

Direttore responsabile
Mariella Crocellà

Redazione

Antonio Alfano
Gianni Amunni
Alessandro Bussotti
Francesco Carnevale
Bruno Cravedi
Laura D'Addio
Gian Paolo Donzelli
Claudio Galanti
Marco Geddes
Loredano Giorni
Carlo Hanau
Gavino Maciocco
Mariella Orsi
Paolo Sarti

Collaboratori

Marco Biocca, *Centro Documentazione Regione Emilia-Romagna*
Eva Buiatti, *Osservatorio Epidemiologico, Agenzia Regionale di Sanità della Toscana*
Giuseppe Costa, *Epidemiologia - Grugliasco, Torino*
Nerina Dirindin, *Dipartimento di Scienze Economiche Finanziarie - Università di Torino*
Luca Lattuada, *Agenzia Regionale della Sanità - Friuli*
Pierluigi Morosini, *Istituto Superiore di Sanità - Roma*
Luigi Tonelli, *Direzione Sanitaria - Siena*

Comitato Scientifico

Giovanni Berlinguer, *Professore Emerito Facoltà di Scienze - Roma*
Claudio Calvaruso, *Direttore Generale Studi Documentazione Sanitaria e Comunicazione ai cittadini. Ministero della Sanità - Roma*
Giorgio Cosmacini, *Centro Italiano di Storia Sanitaria e Ospedaliera - Reggio Emilia*
Silvio Garattini, *Istituto Negri - Milano*
Donato Greco, *Direttore Laboratorio Epidemiologia e Biostatistica - Istituto Superiore di Sanità*
Elio Guzzanti, *Docente di Organizzazione Sanitaria - Facoltà di Medicina e Chirurgia "A. Gemelli" - Roma*
Tommaso Lo Savio, *Ospedale Psichiatrico S. Maria della Pietà - Roma*
Rodolfo Saracci, *Agenzia Sanitaria Regionale - Toscana*

Segretaria di redazione
Patrizia Sorghi Salvini

Direzione, Redazione

Via Fiume, 8 - 50133 Firenze
Tel. 055/282703 - Fax 055/282703

Pacini Editore S.p.A.
Via Gherardesca, 56121 Ospedaletto (PI)
Tel. 050/313011 - Fax 050/3130300
Pacini.Editore@pacinieditore.it
www.pacinionline.it

Questo numero è stato chiuso in redazione
il 30 giugno 2001

126 Rivista bimestrale di politica-socio-sanitaria fondata da L. Gambassini
Giunta Regionale Toscana

ANNO XXII - Maggio-Giugno 2001

Sommario

82 M. Geddes da Filicaia **L'elogio della trasparenza**
87 F. Paccaud **Gli scenari futuri dei servizi sanitari**

Spazio Toscana

101 **Indirizzi per l'implementazione del sistema regionale di emergenza-urgenza**

Monografia

111 M. Zaffaroni

114 M. Marceca

118 G. Maciocco

Nuovi modelli assistenziali

120 M. Lo Giudice

123 F. Cataldo

125 M.G. Gaccialupi

126 C. Livi

129 L. Cattaneo

132 G. Sacchetti, L. Sacchi,

C. Gregori

135 A. Pullini

139 S. Geraci

143 M. Buscaglia, P. Curiel,

G. Massi, G. Pardi

Maternità e immigrazione

Nascere Stranieri

Il quadro legislativo nazionale

Ineguaglianze nell'accesso ai servizi

La sfida da affrontare

Una nuova realtà per il pediatra

Un'occasione di cambiamento

L'organizzazione consultoriale

La mediatrice culturale

L'organizzazione ospedaliera

La "Banca dati per i bambini immigrati"

Il supporto del volontariato

Proposte operative

Abbonamenti 2001

Italia L. 80.000 (€ 41,32)

Esteri L. 90.000 (€ 46,48)

Fotocomposizione e Stampa

Industrie Grafiche Pacini - Pisa

I versamenti devono essere effettuati sul
c/c postale 10370567 intestato a Pacini
Editore S.p.A., specificando nella causale
«abbonamento a Salute e Territorio».

Marco Geddes da Filicaia
Redazione Salute e territorio

L'elogio della trasparenza

Nel corso di questi decenni anche nel nostro Paese si sono verificati casi di collusione fra politica, industrie farmaceutiche e biomedicali, medici. I dibattiti su tale materia si aprono sempre con almeno due dichiarazioni di rito. La prima suona più o meno così: «La stragrande maggioranza dei medici lavora con impegno, capacità ed onestà!». Dichiarazione tanto vera quanto ovvia che non spiega tuttavia perché alcune connivenze o «disattenzioni» (penso in particolare al paragaggio sui farmaci e al turismo farmaceutico-convegnistico degli anni ottanta, ma ancora attuale) siano, se non generalizzate, diffuse.

La seconda affermazione ci ricorda che «non esiste sistema perfetto e all'interno di ogni sistema normativo, pur evoluto ed efficace, vi è chi delinque». Anche ciò è ovvio e condivisibile; tale affermazione ha il pregio di ricordarci che non bisogna eccedere in regolamentazioni e che la responsabilità resta individuale e non è trasferibile alle inevitabili imperfezioni del sistema.

Resta il fatto che vi è una qualche debolezza di fondo o punto critico nella sanità e che la sua «prossimità» al mondo politico, proprio per

la rilevanza che le questioni della tutela della salute hanno nella società contemporanea, è forte. Vi sono inoltre alcune caratteristiche della professione che pongono il medico in una posizione di particolare rilievo, come ruolo sociale in genere e nell'occasione di specifiche scelte di grande rilevanza per le persone che a lui si rivolgono. L'intendimento di questo articolo è di offrire spunti per una riflessione su questi problemi.

La informatizzazione del sistema sanitario

La prima questione di fondo, che rischia di trasformarsi in emergenza, è l'arretratezza dell'informatizzazione nella sanità. Se vi è una rivoluzione a cui in questi anni abbiamo assistito è quella dell'informatica. Questa ha coinvolto fortemente le tecnologie sanitarie (laboratori, diagnostica per immagine, radio-

Una analisi delle cause che facilitano abusi di potere e collusioni nella gestione medica

logia ecc.), non riuscendo tuttavia a farsi «sistema». Si può obiettare che tale ritardo investe molti settori della pubblica amministrazione, ma tale obiezione non mi pare convincente, sia perché «mal comune» non dovrebbe essere «mezzo gaudio», ma essenzialmente perché la sanità è un settore dove vi è un elevatissimo tasso di transazione (di beni, di servizi, di quattrini) e con sistemi tecnologici avanzati. Così accanto al potente computer per digitalizzare l'immagine, vi è il magazzino privo di qualsiasi gestione informatica; i dati di attività dei singoli reparti si conoscono poco e da pochi anni, quelli dei medici di base sono spesso ignoti (se si

esclude le prescrizioni di farmaci) e spesso non riattribuibili alle singole persone assistite; i sistemi di prenotazione che consentano una scelta delle prestazioni disponibili su tutto il territorio sono funzionanti solo in due o tre città d'Italia. Un sistema complesso, come quello sanitario, deve essere oggetto di un controllo gestionale in tempo reale; a tal fine esistono tutti i presupposti tecnologici, ma vi è la necessità di profonde modificazioni organizzative e di adeguati investimenti. Gli investimenti in tecnologie sono stati purtroppo, in questi anni, in continua diminuzione (vedi figura 1). Questi peraltro vengono utilizzati, spesso



Fig. 1. Italia. Fondo nazionale in conto capitale per la manutenzione ordinaria (in miliardi).

anche per l'insistenza dei medici, per l'acquisizione di beni più «visibili», quale un'ulteriore apparecchiatura o l'autoambulanza attrezzata! Si viene così ad essere la nazione con la maggiore concentrazione di TAC al mondo (usate magari solo per poche ore alla settimana), e con un bassissimo livello di informatizzazione del sistema sanitario.

Le politiche di acquisizione di beni e servizi

In questi anni si è assistito ad un atteggiamento ondivago, da parte di politici ed amministratori, rispetto alle responsabilità di selezione e di acquisizione dei beni e servizi, sia in termini di livello in cui si operano le scelte (centrale, regionale, aziendale) sia in termini di separazione fra tecnico, politico, amministratore.

Si riaffaccia così frequentemente l'ipotesi di una centralizzazione degli acquisti a livello nazionale (ipotesi presente nella bozza di legge finanziaria di due anni fa) o a livello regionale (cosa che già praticano alcune regioni).

Dall'altro lato l'occasione di episodi di corruzione di medici ha fatto sì che qualche partito auspicasse un ritorno ai consigli di amministrazione per una più pregnante presenza della politica, non negli indirizzi e nelle strategie (cosa assai necessaria), ma nella gestione. Speriamo che tali auspici non vengano accolti; resta tuttavia il fatto che in Italia non si sono sviluppate adeguate strategie di acquisizione di beni e servizi da parte delle Aziende sani-

tarie. Ad esempio, mentre si assiste frequentemente a «cartelli», non sempre trasparenti, fra produttori, rarissime sono le occasioni di alleanze fra acquirenti; così in una stessa città l'acquisto di un farmaco viene effettuato separatamente da più acquirenti pubblici (Aziende sanitarie, Aziende ospedaliere, Azienda farmaceutica municipalizzata, Istituti a carattere scientifico ecc.) senza riuscire ad ottenere economie di scala. Ciò appare particolarmente grave per quanto riguarda la fornitura di prodotti comprensiva anche di servizi, come ad esempio avviene ormai comunemente per fornitura di materiale, farmaci, lavaggio biancheria, sterilizzazione ecc. In questi casi il servizio consiste nella consegna dei prodotti nei diversi reparti e nei diversi presidi aziendali e l'economia di scala in uno stesso territorio metropolitano viene a realizzarsi con l'unificazione dei magazzini, dei percorsi, dei mezzi di trasporto, della gestione informatica delle scorte.

Manca inoltre una politica interaziendale che esternalizzi congiuntamente, anche con la creazione di società ad hoc o di centri servizi, funzioni di progettazione, di gestione stipendi, di ufficio legale, ecc. ottenendo una massa critica di problematiche che qualificerebbe l'attività e ne ridurrebbe i costi.

Vi è infine il problema delle modalità di selezione e scelta della merce e di determinazione del prezzo. Si tratta di temi complessi, anche sotto il profilo tecnico-giuridico, ma

sui quali vale la pena riflettere.

Informazioni tecniche, valutazioni, giudizi di esperti sono disponibili ed accurati su molteplici apparecchiature di uso quotidiano: automobili, impianti Hi Fi ecc.; scarsi e difficilmente reperibili invece per le attrezzature biomedicali. Poco è stato fatto, anche da parte delle Regioni, per sviluppare tali conoscenze ed informazioni.

Se è corretto lasciare al medico la scelta dei prodotti, la determinazione del prezzo dovrebbe essere intestata ad altro responsabile e l'impegno regionale dovrebbe essere finalizzato prioritariamente ad ottenere la trasparenza dei prezzi. Ad esempio, perché non introdurre clausole, negli accordi con i fornitori, con le altre Regioni (ma anche con altri Paesi europei) e con le strutture private convenzionate per poter effettuare, una volta conclusa una aggiudicazione, il confronto fra i prezzi praticati per lo stesso prodotto? Il problema non è quindi solo chi sceglie lo strumento ma qualora, in particolare, esista un solo fornitore, quale prezzo ha questi praticato all'acquirente privato o all'ospedale francese.

Medici e industrie farmaceutiche

Una ulteriore questione che intendiamo esaminare in questo articolo è la relazione fra medici e industrie farmaceutiche, un aspetto non marginale delle politiche del farmaco nel nostro Paese e dei problemi etici che investono la professione medica.

Nel corso dei precedenti decenni vi è stato un diffuso malcostume, fatto di una rilevante e non sempre motivata quantità di campioni gratuiti di farmaci offerti ai medici; di regali di un certo rilievo, volti a «premiare» (o a sollecitare) scelte prescrittive a favore di questo o di quel prodotto; di congressi in cui erano prevalenti, e talora nella pratica esclusivi, gli aspetti turistici ed in cui il soggiorno era esteso al coniuge o all'accompagnatore/accompagnatrice. Tutto ciò si era instaurato con il progredire del peso economico del mercato farmaceutico e del conseguente «valore» che il potere di prescrivere farmaci metteva nelle mani dei medici. Per anni, o più esattamente per decenni, tali fatti non hanno destato quasi alcun «sussulto» fra i medici. Vi era chi partecipava a tali privilegi ed abusi a piene mani, chi ne era meno partecipe o semplicemente sfiorato, chi invece non vi aveva accesso o per proprio rigore o perché la situazione professionale non lo collocava nell'ampia cerchia dei «prescrittori»; rarissime o praticamente assenti le voci e i documenti di denuncia di un fenomeno diffuso è sotto gli occhi di tutti.

La situazione si è modificata per più ragioni: una riduzione dei margini di guadagno che le industrie erano disponibili a convogliare in tale ambito; lo scandalo che, agli inizi degli anni novanta, ha investito la sanità italiana in particolare nel settore farmaceutico; il Decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 541 «Attuazione della direttiva

92/28CEE concernente la pubblicità dei medicinali per uso umano». Permangono tuttavia rilevanti problemi su cui varrebbe la pena riflettere:

1. La prima questione è rappresentata dal fatto che le Industrie farmaceutiche hanno contribuito, in misura pressoché totale, all'aggiornamento dei medici, specie per i settori clinici di particolare rilevanza per quanto concerne i trattamenti farmaceutici. Se tale azione non solo è legittima, ma anche meritoria, rimane grave il fatto che da parte pubblica, ed in particolare da parte delle Regioni, si sia fatto poco (e spesso nulla) per un adeguato aggiornamento ed informazione dei medici. Il numero degli informatori farmaceutici ammonta in Italia a circa 30.000 che visitano mediamente 10 medici al giorno. Trecentomila visite al giorno distribuite su circa 400.000 medici fa sì che in un anno un medico venga contattato 225 volte. Poiché tale attività si concentra sui medici «prescrittori» (medici di base, alcuni specialisti ambulatoriali e medici ospedalieri) ne deriva che ogni medico incontra, ogni giorno di lavoro, vari informatori farmaceutici, da cui riceve notizie, materiale, campioni di farmaci ecc. Tale attività orienta inevitabilmente (è il suo scopo!) i comportamenti e dovrebbe essere «controbilanciata» da un'azione di informazione e formazione pubblica. Come dicevamo ciò era assente nei precedenti decenni e rimane assoluta-

mente carente nell'ambito delle attività regionali. Nel corso di questi ultimi anni il Dipartimento farmaci del Ministero della Sanità ha profondamente trasformato il proprio strumentario di informazione. Il Bollettino è una rivista autorevole inviata a tutti i medici; il Prontuario del Servizio sanitario nazionale è distribuito ai 60.000 farmacisti e sono in corso di realizzazione due importanti strumenti: un prontuario commentato e la versione italiana della pubblicazione del *British Medical Journal* (editor) *Clinical Evidence*; si tratta ancora di poco rispetto a ciò che viene realizzato in altri Paesi che, se di lingua inglese, si avvantaggiano indubbiamente di iniziative editoriali ad assai ampia diffusione. Vi è tuttavia una notevole differenza fra l'Italia e molti altri Paesi nell'impegno del mondo medico, delle sue associazioni, dell'ordine professionale a promuovere e garantire la formazione e in particolare l'aggiornamento; da noi molte associazioni mediche e lo stesso Ordine appare maggiormente orientato su questioni normative o sindacali. Vi è così un'assoluta sproporzione, in Italia, fra numero di medici iscritti all'Ordine (pari a quelli di Inghilterra, Irlanda, Islanda, Olanda, Danimarca e Belgio messi insieme!), entità dei contributi versati, peso politico ed economico della «categoria» e capacità di dare vita a strumenti di aggiornamento autonomi (dalle Industrie e dagli organi di Governo nazionale e regionale!), autorevoli, capillari.

2. La seconda questione riguarda la necessità di aggiornare la normativa italiana sui farmaci. Vi sono alcune distorsioni, ma una appare particolarmente rilevante: il co-marketing, vale a dire la possibilità, da parte delle industrie produttrici, di acquisire non in esclusiva il brevetto di realizzazione di un farmaco. Poiché, come noto, le nostre Industrie farmaceutiche producono essenzialmente farmaci il cui brevetto è detenuto dall'industria «madre», cioè dalla multinazionale che ha realizzato la nuova molecola grazie agli investimenti di ricerca attuati, in Italia si commercializzano con diverso nome e sembianza farmaci identici, la cui promozione è affidata così non alle particolari caratteristiche del prodotto, ma sostanzialmente ad un rincorrersi di azioni promozionali.

3. La terza questione è che, poiché l'attività di aggiornamento professionale si basa sostanzialmente sulla sponsorizzazione delle industrie farmaceutiche, di essa ne beneficia solo una categoria (ampia) di medici, ma ne vengono esclusi settori importanti della sanità ed in particolare gli infermieri. Si vengono così a realizzare gravi distorsioni sia fra le diverse figure professionali che operano nel servizio sanitario sia nei temi fatti oggetto di aggiornamento, poiché vengono trascurate rilevanti problematiche quali la prevenzione, le valutazioni di efficacia delle cure, della sanità pubblica.

