E PAPRITUR E FEMIJES SE POSALINDUR (SIDS)
Fëmija juaj flene më i sigurte në qafte se...

الوقاية من الموت المفاجئ للرضع (SIDS)
يكون نوم طفلكم الأصغر أمناً إذا...

猝死的预防措施 (SIDS)
会让你孩子睡得更安全, 如果...

1
...he/she sleeps lying on his/her back
...il dort sur le dos
...duerme boca arriba
... flen i shtrire me kurriz
... نام على ظهره وليس على بطنه
...仰臥式睡眠。

2
... you don't smoke
...vous ne fumez pas
...usted no fuma
... nuk pini duhan
... لم تدخن
...周围无人吸烟。

3
... he/she is not wrapped in too many blankets and you keep heating under 20°C
...il n'est pas trop couvert et le chauffage ne dépasse pas 20°
...no lo cubre con demasiadas frazadas y tiene la calefacción dentro de 20°
Ngrohësia e ambientit duhet të jetë 20° dhe fëmija nuk mbulohet me shumë mbulesa (batanije, etj...)
تأكد من أن طفلكم لا يغطى بغطاءات كثيرة وأن درجة الحرارة في الغرفة لا تتعدى 20 درجة
... 並不是有時給孩子蓋得太多或室內的暖氣超過 20°C。

En los países industrializados, "sueño de cuna" (SIDS) es la primera causa de mortalidad post natal en el primer año de vida. El riesgo de SIDS se reduce de más del 50% si se siguen los consejos antes indicados.

En los países industrializados, la "muerte en cuna" (SIDS) es la primera causa de mortalidad post natal en el primer año de vida. El riesgo de SIDS se reduce de más del 50% si se siguen los consejos antes indicados.

بالدول المتقدمة: تعتبر الوفاة المفاجئة (SIDS) السبب الأول في وفاة الأطفال بعد ميلادهم والذين لا يتعدى عمرهم سنة واحدة. على نحو وثيق، وفاة الرضيع بسبب (السندس SIDS) ينخفض بنسبة 50 بالمائة بمسألة العناية المتشاور إليها أولاً.

在許多发达国家，猝死 (SIDS) 是婴儿第一年死亡的首要原因。按照以上所列方式预防猝死可以减少 50%。

Si ringraziate Sergio Deiro per le illustrazioni.

English Français Español Gjuha shqipe عربي 中文

⁸ Il presente opuscolo è stato realizzato dalla U.O. Prevenzione della D.G. Sanità

7. Strumento di autovalutazione del progetto “Ospedale interculturale” nella struttura ospedaliera

Il questionario di autovalutazione predisposto dal progetto europeo “Migrant Friendly Hospitals” e adattato alla realtà regionale, dal gruppo di lavoro, è importante:

- per il monitoraggio dell’attività dedicata dalle strutture sanitarie in quest’area. Si vuole costituire, infatti, una banca dati regionale per monitorare nei prossimi anni l’attuazione delle “Raccomandazioni” su tutto il territorio lombardo, al fine di implementare una rete lombarda degli ospedali interculturali, quale Regione d’eccellenza nel favorire i processi di salute e di integrazione multietnica;
- quale strumento di valutazione e fattibilità del progetto “Ospedale Interculturale” di ogni singola struttura.

Nell’anno 2003, in seguito alla partecipazione al progetto europeo “Migrant Friendly Hospitals” detto strumento è già stato sperimentato in alcune strutture ospedaliere da parte dei componenti il gruppo di lavoro regionale. I dati raccolti sono stati oggetto di scambio di esperienze in occasione della 7° Conferenza Nazionale HPH, tenutasi a Torino il 21-22 Novembre 2003.



**OSPEDALI
PER LA PROMOZIONE
DELLA SALUTE
una Rete dell’O.M.S.
Rete Regionale Lombarda HPH**

“OSPEDALE INTERCULTURALE”