4. L'ultimo problema su cui è necessario porre l'attenzione e che vi è ormai la sensazione che le Industrie farmaceutiche erodano progressivamente i limiti imposti dalla normativa su gadget, convegni ecc. A fronte di una massa di congressi che le industrie organizzano o finanziano e che si va incrementando nel corso degli anni (e la cui segnalazione ed autorizzazione, per quelli che superano un determinato importo, deve essere richiesta al Ministero della Sanità), poco si sa sull'andamento di tale fenomeno e sulla entità dei costi sostenuti; alcune stime ufficiali indicano 15.000 congressi annui per un importo di spesa di decine di miliardi. Manca anche una verifica «a valle» di quanto realizzato ed appreso. Fra i medici sono state talora evidenziati episodi di malcostume, consistenti in presenze sporadiche e marginalissime ai convegni, trasformando l'attività scientifico-formativa in una mera occasione turistica. Tuttavia al di là di episodi che coinvolgono la responsabilità del singolo, permane diffusa l'assenza di controlli; non controlli burocratici (il certificato di presenza che non si nega a nessuno) ma azioni finalizzate alla verifica e partecipazione di quanto appreso: la relazione sul convegno, la discussione nell'ambito della Azienda sanitaria di appartenenza.

Il problema di fondo resta tuttavia il ruolo quasi monopolistico dell'informazione sui farmaci detenuto dalle industrie.

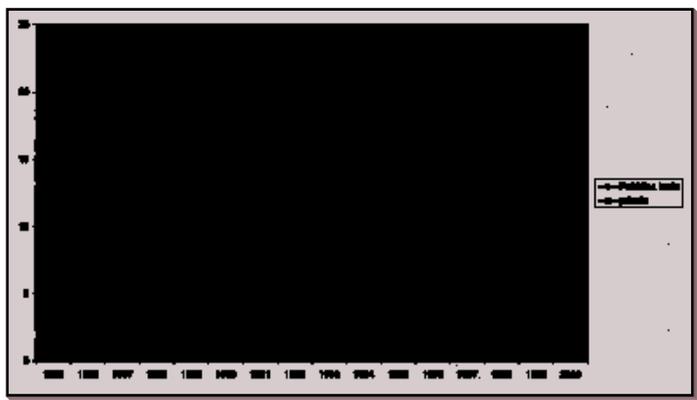


Fig. 2. Spesa farmaceutica territoriale dal 1985 al 2000.

La conoscenza, il giudizio (spesso giustamente critico) da parte dei medici sulle norme prescrittive (e sulle famose «Note» CUF) sono veicolate ai medici unicamente dalle Industrie farmaceutiche. È sulla base dei contatti con gli informatori che il medico, talora anche inconsciamente, sposta la propria prescrizione da un farmaco adeguato e da tempo in uso, ad altro prodotto analogo (o identico come sostanza attiva o come azione) immesso recentemente sul mercato, di costo più elevato e oggetto di promozione.

In assenza di un'ampia e continuata azione di informazione ed aggiornamento, di sostegno alla elaborazione e diffusione delle linee guida, non si vede con quali strumenti le Regioni intendano operare per un efficace governo della spesa farmaceutica che rischia ormai di uscire dalla possibilità di controllo (vedi figura 2).

Medici, politici e potere

Vi è infine il tema del rapporto complesso fra medicina e politica e, di conseguenza, fra medici (che sono la categoria professionale «centrale» della sanità) e politici,

vale a dire quelle persone che, su mandato elettivo, detengono il potere di scelta delle politiche economiche e sanitarie e che, al fine di essere eletti necessitano ovviamente, come in ogni democrazia, di acquisire il consenso di una parte rilevante dell'opinione pubblica. Per fare ciò hanno necessità di essere presenti su mass media, di mezzi per attività di propaganda e dell'appoggio di personalità e settori professionali.

Se tali affermazioni sono riferibili a qualsiasi ambito della politica e della società, il rapporto fra medici e politici ha aspetti particolari?

Ritengo di sì e che valga la pena rifletterci. Accennerò a tre questioni:

1. Il primo aspetto è il rilevante «intreccio» fra medici e mondo politico. Con il termine «intreccio» non intendo indicare niente di negativo, ma constatare un fatto ovvio per un settore (la sanità) che in tutti gli Stati moderni, ed in particolare – ma non solo – in quelli dotati di Servizio sanitario nazionale, rappresenta una «politica» del Paese. Operatori pubblici nel settore sanitario, che nel nostro Pae-

se rappresentano la maggioranza, e operatori privati (ospedali, cliniche, case di cura, laboratori ecc.) sono largamente condizionati dalle scelte politiche che vengono effettuate nella sanità: l'entità delle disponibilità economiche, gli obiettivi prioritari di investimento, le modalità di acquisizione delle prestazioni, la normativa di accreditamento delle strutture ecc. Accanto agli «operatori sanitari» vi è poi il settore di fornitori (di farmaci, di strumentazione biomedica, di servizi accessori), rappresentato quasi esclusivamente da privati. Vi sono altri ambiti delle politiche pubbliche con analoghe caratteristiche? Francamente non mi sembra, ad esclusione del settore dell'istruzione. Tuttavia la rilevanza economica diretta del settore scolastico appare modesta; in altri termini non rappresenta un «mercato». La rilevanza delle scelte politiche nell'ambito dell'istruzione e certamente enorme per la formazione civile e culturale della popolazione e lo sviluppo, anche economico, del Paese; modesta – ed affidata per lo più ai contratti nazionali – nel determinare il reddito di operatori pubblici

e privati che operano nell'ambito della scuola. Gli insegnanti inoltre, a differenza dei medici, non vengono a condizionare in maniera diretta o indiretta la spesa pubblica o privata nel settore scolastico; il loro peso decisionale, avendo praticamente eliminato, con l'abolizione degli esami di riparazione, il (modesto) mercato delle ripetizioni, si limita ad influenzare l'editoria scolastica e alcune attività accessorie, quali le gite scolastiche. I medici sono, per funzione, selezionatori di prestazioni ed inoltre le loro indicazioni e pressioni sono finalizzate ad orientare le scelte di politica sanitaria a livello aziendale, regionale e nazionale, tramite meccanismi istituzionali (Consiglio dei sanitari, organi di consulenza ecc.) e altre forme di pressione sul mondo politico e sull'opinione pubblica, forti in Italia e fortissime in altri Paesi, come ad esempio negli Stati Uniti. Tali «forme di pressione» sono ovviamente in larghissima parte non solo legittime ma opportune, necessarie ed autorevoli, ma ovviamente vengono a contribuire a quell'intreccio fra mondo politico e mondo medico che caratterizza la sanità.

2. L'altra caratteristica dei medici è quella di essere una categoria professionale che ha riferimenti (ed in larga parte interessi) omogenei. Ciò è valido per altre categorie professionali? Certamente sì ma solo per categorie professionali di modesta rilevanza economica, come ad esempio gli insegnanti, o numeri-

ca (come ad esempio i diplomatici). Le grandi categorie professionali, e valga per tutte l'esempio degli avvocati, si collocano sia nel settore privato che nel settore pubblico; il settore pubblico è rappresentato da molteplici enti fra loro diversificati per funzioni, livelli contrattuali ecc. (amministrazioni locali, istituzioni centrali ecc.) e chi fa attività privata ha scarso peso nel determinare oneri a carico delle Regioni o dello Stato; d'altro canto l'attività professionale (ed il reddito) di un avvocato è influenzata in misura limitata dalle scelte di politica giudiziaria. Infine i medici sono una categoria «intellettuale» di grande rilevanza nel nostro Paese, come già scriveva Gramsci¹, collocandoli subito dopo quella degli ecclesiastici per prestigio e per funzione sociale. Tale ruolo si è mantenuto ovvero è cresciuto o diminuito in questi anni? Sep-pure la fiducia nei progressi della scienza e della medicina ha, nel corso di questi decenni, subito oscillazioni e vere e proprie crisi, un ruolo di rilievo viene mantenuto dai medici e non solo rispetto alle problematiche sanitarie, ma in senso più lato. Si tratta di una categoria professionale che ha visto incrementare il proprio numero, anche in proporzione alla popolazione, mentre altre categorie sono nettamente diminuite (si pensi appunto agli ecclesiastici); resta inoltre una delle pochissime funzioni professionali con una presenza capillare nel territorio (si

pensi ai medici di famiglia); infine il tema della salute ha acquisito una centralità fra gli interessi ed i valori della gente, come dimostrano molte indagini di opinione, che prima non aveva.

3. Vi è una qualche caratteristica della professione che attribuisce al medico, o anche semplicemente gli dà (sotto il profilo psicologico) un senso di particolare «potenza»? A trent'anni dal primo trapianto cardiaco mi è capitato di intrattenermi con il professor Barnard e di sentire il suo racconto di tale avvenimento; trasparivano vivissimi, dalle sue parole, il legittimo compiacimento e la sensazione di onnipotenza che lo avevano colto nel momento in cui, asportato il cuore di una persona vivente, ha osservato la cavità toracica svuotata da tale organo. Mi domando se sensazioni similari (anche se questo era un caso limite) e ripetute radichino in molti colleghi un senso di «potere». Vi è inoltre un altro aspetto della professione con effetti potenzialmente analoghi. Si tratta del fatto che i medici «fanno più del loro dovere». Affermazione generica che proverò a circostanziare. In molte occasioni, non solo per le situazioni di difficoltà strutturale e normativa in cui operano, ma per le caratteristiche specifiche della loro professione, i medici fanno (e devono fare) più di quanto la normativa dei rapporti di lavoro e dei rapporti professionali prescriva. Gli esempi sono molteplici e nel-

la attività di ogni giorno: orari che si prolungano all'improvviso, mansioni che dovrebbero essere effettuate da altri professionisti, attività aggiuntive per ricercare la relazione adeguata con il paziente o semplicemente per rispondere a quesiti e dubbi che insorgono anche per la scarsa adeguatezza ed informazione che il sistema complessivo offre ecc. Il fare più del proprio dovere può essere comune a molti individui, siano essi medici, ingegneri o avvocati, ma è un elemento specifico di professionisti (non solo quella medica, ma anche quella infermieristica) che si esplicano in un servizio alla persona, che può essere effettuato in situazioni di emergenza e in cui sono in gioco valori di grande rilievo. Se il medico, in moltissime occasioni, non facesse «più del suo dovere», farebbe «meno del suo dovere» e, al limite, compirebbe un reato. Mi sono trovato più volte in commissioni disciplinari o in altra veste a verificare comportamenti illegittimi di medici, quali lo svolgimento di altra attività in orario di lavoro, la non presenza in ospedale quando avevano marcato il cartellino ecc. A fronte delle giustificazioni specifiche addotte, vengono abitualmente fatti presenti alcuni elementi di «merito» quali: ha dovuto rinunciare alle ferie; ha accumulato in sala operatoria ore di straordinario non pagate; ha sostituito più volte il caposala nelle sue mansioni poiché la dotazione di personale infer-

mieristico era carente ecc. Mi sono chiesto il motivo di tali affermazioni, considerato che era in discussione un singolo episodio e non una valutazione del curriculum o della personalità del collega. Una delle possibili risposte e, a mio parere, che si tratta non tanto di, se così posso esprimermi, «attenuanti generiche», ma della esplicitazione, forse inconsapevole, del motivo per cui il medico ha infranto la norma. È infatti diffuso un modo di pensare che mirabilmente descrive il Manzoni, e cioè «...di creder leciti (quei mezzi) che non lo fossero punto, per una certa supposizione in confuso, che chi fa più del suo dovere possa far più di quel che avrebbe diritto». Credo che quest'insieme di fatti quali: un senso di potere che deriva dall'aver nelle proprie mani la vita di persone, una relazione autorevole e paternalistica con pazienti e loro parenti, la consapevolezza di aver fatto spesso più del dovuto, mettano a rischio il medico di comportamenti dei quali possa ritenersi il solo arbitro e che possano andare oltre quelle regole che anche egli ritiene valide per gli altri cittadini. Parlo di un rischio psicologico e morale, che è controllato e circoscritto in persone con forti riferimenti morali e culturali, ma che, anche per una assenza di discussione e di confronto su tali problemi, può tradursi in fatti concreti.

(segue a pag. 119)

¹ Antonio Gramsci: *Quaderni del carcere*, vol. II, par. 209, Einaudi, Torino, 1975.

Fred Paccaud
Institut universitaire de
médecine sociale et préventive
(IUMSP)

Gli scenari futuri dei servizi sanitari

Prevedere l'evoluzione dei servizi sanitari costituisce uno dei compiti più importanti della sanità pubblica. Questa previsione permette di fondare le decisioni strategiche su un apparato critico di conoscenze.

Presuppone una familiarità con i fattori che, individuabili fin da ora, determinano l'evoluzione del sistema sanitario. Questi fattori sono numerosi, ma possono essere classificati in tre gruppi.

– *Il bisogno di salute* della popolazione che corrisponde da una parte all'epidemiologia delle malattie e dei loro fattori di rischio e, dall'altra, ai cambiamenti demografici e sociali. Un esempio è l'invecchiamento della popolazione, che aumenta la frequenza delle malattie croniche e degenerative (malattie cardiovascolari, tumori, malattie dell'apparato locomotore e malattie neuropsichiatriche). Come pure la maggior parte delle malattie trasmissibili dipende direttamente dalla frequenza dei contatti tra gli individui, cosicché l'urbanizzazione e l'incremento dei trasporti su scala mondiale sono fattori di rischio per le pandemie maggiori (l'AIDS è un esempio di questa mondializzazione sanitaria).

– *La domanda di cure* della popolazione che corrisponde all'accessibilità sociale, economica e culturale delle stesse. In termini generali, questa domanda dipende dall'importanza attribuita alla salute e alla malattia ed al credito che la popolazione concede alla loro presa in carico professionale, dalla prevenzione alle cure terminali. Quest'importanza dipende notoriamente dai *media*, che formano l'opinione in materia di salute e che veicolano numerosi valori. Questa importanza dipende anche dall'evoluzione dei pazienti verso un consumo di cure più informato e più esigente.

– *Le caratteristiche tecniche e organizzative* del sistema sanitario che raggruppa le conoscenze ed il saper fare dei professionisti. Così, l'innovazione tecnologica in medicina segue una logica ed un ritmo che non dipendono solo dal bisogno e dalla domanda di salute, ma anche da una dinamica propria del sapere e della tecnologia. E ancora, le relazioni tra curanti, ospedali e pagatori determinano molte caratteristiche del sistema sanitario¹, da cui, ad esempio, la creazione dei percorsi terapeutici.

I cambiamenti interesseranno il sistema sanitario come riferimento per le strategie da adottare

La previsione sanitaria scommette su una certa stabilità dei fattori decisivi, il che permette di delineare l'evoluzione verosimile del sistema sanitario. Il compito specifico di una previsione è di identificare quei fattori che costituiscono tendenze forti, assi di cambiamento particolarmente idonei a modellare il futuro prevedibile. Buona parte della pianificazione è consistita (e consiste ancora) nel descrivere l'evoluzione secondo uno svolgimento proprio dello sviluppo dei servizi sanitari (è il caso per esempio della pianificazione a medio termine dei budget sanitari negli Stati Uniti)². Altri pianificatori considerano il bisogno di salute come un motore esclusivo dell'evoluzione della domanda di cure e delle risposte dei servizi sanitari. In breve la pianificazione sanitaria deriva, sovente, da una visione del futuro (la scelta di una sola tendenza), che il pianificatore utilizza per elaborare una previsione.

Questo approccio, che può essere chiamato pianificazione

per proiezione, non permette però di analizzare situazioni qualitativamente nuove, cioè cambiamenti bruschi all'interno o fuori del sistema sanitario, "catastrofi" nel senso matematico del termine³. Per esempio, la pianificazione in un sistema di cure pubblico è raramente in grado di prevedere il futuro dei servizi sanitari se questi dovessero operare in un mercato privatizzato: in un caso del genere, infatti, il funzionamento del sistema sanitario non dipende più da un determinante principale (il bisogno di salute della popolazione), ma soprattutto dall'interazione tra domanda espressa e l'offerta di prestazioni e domande solvibili.

Di fatto, la complessità del sistema sanitario ha imposto, dopo gli anni '80, di rivedere gli approcci classici della pianificazione. Prevedere l'evoluzione delle interazioni impone di analizzare opzioni qualitativamente diverse e di analizzare sistematicamente i possibili sviluppi. Queste opzioni e le loro conseguenze

* L'articolo è stato pubblicato con l'autorizzazione di «Médecine & Hygiène», Ginevra, www.medhyg.ch

rappresentano un piccolo numero di "possibilità del futuro": ciascuna di queste è chiamata uno *scenario*.

Uno scenario è una finzione, costruita per essere compatibile con i dati (qualitativi e quantitativi) disponibili oggi. Il compito è di raccogliere il maggior numero possibile di informazioni sulla situazione attuale e di analizzare il massimo delle possibilità. È consuetudine elaborare più scenari e fare in modo che questi scenari siano tra loro i più divergenti possibile. Il compito degli scenari non è quello di predire il futuro, ma piuttosto di analizzarlo identificando le possibili conseguenze dei fattori di cambiamento. La difficoltà (e l'interesse) dell'esercizio è di scegliere le informazioni fondamentali nella determinazione di un numero ragionevole di scenari divergenti.

Gli scenari servono soprattutto a potenziare la capacità d'adattamento di un modello organizzativo ai cambiamenti futuri: simulano questi mutamenti e le loro conseguenze, permettendo alle istituzioni di simulare le proprie reazioni e di predisporre le loro strategie. In altri termini, si tratta di proporre una serie di scenari plausibili, grazie ai quali i decisori potranno immaginare forti strategie, compatibili cioè con più scenari.

Così, la tecnica degli scenari evita di pensare al futuro in modo monolitico (privilegiando, in altre parole, una sola visione come probabile futuro) o generico (senza analizzare le conseguenze specifiche in ciascuno degli ambiti sanitari). Utilizzando l'infor-

mazione disponibile oggi, gli scenari scommettono sul fatto che la maggior parte dei cambiamenti sanitari, sociali, economici o ideologici del domani è individuabile già oggi: occorre però accettare di fare uno sforzo d'immaginazione per creare alternative e produrre immagini verosimili del futuro.

Gli scenari sono frequentemente utilizzati nelle imprese commerciali, meno frequentemente nelle amministrazioni pubbliche o dalle istanze politiche⁴. Esistono più modi di elaborarli. Uno è quello di chiedere ad un esperto di preparare una lista commentata di scenari: è l'approccio scelto dal Servizio sanitario pubblico per questo mandato. In sintesi, questo mandato è consistito nel raccogliere le conoscenze disponibili (nella letteratura pubblicata o informale e presso i professionisti sanitari) per identificare le tendenze più forti da prendere in considerazione. In un secondo tempo, gli assi di cambiamento sono stati identificati, come pure le "incertezze critiche" che organizzano questi assi, riprendendo in questo modo la tecnica sviluppata da un gruppo olandese^{5 6}. Infine questi elementi sono stati combinati e riassunti in quattro scenari estremi rappresentanti, ciascuno, quattro risultati di quattro sviluppi divergenti ma plausibili.

Determinanti dell'evoluzione del sistema sanitario

Come già indicato, la prima tappa consiste nell'identificare i principali determinanti

dell'evoluzione a medio e lungo termine del sistema sanitario. Fra i numerosi fattori reperibili oggi, cinque sono qui considerati: l'evoluzione demografica, i cambiamenti economici e politici, gli sviluppi scientifici e tecnologici, ed infine lo sviluppo dei sistemi di comunicazione. Questi fattori sono di seguito brevemente commentati.

Evoluzione demografica

L'evoluzione della situazione demografica è fondamentale per la salute pubblica e per i servizi sanitari; non solo la composizione della popolazione determina il volume e la natura dei bisogni di salute di questa popolazione, ma ancora i servizi sanitari costituiscono una parte sostanziale del mercato del lavoro, il che li fa dipendere fortemente dalla struttura demografica.

Le trasformazioni demografiche dei futuri decenni sono conosciute. La popolazione mondiale era di 1.6 miliardi nel 1900; è ora di 6 miliardi e dovrà arrivare a 9 o 10 miliardi verso il 2050 per stabilizzarsi successivamente. Quest'evoluzione corrisponde all'ultima fase della transizione demografica mondiale, cioè ad una diminuzione della mortalità più rapida della diminuzione delle nascite, il che conduce ad un accrescimento forte ma transitorio della popolazione. Quest'accrescimento ha luogo essenzialmente nei paesi attualmente meno sviluppati: nel 2050, la popolazione dell'Europa e delle due Americhe rappresenterà meno del 25% della popolazione totale. At-

tualmente, nell'Unione europea (1999), la crescita naturale (cioè l'eccedenza di nascite in rapporto ai decessi) è di 266.000 nascite (0,7% della popolazione), il livello più basso del dopoguerra⁷.

Alcuni aspetti concernenti l'invecchiamento della popolazione e le migrazioni sono qui presentati.

Invecchiamento della popolazione

La maggior parte dei paesi sviluppati conoscerà una popolazione "vecchia" e non solo che invecchia. È il risultato insieme di una bassa natalità e di una lunga durata della vita. In Svizzera, il numero degli anziani d'età tra i 65 e i 79 anni aumenterà dei due terzi tra il 1990 e il 2035, ed il numero di quelli di 80 anni e più raddoppierà durante lo stesso periodo⁸.

La principale conseguenza sanitaria dell'invecchiamento della popolazione è l'aumento della frequenza assoluta delle malattie croniche e degenerative. Anche se lo stato di salute delle persone anziane è migliorato durante gli ultimi decenni (e migliorerà ancora)⁹⁻¹¹, la forte crescita del numero di persone anziane aumenterà il numero assoluto di queste patologie. Oltre le malattie cardiovascolari ed i tumori, queste sono le malattie dell'apparato locomotore (artrosi per esempio) e neuropsichiatriche (depressione per esempio) che costituiranno una parte considerevole dei futuri bisogni di salute.

Uno sforzo di valutazione resta da fare in Svizzera per meglio conoscere il volume e la natura dei bisogni che na-

scono dall'invecchiamento della popolazione. Si rilevano in particolare le seguenti carenze:

- occorre disporre di buone stime sulla futura frequenza di malattie basate su ipotesi demografiche, epidemiologiche e sanitarie; questo è stato fatto per i tumori¹², ma non per le altre malattie importanti per le quali un approccio sistematico manca in Svizzera¹³. Gli indicatori epidemiologici recentemente sviluppati («*Global Burden of Diseases*», «*Espérance de vie en santé*», ecc.) dovranno ugualmente essere utilizzati in Svizzera in questa prospettiva così come si fa in altri paesi¹⁴;

- gli effetti di quest'evoluzione sui sistemi sanitari dovranno essere sistematicamente e frequentemente registrati utilizzando i dati disponibili¹⁵. C'è per esempio il caso dell'ospedalizzazione; i dati di sintesi delle dimissioni ospedaliere sono direttamente utilizzabili come ha dimostrato il programma SIMULIT¹⁶. Proiezioni simili dovranno essere fatte per chiarire gli effetti dell'invecchiamento sul sistema ambulatoriale, le cure palliative e le cure non professionali, tra le altre;

- poiché la diminuzione della mortalità delle persone anziane è attualmente il principale determinante della caduta della mortalità generale in Svizzera, occorre aggiustare costantemente le stime di durata massima della vita utilizzate negli scenari demografici. In generale, questa durata è sottostimata in rapporto alle conoscenze epide-

miologiche attuali sull'età al decesso¹⁹⁻²⁰.

Migrazioni

Il prossimo secolo vedrà importanti spostamenti di popolazione causati da problemi sociali, politici e ambientali sopraggiunti in un contesto di forti disparità demografiche ed economiche²¹. La natura e la dimensione dei movimenti migratori sono più difficili da prevedere che i movimenti naturali (nascite e morti)^{8 22}, ma un apprezzamento è necessario ai fini della previsione sanitaria.

Tra i paesi europei non esistono più grosse disparità della struttura per età e della ricchezza nazionale, cosicché movimenti migratori quali abbiamo osservato durante il XX secolo (dal sud verso il nord dell'Europa) non potranno ripetersi. In compenso si produrranno dei movimenti tra i continenti, in particolare dall'Africa verso l'Europa. La prima ha una situazione demografica e sociale completamente opposta a quella dell'Europa, il continente immediatamente vicino. Tra il 1900 e il 2000, la popolazione europea è raddoppiata (passando da 295 a 524 milioni, quando la popolazione del Maghreb si è moltiplicata per 7 (da 12 a 80 milioni) e quella dell'Egitto e del Sudan per 6 (da 16 a 100 milioni)). E la struttura per età delle popolazioni africane, in particolare nord-africane, comporta una vitalità demografica ancora forte nei decenni a venire. Le persone di più di 65 anni rappresentano circa il 15% nelle regioni europee (Russia compresa), quando le

stesse nell'insieme dell'Africa non riguardano che il 3%²³.

È impossibile che il mercato africano del lavoro assorba gli entranti naturali e questi dovranno cercare altrove degli sbocchi: l'Europa è il miglior candidato per ragioni geografiche e storiche. L'Africa vive una situazione economica globalmente cattiva, con numerosi paesi che conoscono forti ineguaglianze sociali, ed alcuni un impoverimento reale²⁴. Si tratta, dunque, di una situazione favorevole all'emigrazione massiccia della popolazione.

Già nel 1990, tra il 10 e il 30% della popolazione egiziana lavorava fuori del territorio nazionale; al contrario, tra il 5 e il 20% della popolazione attiva nell'Europa occidentale è straniera²⁵. Nella relazione di Chesnais²⁶ «L'Europa diviene [...] il primo continente d'immigrazione. Il suo popolamento è chiamato a trasformarsi in profondità dall'africanizzazione, arabizzazione e islamizzazione. Questo movimento storico è ineluttabile. Come gestirlo al meglio degli interessi delle due parti? Nessun dubbio che la Svizzera sarà, anch'essa, misurata nella sfida che porrà questa immigrazione, soprattutto se resta uno dei paesi più ricchi del mondo²⁷.

Dal punto di vista della sanità pubblica, i principali aspetti legati all'immigrazione riguardano, da un lato, lo stato di salute della popolazione immigrata e, dall'altro, le occasioni che crea sul mercato del lavoro nei servizi sanitari. Lo stato di salute delle popolazioni migranti è generalmente buono se il paese d'ac-

colgenza controlla il processo d'immigrazione. Esiste, in effetti, una doppia selezione favorevole, volontaria (per il datore di lavoro e per il paese d'accoglienza) e naturale (perché l'emigrante beneficia di uno stato di salute superiore a quello dei suoi compatrioti giacché ha progettato di emigrare). A causa della forte proporzione della popolazione immigrata, la Svizzera dispone di un'esperienza sociale e politica dell'immigrazione e dei problemi di salute che vi sono legati. Quest'esperienza è ancora poco capitalizzata sotto forma di documento o di linee di ricerca, anche se esiste qualche gruppo recentemente costituito^{28 29}, per affrontare i problemi di salute specifici (prevenzione dell'HIV/AIDS ad esempio)^{30 31}.

Un altro aspetto delle migrazioni riguarda l'apporto di forza lavoro, specialmente nei servizi sanitari. Per ragioni demografiche, in effetti, è cosa certa che la penuria di personale sanitario si aggraverà, in particolare nelle cure infermieristiche. In Svizzera, le previsioni demografiche prevedono una riduzione dal 10 al 30% delle persone dai 15 ai 29 anni nel 2040⁸. Questa penuria strutturale di personale sarà aggravata se i salari delle professioni sanitarie non sono massicciamente rivalutati. In tutti i casi dovranno essere attivate strategie ambiziose per reclutare differenti categorie di personale nei paesi il cui saldo migratorio sarà positivo in modo duraturo. Un secondo aspetto di queste strategie è quello di sviluppare adeguati

percorsi di formazione³², tenendo conto del fatto che una parte delle persone reclutate verranno dall'estero. Non è impossibile che anche i medici siano interessati da questa penuria, sebbene la Svizzera goda attualmente di una densità medica straordinariamente elevata (circa 24000 medici in attività nel 1999, ossia una densità di 298 abitanti per medico)³³. La penuria potrebbe crearsi per gli effetti congiunti della specializzazione medica (che diminuisce il campo di intervento di ciascun medico), della diversificazione delle attività dei medici (dedicate in particolare alla gestione, alla formazione e al coordinamento)³⁴ e della rapida femminilizzazione della professione medica (che implica uscite e ingressi difficilmente prevedibili all'interno e all'esterno del mercato del lavoro)³⁵. Sarà, del resto, utile aggiornare le previsioni in questo campo³⁶.

Cambiamenti economici e politici

Indipendentemente dai bisogni di salute richiesti dall'evoluzione demografica sopra richiamata, il sistema sanitario si trasforma ugualmente secondo una dinamica economica (profitto delle imprese che erogano prestazioni ad esempio) e politica (ripartizione dei poteri tra confederazione e cantoni, ad esempio). I servizi sanitari sono direttamente interessati da questi cambiamenti, in ragione anche del loro importante ruolo sulla scena socio-economica e politica. Essi rappresentano una quota sostanziale degli impieghi, vale a dire, attualmente, circa il 10% della popolazione attiva in Svizzera.

Nel prossimo decennio l'evoluzione socio-economica più importante del sistema sanitario riguarderà l'affermazione del libero mercato^{37 38}, contemporaneamente ad un affievolimento del ruolo dello Stato (o di altri organismi comunitari) come garante dei diritti tradizionali in Europa quale l'accesso equo ai servizi sanitari^{39 40}. La moda attuale del libero mercato in sanità è dovuta, in parte, al fallimento dei meccanismi pubblici di controllo della spesa sanitaria e, dall'altra all'insoddisfazione della popolazione a fronte dei servizi offerti, sotto il profilo quantitativo e qualitativo. Questa moda dipende anche da un contesto ideologico che vorrebbe che il libero mercato apporti una soluzione a tutti i problemi, compresa la povertà (secondo un concetto largamente diffuso dalla Banca Mondiale)⁴¹; in termini semplici, una gestione virtuosa del libero mercato compenserebbe largamente i problemi legati all'assenza di regole⁴². Questo contesto agisce in modo simile nel dibattito sulle casse pensioni nei paesi sviluppati, dove i vantaggi di una privatizzazione del settore sono presentati in termini di efficienza⁴³.

Una letteratura abbondante riporta l'esperienza storica già ricca della privatizzazione dei servizi sanitari, con esempi contrastanti, come quello degli Stati Uniti da una parte e del Regno Unito dall'altra. Occorre sottolineare come una parte delle riforme dei servizi sanitari non mira all'uscita di questi servizi dal grembo dello Stato⁴⁴, ma piuttosto ad introdurre dei meccanismi che imitano una situazione di mercato all'interno stesso dello Stato^{45 46}.

La fonte dei finanziamenti dei servizi sanitari in un mercato libero resta da definire. A priori, il finanziamento dovrà essere dominato da pagatori privati (principalmente le assicurazioni), che agiscono per lo più in stretta collaborazione con gli erogatori dei servizi. Ma non c'è autonomia tra un mercato sanitario privato ed un finanziamento pubblico. È ciò che dimostrano gli Stati Uniti⁴⁷, ed è ciò che richiamano Vineis e Capri per l'Italia⁴⁸. Formuleremo qui quattro osservazioni che interessano il futuro dei servizi sanitari. Il primo punto riguarda la diversità dei servizi offerti alla popolazione. Non esiste alcun vincolo meccanico tra mercato libero e diversità dei servizi disponibili. La sola regola è che, in caso di mercato libero, la diversificazione deve rispondere ad un criterio di redditività economica diretta, mentre nell'ambito di un mercato pubblico controllato dallo Stato, la diversificazione deve anche rispondere a criteri di redditività sociale e politica (rappresentata ad esempio da gruppi di pressione). Ma il mercato libero può far nascere concentrazioni monopolistiche. È del resto ciò che mostrano gli Stati Uniti dove gruppi di assicuratori hanno acquistato intere fette del si-

stema sanitario⁴⁹⁻⁵¹. In questa prospettiva, queste concentrazioni possono portare alla messa sotto tutela dei professionisti sanitari nell'ambito delle strutture private^{52 53}, realizzando così una lenta trasformazione delle professioni sanitarie⁵⁴.

Una seconda osservazione riguarda la flessibilità del sistema sanitario. Un vantaggio certo del libero mercato è la sua buona capacità di reazione rispetto alle nuove domande della popolazione, e la rapidità di questa risposta. Ciò contrasta con le istituzioni statali e comunitarie che si muovono poco e lentamente, per i meccanismi politici di decisione. In tutti i casi, il mercato libero non reagisce che alle domande solvibili e, se possibile, redditizie. Questa capacità di reazione delle strutture private riguarda non solo lo sviluppo di nuovi servizi, ma anche la loro soppressione: le chiusure di ospedali in particolare possono avvenire molto più rapidamente e radicalmente in una situazione gestita da operatori privati.

Una terza osservazione riguarda lo sviluppo del consumismo all'interno del sistema sanitario, che corrisponde ad una tendenza generale nell'economia dei paesi sviluppati. Questo consumismo assume aspetti diversi, ma ruota spesso intorno alla qualità delle cure. La proliferazione di classificazioni delle istituzioni sanitarie (vedi ad esempio le *league tables* del Regno Unito)^{55 56}, di indagini sulla soddisfazione dei pazienti⁵⁷ e altre misure di performance delle cure testimoniano que-

stema sanitario⁴⁹⁻⁵¹. In questa prospettiva, queste concentrazioni possono portare alla messa sotto tutela dei professionisti sanitari nell'ambito delle strutture private^{52 53}, realizzando così una lenta trasformazione delle professioni sanitarie⁵⁴.

Una seconda osservazione riguarda la flessibilità del sistema sanitario. Un vantaggio certo del libero mercato è la sua buona capacità di reazione rispetto alle nuove domande della popolazione, e la rapidità di questa risposta. Ciò contrasta con le istituzioni statali e comunitarie che si muovono poco e lentamente, per i meccanismi politici di decisione. In tutti i casi, il mercato libero non reagisce che alle domande solvibili e, se possibile, redditizie. Questa capacità di reazione delle strutture private riguarda non solo lo sviluppo di nuovi servizi, ma anche la loro soppressione: le chiusure di ospedali in particolare possono avvenire molto più rapidamente e radicalmente in una situazione gestita da operatori privati.

sto movimento verso il consumismo sanitario. Questo stesso consumismo sta nel concetto di potere dei pazienti o della popolazione⁵⁸. Il consumismo sanitario potrebbe accentuarsi, qualunque sia il grado di privatizzazione del sistema sanitario: agirebbe direttamente sulla gestione quotidiana dei servizi sanitari. Una quarta osservazione interessa il cantone di Vaud come sede di un Ospedale universitario e di una facoltà di medicina, che svolge attività d'insegnamento e di ricerca in sanità. Un sistema sanitario dipendente da strutture private è minacciato da due principali pericoli: il primo è di trascurare tutte le attività accademiche se non sono economicamente remunerative a breve termine per le imprese. L'altro pericolo è che la ricerca si orienti strettamente verso gli obiettivi strategici o commerciali delle aziende proprietarie (come i centri di ricerca delle industrie farmaceutiche ad esempio). L'esperienza degli Stati Uniti dimostra che questo problema è regolato male quando il mercato libero domina il sistema sanitario⁵⁹ ⁶⁰, anche se gli ospedali universitari fanno parte di un sistema educativo anch'esso privato.

Internazionalizzazione delle attività di cura

Le trattative condotte sotto l'egida dell'organizzazione mondiale per il commercio avranno implicazioni importanti per il sistema sanitario. In effetti, è l'insieme dei servizi sanitari (e non solo l'industria farmaceutica o le assicurazioni) interessato agli

accordi di libero scambio, anche se il calendario delle trattative prevede che questi servizi siano temporaneamente esclusi dalle trattative transnazionali⁵⁸.