Azienda Ospedaliera/IRCCS/Casa di Cura:

si	no	Informazioni sul progetto interculturale
		Nella tua Azienda ospedaliera/ IRCCS/Casa di cura è stato attivato (con delibera) un progetto complessivo “Ospedale Interculturale” ?
si	no	comunicazione/informazione
		Esiste un servizio di traduzione/interpretariato
		Esiste un servizio di mediazione culturale
		Esistono sistemi di segnaletica in altre lingue nell’ospedale (cartelli, ideogrammi, ecc.)
		Esistono materiali informativi tradotti nelle principali lingue degli immigrati
		Esistono materiali informativi adeguati alle diverse culture degli immigrati
si	no	Accesso ai servizi ospedalieri
		Esistono iniziative per facilitare l’accesso e l’utilizzo adeguato dei servizi da parte degli immigrati.
		Esistono questionari anamnestici (medico-infermieristici) bilingue nelle principali lingue degli immigrati
si	no	Dentro l’ospedale
		Esistono materiali informativi riguardanti confort/accoglienza nelle lingue dei pazienti immigrati
		Esistono menu adeguati alle diverse culture, religioni
		Esistono provvedimenti per consentire la pratica di religioni diverse (es. sala di culto)
		Esiste una gestione dei decessi rispettosa dei diversi culti
		Esistono provvedimenti che consentano ai pazienti di scegliere se essere curati da medici e/o infermieri dello stesso sesso

		Sono stati realizzati nella struttura percorsi formativi sulla Interculturalità
		Esistono dei provvedimenti che aiutino i pazienti immigrati a fornire un consenso informato sulle cure proposte
		Esistono dei provvedimenti che consentano ai pazienti immigrati di leggere e capire la documentazione clinica
		E' garantita l'assistenza gratuita per i pazienti immigrati irregolari e/o senza documenti
		Esistono specifici servizi per gli immigrati irregolari esterni all'ospedale (es. centri per la famiglia straniera)
si	no	Dimissioni dall'ospedale
		E' garantita la continuità delle cure e dell'assistenza post-ospedaliera del paziente immigrato
si	no	Educazione del paziente, empowerment
		Esistono strumenti informativi specifici per gli immigrati analfabeti
		Esistono programmi di educazione del paziente adeguati alle diversità culturali
		Esistono programmi specifici di promozione stili di vita sani
		Esiste un sistema specifico per la raccolta dei reclami
si	no	Specifici sistemi di supporto
		I criteri che definiscono l'ospedale interculturale sono inseriti del sistema qualità aziendale
		L'attenzione al paziente immigrato è esplicitata nella missione e nei valori aziendali
		Sono state definite specifiche strategie nel piano delle azioni aziendale
		Sono state definite specifiche politiche di assunzione mirate a promuovere il reclutamento di personale immigrato
		Esiste un Gruppo di lavoro aziendale specifico sull'immigrazione
		E' stato designato un Responsabile aziendale sulla interculturalità
		Esistono sistemi di monitoraggio e di raccolta di informazioni sulla salute degli immigrati
		Viene prodotta una documentazione sulle attività realizzate nell'ambito interculturale (es. Report annuale, banche dati, ...)
si	no	Cooperazioni e alleanze con partner esterni
		Esistono forme di cooperazione con gli operatori sanitari dei servizi di cure primarie (es. con i MMG, PLS, consultori,..)
		Esistono forme di cooperazione con gli Enti locali, le Associazioni di volontariato, le ONLUS e le altre realtà territoriali
		Esistono forme di cooperazione con le associazioni degli immigrati o rappresentanti dei gruppi etnici nella comunità

nominativo del compilatore :In servizio presso:

data di compilazione:.....

n. tel:

e-mail

RIFERIMENTI VARI PER APPROFONDIMENTI:

A) DOCUMENTO INTERNAZIONALE:

LA DICHIARAZIONE DI AMSTERDAM⁹- Verso Ospedali accoglienti per gli immigrati in una Europa etno-culturale diversa. Migrazione, diversità, salute e ospedali (dicembre 2004)

B) PARTECIPAZIONE DELLA REGIONE LOMBARDIA AD ALTRE INIZIATIVE NELL'AREA INTERCULTURALITA':

• D.G.R. n. VII/18856 del 30.09.04¹⁰

Tale provvedimento riguarda la partecipazione della Regione Lombardia alla realizzazione di progetti nell'area interculturalità promossi da:

- “Associazione Telefono donna – onlus”: per l’attuazione del progetto annuale “Mamma sicura”;
- “Associazione A.D.I.R.”: per l’attuazione del progetto biennale “Misure preventive dirette a superare le mutilazioni dei genitali femminili in un contesto di immigrazione”¹¹.