Questo movimento d'internazionalizzazione è indissociabile da un doppio fenomeno: l'internazionalizzazione di tutti i servizi⁵⁸ (compresi, dunque, i servizi sanitari) e la privatizzazione del mercato sanitario. Gli Stati Uniti, dove si trovano gli operatori privati più forti nella sanità, si confrontano con un mercato nazionale saturato dalla metà degli anni '90⁶¹ ⁶²: l'internazionalizzazione delle attività sanitarie è divenuta una necessità per l'espansione economica di questo settore. Numerosi paesi dell'America latina hanno, d'altra parte, già conosciuto questo assalto nord-americano ai loro sistemi sanitari⁴².

Questa internazionalizzazione spingerà fortemente verso una dislocazione dei servizi sanitari: si tratterà, in un primo tempo, delle compagnie d'assicurazione, poi di alcune prestazioni (laboratori ad esempio) nonché, infine, della dislocazione di determinate cure. Se in effetti, la manodopera sanitaria diviene sempre più rara e/o sempre più costosa in Svizzera, sarà vantaggioso trasportare i pazienti in istituzioni con manodopera abbondante e a buon mercato, indipendentemente dalla distanza dal domicilio del paziente⁶⁴⁻⁶⁶.

Sviluppo scientifico e tecnologico

Da numerosi decenni, gli sviluppi delle tecniche chimi-

che, fisiche e biologiche vengono rapidamente integrati con le scienze mediche e più rapidamente utilizzati in medicina⁶⁷. Questo movimento è destinato a proseguire negli anni futuri. La miniaturizzazione ad esempio, che ha già offerto grandi novità in medicina, negli ultimi decenni, dovrà creare nuove occasioni d'innovazione delle cure.

L'innovazione tecnologica in medicina segue una logica e un ritmo che non dipendono necessariamente dai bisogni di salute, ma da una dinamica propria delle conoscenze mediche e tecniche, oltre che dalle possibilità industriali e commerciali. Queste innovazioni, anche se non rispondono ad un bisogno, sono suscettibili di creare una domanda di prestazioni nella popolazione: in questo senso l'innovazione tecnologica contribuisce a formare il sistema sanitario, compreso il suo sistema di valori. La medicina predittiva ed il consiglio genetico costituiscono esempi tipici d'innovazione suscettibili non solo di influenzare la nosografia ed il trattamento in medicina, ma anche di formare l'insieme di valori del sistema sanitario⁶⁹.

Sviluppo dei sistemi di comunicazione

Lo sviluppo e le ricadute delle tecniche di comunicazione (compresa l'informatizzazione), sono ancora ampiamente da sviluppare nei sistemi sanitari. Questo interessa, da un lato, l'accessibilità all'informazione per il pubblico (realizzando la presa in carico delle malattie da parte de-

gli stessi pazienti o dei loro familiari), e dall'altra, l'accessibilità alle informazioni da parte dei professionisti. Per questi ultimi si tratta d'accedere ai dati individuali dei pazienti (cartelle informatizzate, immagini diagnostiche), alle conoscenze più recenti (letteratura medica, raccomandazioni per la pratica), o a tecniche (conferma di una immagine diagnostica ad esempio). Così, l'integrazione di tecniche di comunicazione e d'informatica nel sistema sanitario dovrebbe approdare ad una situazione nella quale la popolazione, i pazienti ed i professionisti diverranno simultaneamente più competenti.

Quale che sia la forma giuridica o commerciale di questo sviluppo, le poste economiche in gioco, di quest'accesso generalizzato all'informazione medica e sanitaria di cui Internet è un veicolo principale, non sono sfuggite all'industria dei servizi⁷⁰⁻⁷². È probabile che le istituzioni sanitarie saranno parte interessata in questo sviluppo, nel generare, valicare e vendere queste informazioni. Il ruolo dell'ospedale in questo sistema resta da esplorare.

Assi di cambiamento

Secondo alcune considerazioni sopra formulate, due grandi assi di trasformazione si profilano a caratterizzare l'evoluzione del sistema sanitario. Il primo asse di cambiamento è socio-economico, il secondo tecnologico e culturale (per abbreviare tecnico-culturale). Ciascuno di questi assi tenta di cogliere uno de-

gli obiettivi ideologici che attraversano il sistema sanitario^{44 74}.

Queste due linee di forza perpendicolari sono rappresentate dalla Figura 1. Alle quattro estremità figurano le situazioni limite cui giungono queste due linee di forza, ciascuna nella propria rispettiva evoluzione antagonista. L'asse I (cambiamenti socio-economici) si colloca tra razionalizzazione comunitaria e liberalizzazione del mercato sanitario. L'asse II (cambiamento della tecnocultura) oppone abbondanza e rinuncia tecnologica, ottimismo e scetticismo.

Le sezioni che seguono descrivono più in dettaglio il contenuto di questi assi ed il loro sviluppo antagonista.

Cambiamenti socio-economici tra controllo pubblico e deregolamentazione del mercato (asse I)

Il primo asse riguarda i cambiamenti socio-economici, compreso l'attenzione alla solidarietà sociale e l'internazionalizzazione dei sistemi sanitari. Due sviluppi antagonisti sono possibili lungo quest'asse di cambiamento:

- un movimento che punta a rinforzare il controllo comunitario sull'economia in generale, compresa l'economia dei servizi ed in particolare quella dei servizi sanitari. Questo movimento favorisce la razionalizzazione, anzi il razionamento dei servizi sanitari, in modo da garantire i valori tradizionali dello Stato europeo, quali l'equità e la solidarietà; questa prospettiva è quella del controllo comunitario dei servizi sanitari;

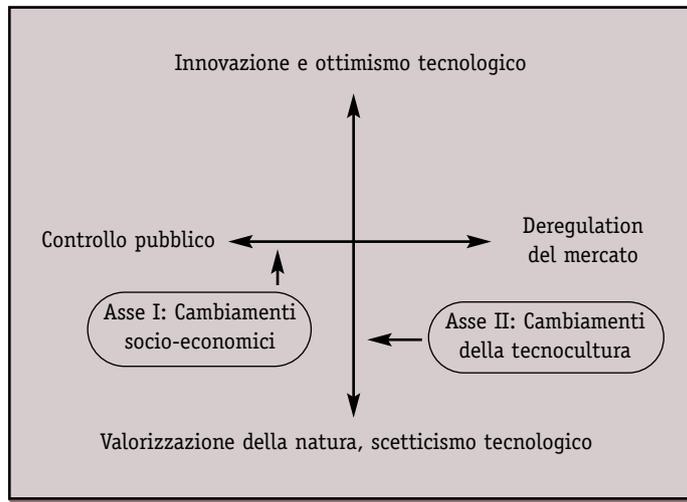


Fig. 1. Assi di cambiamento.

- il movimento attuale verso la liberalizzazione di tutti i mercati (compreso il mercato dei servizi sanitari e sociali) persiste e si affretta; i servizi sanitari si collocano al di fuori di ogni controllo reale del potere pubblico; questa prospettiva è quella di una deregolamentazione massiccia dei servizi sanitari.

Queste due posizioni estreme sono brevemente descritte più avanti.

Controllo pubblico dei servizi sanitari

Questa opzione corrisponde ad un approccio classico della sanità pubblica moderna, il cui scopo è di organizzare razionalmente la risposta ai bisogni di salute della popolazione²⁵. Questo presuppone un sistema sociale che valorizza la solidarietà nella comunità. Questa tendenza prolunga le politiche sociali e sanitarie conosciute in Europa accrescendo ancora il controllo pubblico dei servizi sanitari; questa politica accetta, in particolare, d'imporre rinunce agli individui in un quadro di razionamento⁷⁶. Il Servizio sanitario na-

zionale britannico presenta elementi concreti di questa tendenza⁷⁷.

Il controllo pubblico si esercita in più direzioni: sia direttamente, con lo Stato come operatore esclusivo dei servizi sanitari (come nel Regno Unito), sia indirettamente con un controllo stretto delle strutture parastatali (o anche private) cui i servizi sono affidati in gestione (come in Italia). Un corpo professionale di amministratori specificatamente formati per lavorare in campo sanitario è incaricato di gestire, finanziare e pianificare i servizi: il diretto rapporto di questi organi di controllo con il potere politico sottopone il sistema a dei forti condizionamenti, qualche volta rapidamente mutevoli.

L'offerta di servizi è poco abbondante, sovente frustrante per la sua relativa povertà e per la sua lentezza nell'adozione delle nuove tecnologie. Il budget fisso, ritagliato principalmente dalle risorse fiscali è mantenuto a livello basso grazie al ruolo monopolistico dello Stato. Questo budget limitato impone di in-

dirizzare le risorse verso i bisogni prioritari della popolazione. Il deficit quantitativo è in parte compensato da uno sforzo di coordinamento tra i curanti, mirando alla integrazione dei servizi ed alla continuità delle cure⁷⁸, legando verticalmente i servizi tra loro. Questi servizi integrati permettono di organizzare dei "circuiti di cura" per i pazienti⁵. La base strutturale dell'integrazione è la Regione, che dispone di una relativa autonomia in rapporto al servizio centrale.

In un sistema come questo, i professionisti sanitari sono organizzati in potenti corporazioni destinate a proteggere i valori del sistema sanitario (specialmente rispetto alle pressioni politiche), come i "collegi" medici anglosassoni^{79 80}. Tra le altre funzioni, queste corporazioni producono le raccomandazioni di pratica professionale (linee guida). Non è solo la pratica delle cure che si conforma a dei modelli di decisione fondati sulle prove, ma l'insieme delle strategie sanitarie⁸¹.

La formazione professionale è

dominata dalla gestione diretta da parte dello Stato (o delle associazioni professionali), come avviene per l'insegnamento primario o secondario. Questa gestione diretta permette di introdurre un numero chiuso delle professioni compresi i medici. La condizione per la realizzazione di questo cambiamento è politica. Occorre che lo Stato (o importanti organismi comunitari) resti un socio centrale negli affari pubblici, non solo nella sanità, ma anche negli altri grandi settori come l'educazione e i trasporti. La questione, in Svizzera, è di sapere se questa competenza dello Stato, se deve essere estesa, sarà esercitata a livello federale o cantonale.

Deregolamentazione del mercato dei servizi sanitari

Quest'evoluzione corrisponde ad una visione politica attualmente in forte progresso: il mercato libero è il miglior regolatore della domanda sanitaria e, di conseguenza, il miglior garante del mantenimento della spesa sanitaria ad un livello soddisfacente. Come corollario, il ruolo dello Stato è ridotto al minimo. Secondo la formula di Milton Friedman: "Poche idee sono così distruttive per le fondamenta della nostra società libera (questo accettando che esista) quanto una responsabilità sociale, oltre a quella di fare più denaro possibile a beneficio degli azionisti"⁸². Lo Stato è, per definizione, "discreto" in questo tipo di sistema. Se non è completamente assente, il suo ruolo è quello di fornire i servizi che stanno fuori mercato, sia che

si tratti di tecnologie "orfane" perché destinate ad un numero troppo piccolo di persone, o di servizi offerti a popolazioni non in grado di pagare: tipicamente, si tratta di assicurare l'accesso alle cure di base per le frazioni meno favorite della popolazione. Questa funzione d'aiuto può essere riempita sia direttamente dallo Stato, sia da istituzioni caritative. Le cure ai più indifesi possono essere fornite dallo Stato o da istituzioni sanitarie private, attraverso contratti specifici con istanze comunitarie, Stato o fondazioni. Lo Stato assume un ruolo generale di polizia sanitaria, simile a quello osservabile oggi negli Stati Uniti^{83 84}.

I servizi sanitari sono gestiti da organismi privati. Questa organizzazione assomiglia a quella attualmente in vigore in Svizzera: essa induce e mantiene una atomizzazione dei professionisti in gabinetti indipendenti, in settori ambulatoriali, ospedalieri e di lungodegenza, ecc.. La stessa dinamica del libero mercato induce lo sviluppo differenziato degli operatori: ciascun attore cerca di piazzarsi su un mercato redditizio, sviluppando una strategia di nicchia per aumentare il suo profitto.

L'organizzazione sanitaria potrà anche evolversi verso una concentrazione in conglomerati, permettendo insieme di partecipare a piani tecnici onerosi e di soddisfare la diversità delle domande della clientela (medicina ufficiale e medicina parallela ad esempio). In altri termini, la privatizzazione può creare

organizzazioni monopolistiche, delle "megacorporazioni" di sanità offrendo adattamenti regionali tra i fornitori di cure⁵.

Il sistema sanitario è ampiamente aperto ai mercati continentali (Unione Europea) o mondiali (accordi tariffari dell'organizzazione mondiale del commercio). Questo mercato cerca costantemente nuovi allargamenti in termini di clientela, di prodotti o di servizi. Le persone anziane, che costituiscono il più grosso potenziale di consumo sanitario, sono privilegiate nell'offerta di cure, a condizione che la loro domanda di prestazioni sia solvibile.

Il costo di un sistema sanitario privato è probabilmente elevato. La forte competizione tra le istituzioni sanitarie conduce ad una sovrautilizzazione delle cure, e molti autori ritengono che il finanziamento privato sia meno efficiente di un finanziamento pubblico esclusivo per le cure essenziali⁸⁵.

In un contesto di deregolamentazione generalizzata nella società, la povertà è destinata ad aumentare, compresa la grande povertà nei paesi sviluppati⁸⁶: ciò precluderà la realizzazione di strutture caritative attente ai più poveri.

In un sistema come questo, i professionisti sanitari sono organizzati in sindacati per tutelare i loro interessi. La formazione professionale è simile a quella attualmente in vigore, con un accesso libero alle diverse professioni. Tuttavia, le organizzazioni professionali cercano di attuare percorsi formativi per

adattare il numero dei professionisti in attività alle condizioni del mercato.

La situazione degli ospedali universitari è difficile, come suggerisce l'esempio americano⁸⁷, con l'incertezza del finanziamento delle prestazioni.

È il contesto politico che determina le probabilità di realizzazione di quest'evoluzione verso la deregolamentazione: occorre che lo Stato cessi di essere un partner centrale nelle attività pubbliche. Più esattamente, occorre che i vantaggi della liberalizzazione dai meccanismi di controllo nel settore delle cure siano superiori agli inconvenienti legati ad una riduzione delle abituali funzioni dello Stato, come l'equa distribuzione dei servizi. Uno degli aspetti dominanti di questa evoluzione è l'accettazione di una iniquità sociale in tema di cure: in questo senso, questa evoluzione implica un forte cambiamento dei concetti che vigono in Europa, con lo sviluppo di un nuovo sistema di valori⁸⁸. Come segnalano due autori⁸⁹, questo nuovo sistema "cancellava le radici comunitarie e le tradizioni samaritane degli ospedali, fa dei medici e degli infermieri gli strumenti degli investitori e considera i pazienti come una materia prima".

Cambiamento tecnico e culturale tra ottimismo e scetticismo tecnologico (asse II)

Il secondo asse di cambiamento riguarda le tecnologie biomediche e, contemporaneamente, l'evoluzione della loro percezione da parte della

popolazione. Due evoluzioni antagoniste possono essere abbozzate per quest'asse:

– una evoluzione verso l'abbondanza di tecnologie e un atteggiamento ottimistico della popolazione: le tecniche mediche, che hanno già profondamente marcato la storia delle cure, possono ancora accrescere la loro influenza ove le diverse innovazioni (miniaturizzazione, genomica, telecomunicazioni, ecc.) confermino rapidamente le loro promesse e trasformino in modo evidente la prognosi di qualche importante malattia, in particolare le malattie croniche. In questo caso, i progressi tecnologici beneficeranno del sostegno attivo della popolazione; – un'evoluzione verso l'insuccesso delle tecnologie ed una diffidenza della popolazione: esiste già oggi un movimento di opposizione alle innovazioni biomedicali, legato ad una resistenza più generale verso la sofisticazione tecnica in materia medica e, contemporaneamente, all'attrazione verso le medicine "dolci". Questa evoluzione prevede un ripiegamento progressivo verso i valori di un mondo pre-tecnologico, o meglio pre-scientifico, con un sistematico sottrarsi all'utilizzazione delle nuove tecniche.

Queste due posizioni estreme sono caratterizzate come segue.

Innovazioni tecnologiche e ottimismo culturale

Quest'evoluzione implica lo sviluppo rapido e continuo delle tecniche medicali, sia diagnostiche che terapeutiche e preventive. Queste nuo-

ve tecniche forniscono soluzioni concrete a problemi reali. La prevenzione delle malattie sta accelerando la sua espansione, in particolare per la diagnostica precoce (compreso lo screening genetico⁹⁰ o quello delle affezioni neuropsichiatriche)⁹¹ o la chemioprolifassi di alcune patologie (cancro del colon ad esempio)⁹².

Tutto ciò induce e rinforza una grandissima fiducia della popolazione nelle tecniche biomedicali: la popolazione non solamente accetta queste innovazioni, ma ne richiede ancora. L'ottimismo regna: il progresso tecnologico fornisce la soluzione a numerosi problemi. Inoltre, tale progresso è percepito come una delle principali forze di progresso economico e sociale. Le telecomunicazioni divengono un elemento essenziale del sistema di cure, e servono da garanzia di qualità, al monitoraggio dell'osservazione dei pazienti, ecc. S'inseriscono nella comunicazione tra pazienti e curanti, e talvolta si sostituiscono per la tele-diagnostica o i consigli terapeutici a domicilio.

Le scienze biomedicali sono integrate nel più ampio spazio del genio del vivente, e il sistema sanitario si organizza secondo i valori e i modi di una disciplina tecnica, con degli ingegneri (i medici) e dei tecnici (il personale addetto alle cure). I professionisti sanitari sono specializzati in interventi tecnici, più frequentemente curativi. In compenso, la presa in carico dei pazienti è meno sostenuta, anzi trascurata. La formazione professionale si orga-

nizza principalmente secondo le innovazioni tecniche in corso o a venire. La selezione dei professionisti sanitari si effettua principalmente su criteri di competenza tecnica.

La popolazione e, a maggior ragione i pazienti, sono ampiamente informati sulle possibilità offerte dalla tecnologia. L'automedicazione, facilitata dalle telecomunicazioni, rappresenta una delle importanti modalità di cura. È la popolazione che, in un modo o nell'altro, sopporta i costi rilevanti dello sviluppo e dell'applicazione di queste tecniche biomedicali.

La condizione per realizzare quest'evoluzione è principalmente tecnologica: occorre che le scienze biomedicali producano qualche avanzamento spettacolare e che questi guadagni siano visibili nella vita reale degli individui (in particolare nel campo delle malattie croniche).

Valorizzazione della natura e scetticismo tecnologico

Quest'evoluzione è dominata da una percezione globalmente negativa del "progresso", con la nostalgia di un paradiso prescientifico, di un mondo senza buco nello strato di ozono, senza pioggia acida e senza riscaldamento climatico. Questa evoluzione generale, che ricorda come non esista alcun progresso continuo verso la razionalità⁹³, si manifesta in medicina con un rifiuto delle innovazioni tecniche. Il sentimento di sfiducia è rinforzato dalla ridotta efficacia delle cure mediche per numerose affe-

zioni^{94 95}, o perché numerosi trattamenti, pur efficaci, non sono applicabili sul campo per ragioni sociali ed economiche⁹⁶. Gli effetti secondari negativi dei trattamenti medici sono vivamente sentiti in questo ambiente sospettoso. Questo contesto favorisce lo sviluppo di numerose medicine "dolci", a detrimento della pratica medica che utilizza gli interventi d'alta tecnologia. Le professioni sanitarie divengono sempre più contraddittorie, talvolta antinomiche: la cultura professionale scompare.

Questo contesto induce anche una pratica curativa difensiva e conservatrice che cerca di limitarsi a procedure assolutamente sicure, benché poco efficaci (ciò che è già il caso delle medicine non convenzionali di oggi). Il coordinamento del sistema può essere forte se la maggior parte delle prese in carico riguarda le malattie croniche.

La formazione segue a fatica l'esplosione delle pratiche professionali, imponendo un rinnovamento costante dei percorsi, talvolta con un miscuglio di formazioni tradizionali e nuove,

La popolazione ed i pazienti ricevono una informazione abbondante, che risponde alle loro attese. Essi formano vere lobbies per guidare la politica sanitaria, in particolare, le politiche di rimborso, quando esistono. In un tale sistema, i *media* giocano un ruolo determinante, a volte come informatori e come mezzi di pressione.

La principale condizione per il realizzarsi di questa evoluzione è ideologica (amplifica-

zione del rifiuto della tecnologia, ricambio politico con dei gruppi efficaci nella comunità), ma anche tecnica (insuccesso reale delle conoscenze e delle tecniche mediche).

Quattro scenari plausibili

Le evoluzioni descritte sopra corrispondono a quattro situazioni estreme. Scenari plausibili possono tuttavia essere ricavati da queste evoluzioni, riferendosi alla zona che occupa ciascuno di loro all'incrocio dei due assi di cambiamento. Così, quattro tipi di scenario possono essere proposti: essi sono schematizzati nella Figura 2. Qualche dettaglio di questi scenari viene presentato di seguito.

Innovazione tecnologica in un sistema sanitario pubblico (scenario di tipo I)

Questo scenario combina un sistema sanitario dominato da organismi comunitari (più spesso integrati con le strutture dello Stato) con una innovazione tecnologica sostenuta. Esso unisce così le ca-

ratteristiche delle evoluzioni suggerite in precedenza.

In questo scenario, i servizi sanitari cercano di organizzare la risposta ai bisogni di salute della popolazione in un contesto di solidarietà sociale. Questa risposta beneficia di uno sviluppo vigoroso delle scienze e delle tecniche mediche, apportando soluzioni concrete a problemi reali. Questa ricchezza tecnologica riguarda anche l'applicazione di tecniche dell'informazione e di comunicazione ai servizi sanitari.

Vengono messi in atto ambiziosi programmi di controllo della qualità delle cure. La valutazione sistematica gioca un ruolo centrale; sono privilegiate le cure la cui efficacia è fondata, che possono essere largamente diffuse e applicate, e che interessano grandi gruppi di popolazione. Organi nazionali ed internazionali regolano l'ingresso sul mercato dei medicinali, ma anche delle tecniche sanitarie. Quando queste innovazioni sono messe a disposizione dei pazienti, il loro impiego è sottoposto a racco-

mandazioni d'uso ("guideline") elaborate dai professionisti. I pazienti sono largamente informati sulle tecniche disponibili, con un forte sviluppo dell'automedicazione. Accuratamente e completamente informato, il paziente partecipa direttamente alle decisioni di presa in carico. Ciò è tanto più necessario in quanto gran parte delle prescrizioni riguardano trattamenti a lungo termine di malati cronici.

La prevenzione e la promozione della salute progrediscono, e fanno parte della cultura di sanità pubblica caratteristica di questo scenario. Ma le prove di efficacia (in termini d'impatto sulla salute della popolazione) e d'efficienza (rendimento economico) predominano nella valutazione, cosicché i grossi interventi nella collettività sono limitati. È anche probabile che la promozione della salute (cioè gli interventi sull'ambiente generale del paziente) perda la sua attrattiva in ragione stessa di una applicazione stretta dei criteri di efficacia ed efficienza.

Malgrado la buona qualità generale del sistema, esiste una tensione permanente tra gli amministratori incaricati di gestire un sistema di cure e l'entusiasmo dei professionisti sanitari che propongono senza sosta nuove tecniche efficaci. Questa tensione è tanto più forte quanto più il bilancio destinato alla sanità resta limitato (perché è posto sotto il controllo diretto dello Stato) e la popolazione è favorevole a rapidi sviluppi. Di fatto, l'offerta di servizi è poco abbondante: alcune nuove tecnologie sono teoricamente disponibili, ma non accessibili perché fuori bilancio.

Benché la qualità delle cure sia elevata, con una forte integrazione dei servizi, e queste siano equamente distribuite all'insieme della popolazione, l'impressione persistente è quella di un sistema frustrante. Infine, questa situazione può far scomparire la spinta economica a sviluppare nuove tecniche.

Innumerevoli pesantezze amministrative rendono difficile l'introduzione di innovazioni anche legittime. Le innovazioni organizzative sono ugualmente rare e lente, anche quelle che mirano ad una razionalizzazione del sistema: il fatto è che l'accettabilità politica di queste innovazioni è uno dei principali vincoli in una comunità (per esempio quando si tratta di fondere degli ospedali)⁹⁷. È perché sono frequenti i conflitti tra le regioni sanitarie ed il pagatore centrale, ed anche tra le corporazioni professionali e lo Stato. Sono presenti tentativi continui di

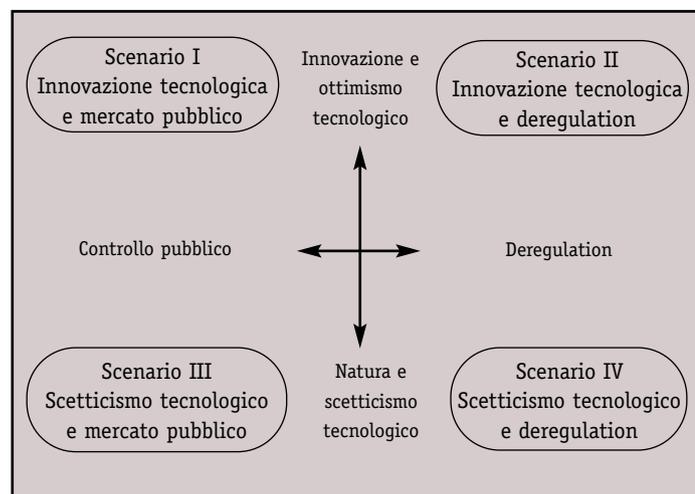


Fig. 2. Quattro scenari plausibili.

creare un mercato libero di cure, parallelo a quello controllato dallo Stato nel quale le innovazioni siano possibili. La formazione professionale è gestita dallo Stato, con un numero chiuso delle professioni (il che, del resto, porta, talvolta, a difficoltà conseguenti ad errori di previsione). La formazione riflette la necessità di produrre professioni sanitarie, divenute largamente tecniche, in modo che la selezione dei candidati privilegi queste capacità tecniche o scientifiche. Allo stesso modo, i percorsi formativi devono essere frequentemente e rapidamente rivisti.

Le condizioni di realizzazione dello scenario che distingue questo sistema sono tecnologiche e politiche: occorre da un lato che le scienze biomediche producano degli avanzamenti sostanziali e percepibili dalla popolazione e, dall'altro, che lo Stato (o importanti organismi comunitari) restino nella sanità il partner centrale.

Una caratteristica essenziale di questo scenario è il controllo dell'innovazione gestito dallo Stato. Tutto il dibattito gira intorno alla composizione del pacchetto di servizi ai quali tutti hanno accesso. È naturale che il pagatore (lo Stato o altri organismi comunitari) voglia limitare il contenuto di questo pacchetto per preservare l'insieme del suo bilancio, ed è naturale che i sanitari ed i pazienti insistano al contrario per aumentarlo. In questa prospettiva, occorre strutturare accuratamente il dibattito tra i diversi partner (Stato

pagatore, professionisti sanitari, pazienti e popolazione) in modo da far vivere una tensione creatrice tra il bisogno di innovazione tecnica ed i limiti delle risorse disponibili.

Innovazione tecnologica con una deregolamentazione del mercato sanitario (scenario di tipo II)

Questo scenario combina una massiccia deregolamentazione del sistema sanitario con un flusso continuo di innovazioni biomedicali e tecniche. Esso unisce, così, le caratteristiche delle evoluzioni suggerite in precedenza.

Lo Stato (o le istanze pubbliche in generale) è poco presente in questo sistema. Esso garantisce certamente l'accesso alle cure di base per i più sfavoriti (secondo modalità variabili). Ma il vero ruolo dello Stato è un sostegno alla ricerca applicata (industriale e tecnologica) nelle tecniche biomedicali, così come alle scienze fondamentali che rappresentano il crogiuolo dell'innovazione. In altri termini, lo Stato rende possibile l'innovazione medica ed i suoi risultati, in termini organizzativi, strutturali e finanziari.

I servizi sanitari sono privati; essi evolvono sia verso un modello esplosivo, sia verso una concentrazione forte in conglomerati. Per esempio, gli ospedali possono prendere l'iniziativa di mettere in campo delle reti private che gravitano intorno al loro piano tecnico. La stessa iniziativa potrebbe essere presa dagli assicuratori privati che potrebbero mettere in campo

dei "Preferred Providers Organization".

Le innovazioni tecniche esplodono, si sostituiscono rapidamente le une alle altre. Lo sviluppo continuo delle nuove tecniche impone un adattamento costante delle strutture del sistema sanitario. Ciascun operatore cerca una nicchia adeguata. Per natura, i servizi sanitari in questo sistema tendono ad esplodere: essi sposano molto bene il mercato per la vicinanza con i consumatori. L'offerta di servizi si ristruttura costantemente per garantire una diffusione ottimale delle innovazioni. Vi è poca coordinazione nei servizi sanitari: la maggior parte delle tecniche (protesi ad esempio) si applicano ad organi o a funzioni specifiche. Il controllo di qualità privilegia gli aspetti tecnici dei prodotti, come la loro affidabilità: la valutazione delle tecnologie sanitarie occupa, in questo scenario, una posizione modesta, perché la novità ne è il valore dominante.

La domanda è forte nella popolazione. Le persone anziane sono un bersaglio privilegiato per lo sviluppo dei prodotti perché costituiscono l'essenza del mercato delle cure. Ed i servizi sanitari esercitano una forte pressione perché i sistemi assicurativi, le casse pensioni o di risparmio permettano agli anziani di restare sul mercato delle cure, cioè perché restino partner solvibili.

Poiché i prodotti ed i servizi sono numerosi e diversificati, questo mercato è competitivo, la pubblicità ed il marketing compaiono massiccia-

mente non solo nel sistema sanitario (sono già largamente presenti nel settore dei medicinali e delle attrezzature mediche), ma anche presso gli operatori (dove, per esempio in Svizzera, sono attualmente limitati). Questa strategia permette di ricercare la soddisfazione del paziente-cliente. La pubblicità è tanto più fiorente quanto più i prodotti tecnici da vendere sono numerosi e permettono miglioramenti reali e talvolta spettacolari dello stato di salute del paziente.

L'internazionalizzazione del sistema di cure crea costantemente nuove opportunità per i fornitori di prestazioni (che possono vendere i loro servizi altrove).

La prevenzione e la promozione della salute dovranno conoscere un periodo di calma, almeno per gli interventi collettivi: anche se sono efficienti in termini economici a distanza di tempo, il calendario degli investimenti e dei profitti non permette in generale di realizzarli in un contesto privato. In compenso, gli interventi preventivi individuali crescono, nella misura in cui mostrano la loro efficacia e la loro efficienza a breve termine per l'assicuratore o il fornitore delle prestazioni.

In un tale sistema, i professionisti sanitari sono organizzati in sindacati per tutelare i loro interessi. Questi sono talvolta in contraddizione con le innovazioni tecnologiche disponibili, quando ad esempio un'innovazione cancella una fonte di guadagno per i professionisti.

La formazione professionale conserva un accesso libero alle differenti professioni. Tuttavia, le organizzazioni professionali controllano la formazione per regolare il numero dei professionisti in attività. Si tratta ugualmente di formare degli operatori che hanno più capacità tecniche che terapeutiche.

È il contesto politico e tecnologico che determina le probabilità di realizzazione di questo scenario: occorre che lo Stato riduca il suo intervento negli affari pubblici e che il sistema sanitario produca un flusso continuo di innovazioni biomedicali.

Una caratteristica essenziale di questo tipo di scenario è che le cure (comprese certe tecniche efficaci) sono disponibili solo per una parte della popolazione, quella solvibile. Questa situazione impone di trovare dei meccanismi di redistribuzione sociale delle cure e delle innovazioni, sia con lo Stato (che assicura un servizio minimo) sia con organizzazioni caritative.

Scetticismo tecnologico in un sistema sanitario pubblico (scenario di tipo III)

Questo scenario combina il controllo comunitario del sistema sanitario con un contesto di deboli innovazioni in medicina e di scetticismo nei confronti della scienza. Esso unisce così le caratteristiche delle evoluzioni suggerite in precedenza.

La caratteristica essenziale di questo scenario è la rarità delle innovazioni tecnologiche, in un contesto di sfiducia nei confronti della modernità scientifica e tecnica. Lo

Stato resta predominante in questo settore; garantisce un insieme di servizi e di cure che costituiscono il pacchetto di prestazioni offerto a tutta la popolazione. Questo pacchetto include numerose prestazioni di medicine cosiddette dolci, che fanno parte ormai della normale pratica terapeutica.

L'offerta di servizi è poco abbondante, dipendente da un bilancio fisso che proviene dalle risorse fiscali. Le cure sono fortemente orientate verso la presa in carico delle malattie croniche, senza altre ambizioni che quella di alleviare le sofferenze, quando non è possibile combattere la malattia. Queste cure sono dispensate in strutture fortemente integrate ed in grado di assicurare il coordinamento degli interventi. La pratica delle cure è difensiva, tendente ad evitare interventi di alta tecnica. La valutazione della pratica medica tiene a massimizzare la sicurezza delle procedure molto più che a massimizzare l'efficacia. Questa valutazione è in generale difficile per la molteplicità degli approcci che coesistono nel sistema sanitario.

La prevenzione e la promozione della salute dovrebbero aumentare la loro presenza, ma secondo una logica non medicalizzata. In altri termini, questa prevenzione "naturale" utilizzerà più modelli generali, di ispirazione extramedicale. L'alimentazione è un settore principale d'interesse, con teorie più spesso ispirate ad una razionalità non medica. La promozione della salute dovrà essere più

valorizzata della prevenzione delle malattie, con un rilievo maggiore dato alle determinanti socio-economiche della salute: programmi diretti a ridurre la disparità delle risorse, della scolarizzazione e della formazione, del sostegno sociale, ecc. saranno messi in piedi, mentre la prevenzione secondaria (ricerca precoce) sarà evitata, precisamente perché implica una forte medicalizzazione dell'atto preventivo e, nell'insieme, del sistema sanitario.

I professionisti sanitari sono organizzati in potenti corporazioni. Esistono tuttavia numerose scuole con approcci differenti alla medicina, il che induce frequenti conflitti, sulle mode di trattamento, sui livelli di rimborso, e sul riconoscimento di nuove discipline. Lo Stato, garante del sistema in questo scenario, ha qualche difficoltà a regolamentare queste professioni e queste tecnologie dolci. La formazione è affidata alle corporazioni professionali ormai numerose, ma lo Stato conserva la gestione diretta degli operatori effettivi istituendo un numero chiuso per tutte le professioni sanitarie. La popolazione ed i pazienti sono fortemente integrati nel sistema sanitario. Procedure di consultazione e di consenso permettono di verificare l'adeguatezza dell'offerta di cure rispetto alle attese della popolazione. I *media* sono costantemente presenti, per informare ed esercitare pressioni.

Le condizioni di realizzazione di questo scenario sono insieme politiche, tecniche e culturali. Lo Stato deve restare

la figura centrale negli affari pubblici, la medicina deve subire qualche insuccesso di grande risonanza (o non fare alcun progresso sostanziale per il trattamento o la prevenzione delle malattie croniche), e la cultura dominante in materia sanitaria e biomedica deve manifestare un rigetto dell'opzione tecnologica.