C) SITI WEB UTILI

- Sito regionale della rete lombarda HPH: si trova all’indirizzo <www.sanita.regione.lombardia.it> alla voce <educazione alla salute>
- Sito Ministero della Salute: www.ministerosalute.it
- Sito OMS - Ufficio Regionale per l’Europa: www.who.int
- Sito della rete internazionale HPH: <http://www.hph-hc.cc> Progetto Internazionale “Migrant Friendly Hospitals”: www.mfh-eu.net
- CLAS – Servizi culturalmente e linguisticamente appropriate.
- Raccomandazioni normative nazionali (USA) a cura dell’Office of Minority Health, US Department of Health and Human Services: www.omhrc.gov/clas;
- Migliorare la qualità dell’assistenza fornita alle popolazioni: www.diversityrx.org/CCCONF/02/CultureandQuality
- ISMU (Iniziative e studi sulla multietnicità): www.ismu.org
- Melting Pot Europa per la promozione dei diritti di cittadinanza: www.meltingpot.org
- Società Italiana di medicina delle migrazioni (S.I.M.M.): www.simmweb.it

⁹ La traduzione è stata tratta dal sito della rete hph piemontese www.cipespiemonte.it/files/hphpiemonte.htm. Il documento nella forma originale inglese è reperibile sul sito Web <http://www.mfh-eu.net/conf/results/index.htm>. A questo indirizzo è possibile reperire anche gli atti della conferenza stessa.

¹⁰ Il provvedimento è a disposizione degli uffici regionali (U.O. Programmazione – Struttura Piani e Programmi).

¹¹ La l.r. 14 dicembre 2004, n. 34 “Politiche regionali per i minori” prevede all’art. 6 – lettera d), tra la rete d’offerta socio sanitaria rivolta al minore, attività e interventi volti a prevenire il fenomeno delle mutilazioni genitali femminili.

D) BIBLIOGRAFIA

Anno 2004

- C. Conti, G.B. Sgritta, *Immigrazione e politiche socio-sanitarie. La salute degli altri*. Ed. F. Angeli - Collana Salute e società 2/2004
- Daviddi M., Cervini G., Zorzan L., “*Identità e alterità: la formazione nel cambiamento. Nuove forme di socialità e ricerca interculturale*” ed. Franco Angeli, 2004;
- Fondazione ISMU¹², *Nono rapporto sulle migrazioni 2003*, ed. Franco Angeli, Milano (Consultazione c/o CeDoc), 2004;
- Fondazione ISMU, *The Ninth Italian Report on Migrations 2003* (Consultazione c/o CeDoc), 2004;
- Osservatorio Regionale per l'integrazione e la multiethnicità, Fondazione ISMU, *Rapporto 2003*, Milano 2004;

Anno 2003

- Pasini N., Pullini A. (a cura di), *Immigrazione e salute in Lombardia. Una riflessione interdisciplinare*. Rapporto 2002, Milano, 2003;
- M. Mazzetti *Il dialogo transculturale – Manuale per operatori sanitari e altre professioni di aiuto*. Ed. Carocci Faber, 2003;
- Cologno D., Gulli G. (a cura di), *Gli interventi di accoglienza per gli immigrati nelle province di Brescia e Cremona*. Rapporto 2002, Milano, 2003;
- Caritas, Immigrazione, *Dossier Statistico 2003*, Anterem Roma, 2003;
- Coppo P., *Tra psiche e culture*, Bollati Boringhieri, 2003;
- Fondazione ISMU, *Osservatorio Regionale per l'integrazione e la multiethnicità, Rapporto 2002*. Volume primo, Milano, 2003;
- Fondazione ISMU, *Osservatorio Regionale per l'integrazione e la multiethnicità, Rapporto 2002*. Volume secondo, Milano, 2003;
- Blangiardo G. C. (a cura di), *L'immigrazione straniera in Lombardia. La seconda indagine regionale. Rapporto 2002*, Fondazione ISMU, Osservatorio Regionale per l'integrazione e la multiethnicità, Milano, 2003.