Scetticismo tecnologico con una deregolamentazione del mercato sanitario (scenario di tipo IV)

Questo scenario combina una deregolamentazione massiccia del sistema sanitario in un contesto di deboli innovazioni in medicina e di scetticismo riguardo alla scienza. Esso unisce così le caratteristiche delle evoluzioni suggerite in precedenza,

La rarità delle innovazioni biomediche non è un gran problema per il mercato libero che si è introdotto nei servizi sanitari: i servizi venduti sono prestazioni di medicina dolce. Lo Stato è assente dalle cure, salvo per promulgare qualche regola di sicurezza e fornire un pacchetto minimale di cure a tutta la popolazione.

L'offerta di servizi è consistente, variabile, diversa. È fortemente orientata verso le malattie croniche. Le cure sono le più varie, in strutture create e mantenute per corrispondere ad un servizio particolare. La pratica è difensiva, tendente ad evitare gli interventi di alta tecnica. La valutazione della pratica medica è virtualmente inesistente, salvo garantire la sicurezza elementare delle procedure.

La prevenzione delle malattie fa parte dell'arsenale degli interventi medici e paramedici, ma le azioni sulla popolazione sono rare, eseguite su richiesta interessata della comunità. In cambio, i consigli individuali sono frequenti.

I professionisti sanitari sono organizzati in numerose corporazioni corrispondenti alle loro scelte di pratica. Queste corporazioni lottano soprattutto contro gli organismi privati cui, poco a poco, appartiene il sistema: vere e proprie catene di cura sono messe in campo, dirette ad offrire prestazioni di ogni sorta in pacchetti, impiegando sanitari che hanno perduto la loro autonomia professionale.

La popolazione ed i pazienti intervengono frequentemente nel dibattito sul sistema di cure, come i *media*, anche se c'è il mercato che sanziona definitivamente il succes-

so o l'insuccesso di un intervento.

Le condizioni di realizzazione di questo scenario sono insieme politiche, tecniche e culturali. Lo Stato deve scomparire dagli affari pubblici, la medicina deve subire sconfitte significative e la cultura dominante deve manifestare un rigetto dell'attuale tecnologia biomedica.

Conclusioni

Questi scenari disegnano quattro direzioni verso cui potrebbero evolvere i servizi sanitari entro i prossimi trenta-cinquant'anni. Questi scenari sono plausibili e, ad avviso dell'autore, ciascuno di questi scenari ha una probabilità piuttosto uguale di realizzazione.

Questi scenari potrebbero essere redatti in modo più preciso. Così per esempio, si potrebbero studiare le conseguenze di ciascuno di questi scenari sulla dimensione de-

gli ospedali, sul numero di medici ambulatoriali, sulla politica cantonale di prevenzione, ecc. Per far questo, è tuttavia preferibile lavorare con gli attori direttamente interessati.

Esistono più utilizzazioni di questi scenari. Il primo riguarda la politica sanitaria. Si tratta di scegliere uno degli scenari come il futuro preferibile per il sistema sanitario, quindi di elaborare una strategia che conduca alla realizzazione di questo scenario nei prossimi dieci, venti anni⁹⁸.

Una seconda utilizzazione è tecnica: ogni scenario può servire da riferimento per la pianificazione delle attrezzature sanitarie, fornendo ad esempio un contesto plausibile dei servizi sanitari per lo scenario d'evoluzione dei servizi ospedalieri. Con questa utilizzazione, gli scenari permettono di analizzare sistematicamente le conseguenze

dei cambiamenti qualitativi nell'ambito delle strutture di cura. Come indicato nella introduzione, questa serie di scenari plausibili può permettere ai decisori d'immaginare strategie compatibili con più scenari.

Ringraziamenti

Questo testo è la versione adatta di un lavoro commissionato dai Servizi di sanità pubblica del Cantone di Vaud, che ha desiderato integrare con questa riflessione prospettica generale la pianificazione sanitaria di Vaud. Il testo risulta essenzialmente una compilazione della letteratura disponibile. Molte persone hanno contribuito a questo documento, in particolare gli studenti dei corsi svolti in Emilia-Romagna, in Toscana e nel Quebec. I colleghi incontrati a Londra (King's Fund, British Medical Association, London School of Hygiene and Tropical Medicine) a La Haye (Steering Committee on Scenarios), oltre che a Montréal e Ottawa (Direzione della sanità pubblica di Montréal -Centro, Canadian Foundation for Health Services Research) mi hanno permesso di precisare punti essenziali dello scenario.

Bibliografia

- ¹ Kassirer JP. *Managed care and the morality of the marketplace*. N Engl J Med 1995;333:50-52.
- ² Smith S, Freeland M, Hemer S, McKusick D. *The next ten years of health spending: What does the future hold? The Health Expenditures Projection Team*. Health Affairs 1998;17:128-140.
- ³ Blumenthal D. *Health care reform at the close of the 20th Century*. N Engl J Med 1999;340:1916-1920.
- ⁴ *La Suisse demain? Quatre scénarios du futur de la Suisse*. Beme: Office central des imprimés et du matériel 1991.
- ⁵ Kruijff AF, Degen JJEC, Schrauder RF, et al. *The future of curative care in the Netherlands*. (see:www.stg.nl/summary4.html).
- ⁶ LeufRens H, Haaijer-Ruskamp F, Bakker A, Dukes G. *Scenario analysis of the future of medicines*. Br Med J 1994;309:1137-1140.
- ⁷ EUROSTAT (<http://europa.eu.int/comm/eurostat/Public>).
- ⁸ *Les scénarios de l'évolution démographique de la Suisse, 1991-2040*. Beme: Office fédéral de la statistique, 1992.

- ⁹ Bisig B, Michel JP, Minder CM, et al. *Disability free life expectancy (DFLE): Available data in Switzerland*. In: MANCANO I CURATORI, eds. *Proceedings of the REVES meeting (Network on HealthExpectancy) held in Québec, September 11-12-1989*.
- ¹⁰ Fnes JF. *Aging, natural death and the compression of the morbidity*. N Engl J Med 1980;303:130-135.
- ¹¹ Vita AJ, Temy RB, Hubert HB, Fnes JF. *Aging, health risks, and cumulative disability*. N Engl J Med 1998;338:1035-1041.
- ¹² Levi F, et al. *Le cancer en l'an 2000*. Beme: Ligue suisse contre le cancer 1991.
- ¹³ Mui SL. *Projecting coronary heart disease incidence and cost in Australia: Results from the Incidence module of the cardiovascular disease policy model*. Austral N Zealand J Public Health 1999;23:11-19.
- ¹⁴ Murray CJ, Lopez AD. *Alternative projections of mortality and disability by cause 1990/2020: Global burden of disease study*. Lancet 1997;349:1498-1504.
- ¹⁵ Mechanic D. *The changing elderly population and future health care needs*. J Urban Health 1999;76:24-33.
- ¹⁶ Paccaud F, Grimm R, Gutzwiller F. *Proyections de l'utilisation des lits dans le canton de Vaud: hopitaux de zone, 1990/2010*. Lau-

- sanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986:53 (Cah Rech Doc IUMSP, n° 1, s. 5).
- ¹⁷ Fox PL, Raina P, Jadad AR. Prevalence and treatment of pain in older adults in nursing homes and other long-term care institutions: A systematic review. *CMAJ* 1999;160:329-333.
- ¹⁸ Paccaud F, Bisig B. *Evolution récente de la mortalité des personnes âgées en Suisse*. *Med Hyg* 1989;47:3478-3432.
- ¹⁹ Bonneux L, Barendregt JJ, Van der Maas PJ. *The expiry date of man: A synthesis of evolutionary biology and public health*. *J Epidemiol Community Health* 1998;52:619-623.
- ²⁰ Paccaud F, Sidoti Pinto C, Marazzi A, Mili J. *Age at death and rectangularization of the survival curve: Trends in Switzerland, 1969/1994*. *J Epidemiol Community Health* 1998;52:412-415.
- ²¹ *L'Europe aurait besoin de 159 millions d'immigrés d'ici à 2025*. *Le Monde*, 6 janvier 2000.
- ²² *Migration und ausländische Bevölkerung in der Schweiz 1997*. Bern: Bundesamt für Statistik 1998.
- ²³ Smith D. *State of the World*. London: Penguin Books 1999.
- ²⁴ United Nations Development Program. *Human development report 1998*. New York: Oxford University Press 1998.
- ²⁵ Bureau international du travail. *Migrants, réfugiés et coopération internationale*. Genève: BIT 1994.
- ²⁶ Chesnais JC. *Le crépuscule de l'Occident: démographie et politique*. Paris: Laffont 1995.
- ²⁷ *Economist*, April 15th 2000:124.
- ²⁸ *Migration und ausländische Bevölkerung in der Schweiz 1997*. Neuchâtel: BFS 1998(106 S).
- ²⁹ Wicker HR, Albert L, Bolzman C, Fbbi R, Imhof K, Wimmer A, eds. *L'altérité dans la société: migration et ethnicité*. Zurich: Seismo 1996.
- ³⁰ Fleury F, Haour-Knipe M, Ospina S. *Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse Sida/migration/prévention. Dossiers portugals et espagnol, 1989/1990*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991:74 (Cah Rech Doc IUMSP, n° 52.7).
- ³¹ Haour-Knipe M, Rector R, eds. *Crossing Borders: Migration, ethnicity and AIDS*. London: Taylor and Francis 1996.
- ³² Kindig DA, Libby DL. *Domestic production vs international immigration: Options for the US physician workforce*. *JAMA* 1996;276:978-982.
- ³³ FMH. *Bull Méd Suisses* (quoted NZZ 22-23.4.2000).
- ³⁴ Hausser D, Jeangros C, Mantin J. *La consultation médicale: étude de la pratique ambulatoire en Suisse romande*. Genève: Médecine et Hygiène 1990.
- ³⁵ Silver G. *The feminisation of medical practice*. *Lancet* 1990;335:1149-1150.
- ³⁶ Bachelard J, Laplanche B, Menthonnex J, Diserens M. *Côté patients, côté médecins: un scénario de démographie médicale dans le secteur ambulatoire (Vaud, 1985-2015)*. Lausanne: SCRIS Service cantonal de recherche et d'information statistiques 1989.
- ³⁷ Weber F. *The challenge of changing healthcare systems*. *Drugs* 1996;52(Suppl 2):68-75.
- ³⁸ Commissariat général du Plan. *Santé 2010. La Documentation française*, Juin 1993.
- ³⁹ Townsend P, Davidson N, eds. *Inequalities in health: The Black Report and the Health Divide*. London: Penguin Books 1992.
- ⁴⁰ Schwartz WB. *Life without disease*. Berkeley: University of California Press 1998.
- ⁴¹ The World Bank Development Report 1993. *Investing in health*. Washington, DC: World Bank 1993.
- ⁴² Stocker K, Waitzkin H, Iriart C. *The exportation of managed care to Latin America*. *N Engl J Med* 1999;340:1131-1136.
- ⁴³ Baker D, Weisbrot M. *Social Security: The Phony Crisis*. Chicago: University of Chicago Press 1999.
- ⁴⁴ *La santé et les sains de santé*. Ottawa: Forum national sur la santé, 1997.
- ⁴⁵ Mason A, Morgan K. *Furchaser-provider: the international dimension*. *Br Med J* 1995;310:231-235.
- ⁴⁶ Klelber C. *Questions de soins*. Lausanne: Payot 1993.
- ⁴⁷ Woolhandier S, Himmelstein DU. *Costs of care and administration at for-profit and other hospitals in the United States*. *N Engl J Med* 1997;336:769-774.
- ⁴⁸ Vineis P, Capn S. *La salute non è una merce*. Torino: Bollati Bionghieri 1994.
- ⁴⁹ Relman AS. *The health care industry: Where is taking us?* *N Engl J Med* 1991;325:85-84.
- ⁵⁰ Relman AS. *Medical practice under the Clinton reforms: Avoiding domination by business*. *N Engl J Med* 1993;329:1574-1575.
- ⁵¹ Braden BR, et al. *National health expenditures, 1997*. *Health care Financing Review* 1998;20:83-126.
- ⁵² McKiniay JB, Stoeckle JD. *Corporatization and the social transformation of doctoring*. *Int J Health Serv* 1988;18:191-205.
- ⁵³ Read RR, Evans D. *The deprofessionalization of medicine. Causes, effects, and responses*. *JAMA* 1987;258:3279-3282.
- ⁵⁴ Shumsky NL, Bohiand J, Knox P. *Separating doctors' homes and doctors' offices: San Francisco, 1881-1941*. *Soc Sci Med* 1986;23:1051-1057.
- ⁵⁵ Dean M. *Hospital mortality league tables*. *Lancet* 1994;344:1561.
- ⁵⁶ McKee M, Hunter D. *Mortality league tables: Do they inform or mislead?* *Qual Health Care* 1995;4:5-12.
- ⁵⁷ Bumand B, Lorenzini M, Vader JP, Paccaud F. *La mesure de la satisfaction des patients: une introduction au concept et aux modalités*. *Cah Méd Soc* 1995;39:281-290.
- ⁵⁸ Price D, Pollock AM, Shaoul J. *How the world trade organization is shaping domestic policies in health care*. *Lancet* 1999;354:1889-1892.
- ⁵⁹ Relman AS. *Are teaching hospitals worth the extra costs?* *N Engl J Med* 1984;310:1256-1257.
- ⁶⁰ Igleban JK. *Support for Academic Medical Centers: Revisiting the 1997 balanced budget act* 1999;341:299-304.
- ⁶¹ Kutiner R. *The American health system: Wall Street and health care*. *N Engl J Med* 1999;340:664-668.
- ⁶² Levit K, Cowan C, Braden B, et al. *National health expenditures*

- in 1997: *More slow growth*. Health Affairs 1998;17:99-111.
- ⁶³ Bans E, McLeod K. *Globalization and international trade in the twenty-first century: Opportunities for and threats to the health sector in the South*. Int J Health Serv 2000;30:187-210.
- ⁶⁴ Smith R. *Global competition in health care*. Br Med J 1996;313:764-765.
- ⁶⁵ Leibl R. *How will the single European market affect health care?* Br Med J 1991;303:1081-1082.
- ⁶⁶ Miller RH, Luh HS. *Estimating health expenditure growth under managed competition*. JAMA 1995;273:656-662.
- ⁶⁷ Mark DH, Glass RM. *Impact of new technologies in medicine*. JAMA 1999;282:1875
- ⁶⁸ Smith R. *Imagining futures for the NHS*. Br Med J 1998;317:34.
- ⁶⁹ Michie S, et al. *Objectives of genetic counselling: Differing views of purchasers, providers and users*. J Public Health Med 1998;20:404-408.
- ⁷⁰ Ramonet I. *Géopolitique du chaos*. Paris: Folio/Actuel 1999.
- ⁷¹ IBM *Reducing uncertainty in our health care*. www.ibm.com/lbm/puOlicaffairs/reducing index
- ⁷² Mittwan R, Gain M. *The future of the Internet: A fiveyear forecast* (on the behalf of the California Health Care Foundation). Menio Park: Institute for the Future, January 1998 (disponibile su: www.chcforg conference/fore cast.cfm).
- ⁷³ Kassirer JP. *The next transformation in the delivery of health care*. N Engl J Med 1995;332:52-54.
- ⁷⁴ *Les assises du système: nos convictions*. Ministère de la santé du Québec 1998.
- ⁷⁵ Paccaud F, Gutzwiller F. *Santé pùblique et marché de soins*. Med Hyg 1998;56:251.
- ⁷⁶ New B, Le Grand J. *Rationing in the NHS: Principles and pragmatism*. London: King's Fund Publ 1996.
- ⁷⁷ Peckham M. *Developing the National Health Service: A model for public services*. Lancet 1999;354:1539-1545.
- ⁷⁸ Hurley J, Hutchinson B, Giacomini M, et al. *Policy consideration in implementing capitation in integrated health systems*. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation, June 1999.
- ⁷⁹ Wynia MK, Lattan SR, Kao AC, et al. *Medical professionalism in society?* MANCA UN RIFERIMENTO PER LA RIVISTA 1999;341:16125.
- ⁸⁰ *Nouveaux défis professionnels pour le médecin des années 2000*. Montréal: Collège des médecins du Québec 1998.
- ⁸¹ Muir Gray JA. *Evidence based health care: How to make health policy and management decisions*. London: Churchill Livingstone 1997.
- ⁸² Friedman M. *Capitalism and Freedom*. Chicago: University of Chicago. In: Woolhandler S, Himmelstein DU. *When the money is the mission: The high costs of investor-owned care*. N Engl J Med 2000;341:444-446.
- ⁸³ Iglehart JK. *Political and public health*. N Engl J Med 1996;334:203-207.
- ⁸⁴ Phelps CE *An apple a day: A futuristic parable*. N Engl J Med 1996;330:797-799.
- ⁸⁵ Lee PR, Soffel D, Luf HS. *Costs and coverage: Pressures toward health care reform*. West J Med 1992;157:576-583.
- ⁸⁶ Kuttner R. *The American health care system: Health insurance coverage*. NEJM 1999;340:1633.
- ⁸⁷ Aschentrener CA. *News from the future: Health care summit caps decade of transformation. 1996-2005*. Academic Medicine 1996;71:823-827.
- ⁸⁸ Salthman RB. *Equity and distributive justice in European health care reform*. Int J Health Serv 1997;27:443-453.
- ⁸⁹ Woolhandler S, Himmelstein DU. *When the money is the mission: The high costs of investor-owned care*. N Engl J Med 2000;341:444-446.
- ⁹⁰ Coughlin SS. *The intersection of genetics, public health and preventive medicine*. Am J Prev Med 1999;16:89-90.
- ⁹¹ Baer L, Jacobs DG, Cukor P, O'Laughlen J, Coyle JT, Magruder KM. *Automated telephone screening survey for depression*. JAMA 1995;273:1943-1944.
- ⁹² Giovannucci E, et al. *Multivitamin use, folate, and colon cancer in women in the nurses' health study*. Ann Intern Med 1998;129:517-524.
- ⁹³ Smith RJ. *An endless siege of implausible invention*. Science 1984 226:817.
- ⁹⁴ Poikolainen K, Eskola J. *The effects of health services on mortality: Decline in death rates from amenable and non amenable causes in Finland*. Lancet 1986;1:199-202.
- ⁹⁵ Bailar JC, Smith EM. *Progress against Cancer?* N Engl J Med 1986;314:1226-1232.
- ⁹⁶ Muaray CJ, Lopez AD, Jamison DT. *The global burden of disease in 1990: Summary results, sensitivity analysis and future directions*. Bull World Health Organ 1994;72:495-509.
- ⁹⁷ *La décennie des fusions: rapport sur la conférence sur les fusions dans les soins de santé au Canada*. Ottawa: Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2000.
- ⁹⁸ *La santé au Canada: un héritage à faire fructifier: rapport final (Volume 1)*. Ottawa: Forum national sur la santé 1997.

Documento approvato dal Consiglio Sanitario Regionale, in attesa di essere deliberato dalla Giunta Regionale

Indirizzi per l'implementazione del sistema regionale di emergenza-urgenza

Premessa

La Commissione di Piano sull'emergenza urgenza ha completato il suo lavoro con la produzione del documento allegato che consta di sei parti: il documento risponde ai problemi di applicazione delle disposizioni del Piano sanitario regionale vigente, individuati dalla Commissione stessa nell'agosto 1999 nella sua seduta di insediamento. Gli elaborati contribuiscono alla pianificazione e omogeneizzazione delle attività in argomento con particolare riferimento:

- all'implementazione del sistema di emergenza territoriale (documenti 1 e 2);
- alla definizione degli indirizzi per la formazione del personale operante nelle strutture sistema di emergenza urgenza (documento 3);
- alla riorganizzazione del pronto soccorso ospedaliero (documento 4);
- alle strutture ospedaliere per l'assistenza al paziente traumatizzato (documento 5);
- alla definizione e attivazione del *triage* infermieristico (documento 6).

Tutti i documenti costituiscono atti di indirizzo alle aziende sanitarie regionali per la

realizzazione e l'implementazione del sistema di emergenza urgenza; il documento 4, relativo al pronto soccorso ospedaliero, oltre a fornire base normativa per l'applicazione da parte delle aziende sanitarie della procedura di accreditamento, comporta anche la revisione della deliberazione del consiglio regionale in materia di requisiti minimi strutturali.

I riferimenti normativi portanti cui la Commissione si è riferita sono il DPR 10 dicembre 1997, n. 484, in cui si riconosce la specialità di "Medicina e chirurgia di accettazione e di urgenza" come funzione specifica per l'attività di prima accoglienza del paziente critico alla porta dell'ospedale, il Piano sanitario regionale 1999-2001 e la legge regionale 8 marzo 2000, n.22.

Obiettivo primario dei documenti è rappresentato dalla necessità di omogeneizzare i livelli di assistenza e rendere sicuro il percorso assistenziale del paziente che si trovi in condizioni di emergenza urgenza, sia nella fase territoriale che in quella ospedaliera. L'organizzazione ha un suo naturale assetto con l'applicazione dei dispositivi previsti

dalla normativa, che affida:

- al sistema operativo del "118", l'attività propria dell'emergenza territoriale;
- al "pronto soccorso", l'accoglimento del paziente nella sede ospedaliera e il suo successivo percorso assistenziale.

In tale contesto il pronto soccorso svolge le proprie funzioni nell'ambito di quelle più complessive del Dipartimento di emergenza e accettazione.

La figura professionale dedicata al primo accoglimento, in base alle disposizioni del Piano sanitario vigente e della LR 22/2000, è lo specialista di medicina e chirurgia di accettazione e d'urgenza. Tale professionalità risulta di nuova istituzione e si distingue da tutte le altre presenti nel raggruppamento di Area Medica, del quale fa parte.

Solo a tale professionalità compete l'attività di pronto soccorso connessa con l'accoglimento in ospedale.

Nella struttura di pronto soccorso si integrano in successione temporale le attività clinico-assistenziali e di supporto delle altre discipline specialistiche presenti nell'ospedale, con lo scopo di assicurare lo svolgimento dell'at-

tività dipartimentale del DEA. Ferma restando la fase di accoglimento attraverso il pronto soccorso nelle forme e secondo le modalità operative previste, al chirurgo compete, oltre all'attività consulenziale propria di tutte le specialità, la specifica ed esclusiva responsabilità dell'assistenza al paziente traumatizzato. La gestione di questi casi è così attribuita al chirurgo che, in qualità di *team leader*, è quindi interamente responsabile del paziente. La fase assistenziale si sviluppa in questi casi in appositi ambienti costituenti la *trauma area*. Si ritiene che il chirurgo presente nell'area dipartimentale di Emergenza Urgenza come *team leader* della *trauma area* sia lo stesso che svolge la funzione di consulente per le strutture di pronto soccorso, secondo le modalità previste nel presente documento, mantenendo ovviamente la propria autonomia professionale e la propria appartenenza all'unità operativa di chirurgia dalla quale proviene. L'apporto di tutte le altre specialità presenti nell'ospedale garantisce un'assistenza integrata di tutte le professionalità necessarie; la prima fase di tale assistenza nella sede

ospedaliera è organizzata dal medico del pronto soccorso. Gli effetti favorevoli di una siffatta partecipazione sono da riscontrare nel successivo sviluppo della qualità assistenziale e della funzione di filtro all'accesso delle prestazioni di ricovero ospedaliero. Nel documento sulla riorganizzazione del pronto soccorso ospedaliero sono emerse le maggiori criticità in relazione alla disomogeneità organizzativa presente nelle varie strutture ospedaliere. Il riconoscimento della nuova specialità, oltre alla profonda modificazione dell'assetto professionale del medico deputato al primo accoglimento, comporta anche una radicale revisione dell'assetto organizzativo. Tale riorganizzazione, anche se determina una semplificazione sotto il profilo dell'ordinamento, rende comunque indispensabile l'adozione di una serie di indirizzi per la trasformazione nel nuovo modello delle molteplici esperienze organizzative presenti sul territorio regionale. Primo tra questi indirizzi risulta la soglia operativa ovvero l'identificazione di quel parametro minimo di popolazione al di sopra del quale l'azienda sanitaria valuta la possibilità di istituire una funzione organizzativa complessa, quale l'unità operativa. Tale parametro viene costruito sulla base di un valore di fabbisogno territoriale omogeneo in tutte le realtà del servizio sanitario regionale, anche al variare degli assetti organizzativi dell'accesso all'ospedale - accesso unico o articolato in più funzioni. Tale valore identifica

un fabbisogno costante di 1 accesso al giorno ogni 1.000 abitanti.

Secondo elemento riguarda l'indicazione degli elementi costitutivi - in termini di dotazioni, spazi, funzioni assistenziali proprie e di supporto - delle diverse attività da assicurare nel pronto soccorso ospedaliero, per garantire il corretto percorso assistenziale del paziente che accede a seconda del suo grado di criticità.

Terzo elemento, individuato come essenziale dalla commissione, risulta quello dei parametri di dotazione di personale medico, delle modalità e dei criteri di reclutamento, con riferimento alla struttura di nuova costituzione e in carenza di personale. Le indicazioni sul reclutamento hanno considerato tutte le discipline ed i servizi che consentono di accedere alla nuova disciplina - medicina e chirurgia di accettazione e di urgenza - che, com'è noto, sono molteplici in quanto la nuova disciplina manca di apposita specializzazione.

Alla formazione del personale è dedicato, tra l'altro, apposito elaborato (documento 3), che non ha ancora trattato esaurientemente la problematica soprattutto con riferimento agli aspetti formativi del personale destinato al pronto soccorso ospedaliero. A tale proposito, essendo la funzione carente di apposita specializzazione, gli aspetti formativi sono oggetto di ampia discussione nell'ambito della formazione di base e in quello della formazione continua degli operatori, resa ob-

bligatoria dal decreto "Bindi". Gli altri documenti vogliono fornire contributi per l'individuazione degli strumenti organizzativi, funzionali e strutturali, più avanzati per l'assistenza nella fase di emergenza e urgenza extraospedaliera e per l'organizzazione del percorso assistenziale del paziente traumatizzato. La definizione operativa del *triage* infermieristico vuole indicare appositi riferimenti per l'omogeneizzazione di questa importante funzione, che mantiene ancora approcci molto disomogenei.

La Regione Toscana che è stata la prima a normare il percorso assistenziale ha voluto, attraverso questi documenti, proporre soluzioni operative omogenee nella fase critica della prima assistenza, pur in presenza di situazioni organizzative ancora molto disomogenee, indicando pertanto una decisa linea di tendenza. Le soluzioni proposte costituiranno pertanto un avanzamento che potrà trovare, nel prossimo Piano sanitario regionale, adeguate ottimizzazione funzionali e soluzioni organizzative ancora migliori sotto il profilo della qualità dell'assistenza.

1. Sistema di emergenza urgenza territoriale

In relazione all'azione programmata di rilievo regionale "Attivazione del dipartimento di emergenza urgenza", di cui al Piano sanitario regionale, si riportano di seguito alcune considerazioni sul sistema di emergenza urgenza territoriale individuandone elementi rilevanti, caratteristiche organizzative e funzionali,

elementi di criticità e opportunità di sviluppo.

Risorse impegnate nel sistema di emergenza urgenza territoriale

In termini di assorbimento di risorse, occorre puntualizzare che il sistema di emergenza urgenza territoriale, complessivo dei costi medici EST, dei costi per i trasporti, di quelli per le centrali operative e per le organizzazioni in stand-by, ha ormai raggiunto l'1% della quota di FSN assegnato alla Regione Toscana.

Allarme sanitario e centrale operativa

Dall'aprile 1997 è attiva, estesa a tutto il territorio regionale e operativa 24 ore su 24 la rete delle centrali operative raggiungibili con il numero telefonico "118"; alla rete affluiscono tutte le richieste di intervento provenienti dal territorio sulla base delle quali viene governato il sistema di emergenza urgenza territoriale.

Alle centrali operative 118 sono attribuite le funzioni di cui al DPR 27 marzo 1992 ed all'Atto d'intesa Stato-Regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione dello stesso decreto (Linee guida 1/96).

Le centrali operative sono state costituite per tutti gli ambiti aziendali; non è stata costituita la centrale operativa "regionale" prevista dal Piano, strumento non ritenuto necessario allo stato attuale, in quanto sostituito dal coordinamento delle stesse centrali operative, operante presso il dipartimento dal 1999.

I punti critici del sistema di allarme sanitario sono relativi alla rilevazione e conoscenza in tempo reale:

- delle disponibilità della rete ospedaliera, con particolare riferimento ai posti letto di terapia intensiva e alle strutture operative di alta specialità;
- della situazione dei servizi territoriali di continuità.

Per la centrale operativa occorre rilevare che.

- non esiste ancora in tutte le centrali operative un adeguato sistema di informatizzazione;
- non tutti i responsabili di centrale operativa svolgono la loro attività con impegno esclusivo;
- non esistono ancora protocolli operativi uniformi;
- non sono state ancora assegnate le coppie di frequenze per le esigenze del sistema di emergenza sanitaria del SSN, di cui al decreto 6 ottobre 1998. Il progetto regionale necessario per l'acquisizione delle frequenze da parte della Regione Toscana, è già stato presentato nelle sue linee essenziali al Ministero delle comunicazioni. Si prevede la effettiva assegnazione nei primi mesi del 2001. L'utilizzo a regime dipenderà dai tempi di espletamento della gara relativa agli impianti per la copertura del territorio.

La rete dei trasporti

La rete dei trasporti è operante sul territorio regionale sulla base delle previsioni:

- del piano sanitario regionale;

- della Legge Regionale 60/93;
- dell'accordo quadro regionale per la regolamentazione dei rapporti tra le Aziende sanitarie, le AAVV e la CRI, per lo svolgimento di attività di trasporto sanitario, sottoscritto l'11 ottobre 1999.

Dal 29 luglio 1999 la rete dei trasporti è integrata dal servizio regionale di elisoccorso, costituito da tre elicotteri con le seguenti basi operative:

- Pegaso 1 - Azienda USL 10 Firenze - con base all'aeroporto A. Vespucci di Peretola, Firenze;
- Pegaso 2 - Azienda USL 9 Grosseto - con base presso l'Ospedale Misericordia di Grosseto;
- Pegaso 3 - Azienda USL 1 Massa Carrara - con base all'aeroporto del Cinquale di Montignoso.

Il futuro della centrale operativa 118

L'analisi delle funzioni svolte, in ossequio al DPR 27 marzo 1992 e all'atto d'intesa 1996, e le prospettive di sviluppo del ruolo delle centrali operative per l'aumento dei livelli di relazione con il sistema generale delle emergenze - Vigili del Fuoco, Prefettura, Polizia, Carabinieri, Soccorso Alpino, attività di call-center regionale - rende percorribile l'ipotesi di una struttura specificamente dedicata alla centrale operativa, e quindi capace di autogestirsi e di finalizzare i propri sforzi al miglioramento ed alla qualificazione interna.

In sostanza, la centrale operativa 118 dovrebbe costituire un unico centro di respon-

sabilità ed un unico centro di costo - struttura organizzativa complessa - alla quale dovrebbero essere applicate le seguenti previsioni:

- impegno esclusivo del responsabile;
- non cumulabilità della responsabilità della centrale operativa - neppure con quella della struttura di pronto soccorso e del DEU;
- organico e impianti operativi rapportati: al territorio di competenza, al numero delle chiamate, al numero dei mezzi di soccorso da gestire, al numero dei medici EST.

Valutazioni sulle opportunità e sulle criticità del sistema

Il sistema di emergenza urgenza territoriale della Toscana, così come sopra delineato, è una realtà soddisfacente in termini di efficacia. Tuttavia l'evoluzione del sistema assistenziale nel suo complesso ed una attenta analisi delle sue componenti consentono di evidenziare alcuni elementi critici e alcune opportunità sui quali è opportuno attivare appositi momenti di valutazione.

Le analisi svolte sul funzionamento del sistema fanno emergere la necessità di condurre una serie di approfondimenti in relazione agli elementi di seguito riportati:

- ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse professionali, sviluppando confronti sulla medicalizzazione del sistema toscano con altre realtà regionali ed europee;
- riconsiderazione del numero dei PET medicalizzati;
- riflessioni sull'impiego di mezzi alternativi, quali automedica e motomedica;

- riconsiderazione dell'autonomia operativa degli operatori sanitari professionali, in relazione ai processi di formazione universitaria con corsi di laurea breve;
- adeguamento delle centrali operative, come prima richiamato anche in relazione ad un ruolo più forte di coordinamento, con attribuzione diretta di responsabilità nella predisposizione di indirizzi operativi e protocolli, finalizzati alla omogeneizzazione del sistema;
- necessità di avvio di modelli di integrazione fra personale convenzionato 118 e personale ospedaliero.

Ulteriori elementi di riflessione sull'organizzazione complessiva del sistema sono legati allo sviluppo dei sistemi di trasmissione delle immagini - già in fase di sperimentazione applicativa in diverse aree del territorio regionale - e alla integrazione di tali tecnologie in sistemi di rete.

2. Indirizzi per l'integrazione dei medici del 118 nei dipartimenti di emergenza urgenza

Nella dinamica di un progetto di riorganizzazione dei Punti di Emergenza Territoriale diventa strategico l'inserimento dei medici dell'Emergenza Sanitaria Territoriale - medici EST - nei Dipartimenti di Emergenza Urgenza.

L'accordo aggiuntivo regionale del marzo del 1999 costituisce la base pattizia per la disciplina di tale possibilità, mentre il supporto normativo è certamente costituito dall'articolo 8, comma 1-bis del decreto legislativo 19 giugno

1999, n. 229, in particolare laddove recita: "Nelle more del passaggio alla dipendenza, le regioni possono prevedere adeguate forme di integrazione dei medici convenzionate addetti all'emergenza sanitaria territoriale con l'attività dei servizi del sistema di emergenza urgenza secondo criteri di flessibilità operativa, incluse forme di mobilità interaziendale".

Processo di integrazione finalizzato a realizzare il passaggio alla dipendenza

a) ACCESSO: l'opportunità di integrazione nel pronto soccorso ospedaliero deve essere offerta a tutti i medici titolari di un rapporto a tempo indeterminato sull'emergenza sanitaria territoriale - EST -; l'accesso avviene a domanda sulla base del fabbisogno determinato dall'azienda con criteri di selezione basati sull'anzianità di servizio, salvaguardando comunque coloro che già operano all'interno del pronto soccorso;

b) MODALITÀ OPERATIVE: durante il periodo di integrazione, i medici EST operanti nel pronto soccorso sono affiancati da un tutor. Sono attivati strumenti di verifica e revisione della qualità della professionalità raggiunta durante il periodo di integrazione. Le funzioni di *tutorship* sono svolte da dirigenti della struttura di medicina e chirurgia di accettazione e di urgenza. È compito del responsabile della struttura definire la durata del periodo di integrazione e disporre ulteriori

periodi di *tutorship* per particolari funzioni e necessità.

c) MODALITÀ ORGANIZZATIVE: sono adottati nell'organizzazione del servizio criteri di stabilità nella formazione dei gruppi operativi; viene comunque assicurata da parte dei medici EST la copertura dei servizi territoriali di emergenza nei Punti di primo soccorso, nei Punti dell'Emergenza Territoriali, sui mezzi di soccorso, presso le centrali operative 118; le modalità organizzative sono concertate tra i responsabili della centrale operativa 118 e il responsabile del pronto soccorso; i medici EST rispondono al responsabile della centrale operativa quando operano nei servizi territoriali di emergenza e al responsabile del pronto soccorso quando operano in tale struttura.