Anni 2002 - 2001- 2000 – 1999 - 1998 - 1997

- L. Chinosi *Sguardi di mamme. Modalità di crescita dell'infanzia straniera*. Ed. F. Angeli Collana Politiche migratorie 2002;
- M.R. Moro *Genitori in esilio. Psicopatologia e migrazioni* Ed. Cortina 2002;
- M.R. Moro *Bambini immigrati in cerca di aiuto* Ed. Utet 2001;

¹² Vengono indicate solo le pubblicazioni relative agli anni 2003 e 2004. Si ricorda che tutte le pubblicazioni dell'Osservatorio Regionale sono disponibili e consultabili a Milano presso:

- Centro Documentazione (CeDoc) della Fondazione ISMU in Via Galvani n.16 (ang. Via Copernico) il martedì, il giovedì e il venerdì dalle ore 9.30 alle 17.30. Tel.02 67877930/42
- Documentazione della Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale – Regione Lombardia, in Via Pola 11, piano terra, dal lunedì al giovedì alle ore 9.30-12.30/14.30-16.30 e il venerdì alle ore 9.30-12.30. Tel. 02 67653498.

E' anche possibile avere informazioni e accedere ai servizi on line collegandosi ai siti www.famiglia.regione.lombardia.it e www.ismu.org nella sezione Osservatorio Regionale per l'integrazione e la multiethnicità.

- C. Facchini e E. Ruspini Salute e disuguaglianze. Genere, condizioni sociali e corso di vita. Ed. F. Angeli Collana Transizioni e politiche pubbliche 2001;
- Crinali, associazione di ricerca, cooperazione e formazione interculturale tra donne Professione mediatrice culturale Ed. F. Angeli - Collana Politiche e servizi sociali 2001;
- G. Bestetti Sguardi a confronto. Mediatrici culturali, operatrici dell'area materno infantile, donne immigrate Ed. F. Angeli - Collana Politiche e servizi sociali 2000;
- Henley, A e J Schott Cultura, religione e assistenza sanitaria in una società multietnica – manuale per professionisti. Londra, Age Concern Books,1999;
- R. Beneduce Frontiere dell'identità e della memoria Ed. F. Angeli- Collana Scienza e salute 1998;
- F. Balsamo, Da una sponda all'altra del Mediterraneo: donne immigrate e maternità L'Harmattan Italia 1997;
- M. Mazzetti, Strappare le radici L'Harmattan Italia 1996;
- Geraci S., Approcci transculturali per la promozione della salute, Anterem Roma, 1995;
- R Beneduce Saperi, linguaggi e tecniche nei sistemi di cura tradizionali L'Harmattan Italia 1995.

INDICE

Introduzione	pag.	1
Obiettivi e finalità del progetto	pag.	2
Il gruppo di lavoro	pag.	4
1. Normativa:		
1.1. Legislazione nazionale	pag.	6
1.2. Gli aventi diritto all'assistenza sanitaria	pag.	6
1.3. Normativa regionale	pag.	8
1.3.1. Piano socio-sanitario regionale 2002-2004	pag.	8
1.3.2. L'Attività dell'Osservatorio Regionale per l'integrazione e la multietnicità	pag.	9
2. Definizione e principi	pag.	11
3. Aree di intervento e azioni:	pag.	12
3.1. Area delle strategie aziendali	pag.	12
3.2. Area della comunicazione	pag.	12
3.3. Area del percorso di cura/assistenza	pag.	13
3.4. Area dell'empowerment	pag.	13
4. Percorso formativo:		
4.1. Percorso formativo regionale	pag.	14
4.2. Percorso formativo aziendale	pag.	15
5. Strumenti informativi predisposti e/o individuati dal gruppo regionale:		
a) diritti e doveri della persona in ospedale	pag.	17
b) dichiarazione di nascita	pag.	21
c) significato di consenso informato	pag.	23
6. Strumenti informativi già realizzati dalla Regione Lombardia:		
a. poster con classificazione del grado di urgenza in pronto soccorso (procedura triage)	pag.	25
b. questionario anamnestico multilingue	pag.	26
c. opuscolo sulla prevenzione della SIDS (Sudden Infant Death Syndrome) chiamata anche "morte in culla" o "morte bianca"	pag.	27
7. Strumento di autovalutazione del progetto "Ospedale interculturale" nella struttura ospedaliera	pag.	28
RIFERIMENTI VARI PER APPROFONDIMENTI		
A) Documento Internazionale: La Dichiarazione di Amsterdam (2004)	pag.	30
B) Partecipazione di Regione Lombardia ad altre iniziative nell'area Interculturalità (dgr. n. VII/18856 del 30.09.2004)	pag.	30
C) Siti Web utili	pag.	30
D) Bibliografia	pag.	31