3. Linee di indirizzo sulla formazione del personale operante nel sistema dell'emergenza-urgenza sanitaria

La Commissione regionale sull'azione programmata dipartimento emergenza urgenza propone di adottare nel settore specifico l'impostazione delle "Linee di indirizzo sulla formazione del personale operante nel sistema di emergenza urgenza" concordate dalle regioni a livello di tecnico nel corso del 1999, nel testo di seguito riportato alla luce delle modificazioni derivanti dall'entrata in vigore del DPR 270 del 28 luglio 2000, che recepisce l'Accordo Collettivo nazionale per la Medicina Generale e delle peculiarità organizzative del sistema toscano di

emergenza urgenza, caratterizzato dal rilevante apporto del volontariato.

Considerazioni preliminari

Il D.P.R. 27/3/92 ha previsto i livelli assistenziali di emergenza-urgenza sanitaria da assicurare con carattere di uniformità in tutto il territorio nazionale, individuando le strutture, i requisiti tecnici e professionali, le modalità organizzative, i livelli di responsabilità, il personale, nonché il coordinamento a vari livelli.

L'atto d'intesa Stato e Regioni sulle Linee Guida in materia di requisiti organizzativi e funzionali della rete di emergenza-urgenza prevede che i programmi di aggiornamento e formazione del personale medico, infermieristico e non infermieristico, dipendente del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.), della guardia medica addetta all'emergenza e del personale messo a disposizione dalle Associazioni di volontariato siano predisposti e sviluppati in un apposito documento, al fine di garantire a livello nazionale una fisionomia unitaria dei diversi programmi di formazione e aggiornamento.

Il presente documento intende puntualizzare alcuni aspetti riguardanti la materia in oggetto, considerare gli standard minimi, che le varie figure professionali coinvolte devono possedere, e ricercare, altresì, l'uniformità dei percorsi formativi.

A livello nazionale le figure professionali che operano a diverso titolo nel sistema dell'emergenza-urgenza sanitaria risultano essere:

- medici dipendenti del S.S.N.;
- medici ex art. 66 D.P.R. 270/2000;
- infermieri dipendenti del S.S.N.;
- personale non sanitario dipendente dal S.S.N.;
- personale non sanitario dipendente dalle Associazioni di cui all'articolo 5, comma 3, del D.P.R. 27.03.92;
- personale non sanitario volontario;
- operatori tecnici dipendenti dal S.S.N.;
- operatori tecnici dipendenti e/o volontari delle Associazioni di cui all'articolo 5, comma 3, del D.P.R. 27.03.92.

I percorsi formativi e/o di addestramento del personale devono quindi necessariamente rispondere a requisiti di omogeneità per fornire un linguaggio comune a tutti gli operatori che a diverso titolo operano nel sistema dell'emergenza-urgenza sanitaria. Restano ferme le rispettive competenze, gli ambiti professionali, nonché la specifica formazione di base di ciascuna figura.

L'attuazione dei percorsi formativi per il personale dipendente del Servizio sanitario regionale, nel rispetto della disciplina normativa vigente, è in capo alla Regione che procede tramite appositi accordi per il personale volontario. Tali percorsi interessano anche il personale già impegnato nel sistema.

Appare perciò opportuno individuare, per ciascuna figura, uno specifico percorso formativo e definire a livello

regionale i criteri per la validazione di tali percorsi.

FORMAZIONE, AGGIORNAMENTO, ADDESTRAMENTO PERMANENTI DEL PERSONALE OPERANTE NEL SISTEMA EMERGENZA URGENZA SANITARIA

Premessa

Obiettivo primario è l'integrazione funzionale ed operativa di ogni struttura presente nel sistema dell'emergenza - urgenza sanitaria (Centrali Operative, mezzi di soccorso, Punti di Primo Intervento, Pronto Soccorso ospedaliero, altre strutture del Dipartimento di Emergenza-Urgenza).

Principi Generali

I programmi di formazione, aggiornamento ed addestramento, nonché l'accreditamento dei formatori e la relativa certificazione, sono definiti dalla Regione nel rispetto della normativa vigente, delle previsioni dell'atto di intesa Stato-Regioni del 1996, circa le competenze dei Dirigenti Medici Responsabili delle Centrali Operative, e tenuto conto dell'apporto del volontariato.

Il personale comunque operante nel sistema dell'emergenza - urgenza deve sostenere un percorso formativo omogeneo ed uniforme, a prescindere dall'appartenenza al S.S.N. o ad altri soggetti.

Il personale operante a tutt'oggi nel sistema è riconducibile a:

Personale Medico;
Personale Infermieristico;
Personale Soccorritore.

Personale medico

Nel sistema dell'emergenza urgenza operano:

- medici dipendenti del S.S.N.
- medici convenzionati ex art. 66 D.P.R. 270/2000

Al fine di garantire una tempestiva ed efficace risposta dell'emergenza urgenza sanitaria, indipendentemente dal livello formativo già acquisito, il personale medico deve ricevere un addestramento che garantisca il raggiungimento degli obiettivi richiamati nei principi generali, attraverso programmi comuni di aggiornamento ed addestramento.

Medici dipendenti del S.S.N.

Al fine di creare un medico chirurgo specialista in emergenza urgenza che operi nel pronto soccorso di nuova istituzione, poiché a tutt'oggi non esiste una scuola, si affida al Consiglio sanitario regionale il compito di elaborare una proposta, in attesa della definizione dei contenuti dell'apposito corso di specializzazione.

Per i medici dipendenti del S.S.N. operanti nel sistema dell'emergenza urgenza sanitaria è previsto un unico livello per la formazione, l'aggiornamento e l'addestramento.

In pratica, tali figure devono sostenere un minimo di 60 ore annue di attività organizzate in "corso breve".

I livelli di preparazione raggiunti devono essere verificati periodicamente sulla base delle disposizioni regionali. L'aggiornamento permanente ed il mantenimento delle

abilità operative vengono garantiti recependo nozioni avanzate sui protocolli d'intervento nella prima fase dell'emergenza, con particolare riferimento alle emergenze traumatiche, cardiocircolatorie nonché alle problematiche dell'emergenza pediatrica.

Vanno introdotte anche nozioni e specifiche conoscenze sull'organizzazione generale del sistema: comunicazioni radio, organizzazione della centrale operativa, delle strutture operative dipartimentali, gestione delle équipe dei mezzi di soccorso.

Medici convenzionati ex art. 66 D.P.R. 270/2000

Per tali figure occorre prevedere due livelli di addestramento.

I livello

Corso ex art. 66 D.P.R. 270/2000 della durata di almeno 4 mesi, con valutazione finale, per un orario complessivo non inferiore a 300 ore, da svolgersi prevalentemente in forma di esercitazione e tirocinio pratico.

Tale corso rappresenta il requisito di accesso al sistema ed ha lo scopo di fornire nozioni di base e capacità operative, secondo il programma *Allegato P* al D.P.R. 270/2000.

II livello

Per i medici che abbiano superato il primo livello, nonché per quelli convenzionati e operanti all'interno del "sistema 118", sono previste un minimo di 60 ore annue di aggiornamento ed addestramento obbligatorio.

Questo livello corrisponde

alla definizione di formazione, aggiornamento e addestramento dei medici dipendenti del S.S.N., anche relativamente agli aspetti medico legali e alle normative vigenti in materia di servizi di emergenza.

I livelli di preparazione raggiunti devono essere verificati periodicamente sulla base delle disposizioni regionali.

Personale infermieristico

Gli Infermieri Professionali (I.P.), inclusi quelli Abilitati a Funzioni Direttive (A.F.D.) e i Dirigenti delle Attività Infermieristiche (D.A.I.), di seguito denominato personale infermieristico, operanti nel sistema di emergenza urgenza sanitaria (Pronto Soccorso, D.E.U. e UU.OO. afferenti, Centrali Operative, mezzi di soccorso) devono sostenere un addestramento ed una formazione specifica per il raggiungimento degli obiettivi richiamati nei principi generali.

Anche per tali figure professionali sono previsti due distinti livelli.

Si ritiene opportuno avviare programmi omogenei ed uniformi di formazione ed aggiornamento per il personale infermieristico operante nel sistema stesso, al fine di garantire una tempestiva ed efficace risposta del sistema di emergenza urgenza sanitaria, anche attraverso prestazioni svolte dalle figure in questione sia nelle centrali operative che sui mezzi di soccorso.

I livello

Corso propedeutico con lo scopo di fornire nozioni di

base relative all'attività di emergenza urgenza sui mezzi di soccorso, nei Punti di Primo Intervento, nelle strutture di Pronto Soccorso e nelle Centrali Operative relativamente a:

- conoscenza dei protocolli (organizzativi, assistenziali) attivati per la gestione della Centrale Operativa e dei mezzi di soccorso;
- capacità di utilizzo dei protocolli adottati dalla Centrale Operativa e dalle strutture ospedaliere ed extraospedaliere inserite nel sistema di emergenza urgenza, allo scopo di utilizzare al meglio le strutture medesime;
- conoscenza dei protocolli di coordinamento con gli altri servizi pubblici addetti all'emergenza (Polizia, Vigili del Fuoco, soccorso alpino e speleologico toscano, altre strutture);
- utilizzo delle apparecchiature in dotazione;
- conoscenza di specifici strumenti tecnologici (sistemi informatici, telematici e di radiocomunicazione) per la raccolta e la gestione delle informazioni;
- modalità di rapporto con l'utenza;
- conoscenza del territorio.

Detto corso deve avere una durata complessiva non inferiore a 100 ore.

II livello

Per il personale infermieristico operante nel sistema dell'emergenza-urgenza sono previste apposite informative sugli aspetti medico legali e sulle normative vigenti in materia di servizi di emergenza.

Al fine di acquisire nozioni sui protocolli sanitari che

classificano le diverse fasi dell'emergenza e sulla struttura organizzativa del sistema, devono essere previste almeno 60 ore annue di aggiornamento e addestramento obbligatorio.

I livelli di preparazione raggiunti in tali materie sono verificati ogni anno.

Personale non sanitario

Il personale non sanitario che opera nell'ambito del sistema dell'emergenza urgenza deve essere qualificato in relazione al tipo di intervento da prestare:

- trasporto ordinario;
- trasporto di primo soccorso (su ambulanze di tipo B e di tipo A e su auto medicalizzate);
- trasferimento assistito.

L'addestramento di detto personale dovrà rispondere a criteri che assicurino gli obiettivi richiamati nei principi generali del presente documento.

In base all'esigenza di garantire una preparazione omogenea a tutto il personale che opera nell'ambito del sistema dell'emergenza urgenza, saranno pertanto definiti a livello regionale contenuti formativi, modalità e durata dei corsi abilitanti per il livello di base e per quello avanzato.

Gli organismi federativi del volontariato provvedono al rilascio di apposite abilitazioni. Con cadenza periodica da definire nelle intese regionali con gli organismi federativi del volontariato, sarà prevista l'effettuazione di corsi di aggiornamento con verifica finale sul livello di preparazione e di addestramento conseguito.

4. Riorganizzazione del pronto soccorso ospedaliero ai sensi del Piano sanitario regionale e della legge regionale 8 marzo 2000, n. 22

Inquadramento generale

Il sistema di emergenza-urgenza è l'insieme, organizzato e diretto, di attività, strutture e presidi pubblici e delle associazioni di volontariato che, con compiti differenziati, assolvono unitariamente alle funzioni di:

- intervento di soccorso, sul posto ove si verifica un evento di gravità rilevante, reale o supposta, per la salute di un soggetto;
- filtro, per le strutture di emergenza-urgenza ospedaliere, delle richieste di interventi non necessari o altrimenti gestibili;
- messa in sicurezza e ripristino delle funzioni vitali compromesse, nel tempo minore possibile.

Obiettivo primario è quello di garantire un intervento tempestivo ed adeguatamente qualificato, che affronti i casi di:

- emergenza sanitaria, comportante la compromissione di una o più funzioni vitali che richiede immediato intervento di valutazione e stabilizzazione delle medesime, la cui carenza comporterebbe in breve tempo la morte;
- urgenza, che determina la necessità di un intervento sanitario senza il quale sorge un rischio per la vita del paziente e/o danni permanenti.

Per le situazioni di emergenza-urgenza psichiatrica, il

DEU attiva il DSM, che assicura l'intervento con apposite modalità organizzative.

L'insieme delle strutture preposte agli interventi di emergenza-urgenza deve essere considerato un sistema complesso ed unitario, composto da:

a) allarme sanitario, con un numero telefonico unificato, diretto da una centrale operativa con compiti di valutazione, filtro ed allertamento del sistema;

b) una rete di mezzi di trasporto attrezzato, in grado di garantire:

- l'intervento di soccorso, di salvaguardia e stabilizzazione delle funzioni vitali compromesse;
- di trasporto, nel tempo minore possibile, nel punto della rete ospedaliera adeguatamente qualificato ed attrezzato per affrontare e risolvere la situazione di urgenza e/o emergenza.

c) una rete ospedaliera dotata di strutture dedicate al pronto soccorso, all'accettazione ed al successivo trattamento dello stato di emergenza-urgenza.

Il sistema è costituito dall'insieme dei Dipartimenti di emergenza-urgenza costituiti dalle Aziende USL sul territorio regionale. In ogni dipartimento è presente la struttura del sistema prima indicata. Partecipano al sistema i medici dell'emergenza sanitaria territoriale; questi sono medici che, avendo superato un apposito corso di formazione per le attività di emergenza-urgenza, operano nella centrale operativa sui mezzi di trasporto attrezzato e nelle strutture ospedaliere

del Dipartimento di Emergenza-Urgenza.

Il pronto soccorso

L'attuale assetto organizzativo e strutturale del pronto soccorso ospedaliero risente di un indirizzo operativo della programmazione sanitaria nazionale e regionale degli anni '80, secondo il quale il pronto soccorso era presidiato da operatori di area medica e chirurgica, appartenenti a varie discipline e a diverse unità operative. La presenza attiva era affidata al meccanismo di *rotazione* dei medici.

L'evoluzione organizzativa, pur in presenza di tale indirizzo programmatico, tra l'altro compreso anche nel PSR 1996-1998, ha comunque determinato nelle varie aziende sanitarie assetti anche molto differenziati da tale indirizzo, che hanno privilegiato:

- l'individuazione di organici dedicati, provenienti da profili professionali di medicina e chirurgia generale;
- l'attribuzione di responsabilità direzionali ai direttori delle unità operative di appartenenza o, in presenza di rilevanti impegni assistenziali, ad unità operative autonome.

Il riconoscimento della specialità di medicina e chirurgia di accettazione e di urgenza, compresa nell'area medica, favorisce l'attuazione dell'indirizzo contenuto nell'articolo 62, comma 9, della LR 22/2000, di "costituire apposita struttura organizzativa professionale, dedicata in forma stabile alle attività" di pronto soccorso.

La struttura è corrispondente alla funzione operativa individuata nell'area medica ed identificata nella disciplina "medicina e chirurgia di accettazione e di urgenza", secondo le previsioni del DPR 10 dicembre 1997, n. 484, e viene costituita in forma autonoma ovvero in forma di sezione, secondo la rilevanza dell'attività di pronto soccorso svolta.

Fermo restando il contenuto della richiamata disposizione normativa, occorre elaborare apposite direttive per l'omogenea realizzazione sul territorio regionale delle disposizioni del Piano sanitario regionale 1999-2001.

In particolare è necessario:

- individuare la soglia operativa per la costituzione, in forma autonoma, della struttura organizzativa professionale;
- fornire adeguati indirizzi per la costituzione del pronto soccorso, partendo dalle situazioni organizzative presenti nelle varie aziende e individuando adeguati processi di reclutamento del personale ed idonei percorsi formativi;
- individuare le modalità per assicurare un'attività consulenziale medico legale.

Soglia operativa per la costituzione della struttura di pronto soccorso

Da una rilevazione condotta su tutti i presidi ospedalieri del territorio regionale riferita al 1998 emerge una situazione organizzativa tutt'altro che omogenea.

Si ricavano invece utili indicazioni circa:

1. l'utenza afferente al pron-

to soccorso di un determinato bacino;

2. le funzioni di filtro al ricovero esercitato dal pronto soccorso ospedaliero.

Sul primo parametro emerge un dato di estrema omogeneità, che è indipendente dall'ambito territoriale considerato e dalla tipologia dell'organizzazione interna del pronto soccorso, esprimendo quindi un bisogno standardizzato di assistenza. Si riscontra infatti un accesso al giorno ogni mille abitanti, ovvero 36.500 accessi per anno ogni 100.000 abitanti.

Questo standard assistenziale, unitamente alla esistenza in letteratura di riferimenti autorevoli e convergenti riguardo ai carichi di lavoro per l'assistenza al paziente, consente di definire in maniera accurata la soglia operativa della funzione di pronto soccorso, ovvero della consistenza del bacino di utenza al di sopra della quale è consentita la costituzione della struttura in forma autonoma.

I carichi di lavoro individuano un tempo medio per accesso variabile da 15 a 45 minuti/medico per ogni paziente trattato, in funzione della complessità e della tipologia delle procedure mediche necessarie.

Valutazioni più puntuali in rapporto al case-mix individuano anche il tempo medio/medico pesato per paziente, inteso come media dei carichi generali per ogni struttura di pronto soccorso in funzione della complessità della casistica afferente. Tale parametro temporale varia tra 20', per casistiche di medio impegno

operativo, e 25' per quelle di impegno più rilevante.

• accessi annui ogni 100.000 abitanti	36.500
• minuti di assistenza medica per accesso	20
• impegno orario risultante	12.166

Assumendo il parametro di 20' per accesso al pronto soccorso e quello di 1380 ore annue dovute da ogni medico, si ricavano anche indicazioni su standard di dotazione.

Il livello di popolazione individua la soglia oltre la quale la struttura organizzativa professionale può essere costituita in forma autonoma. Al di sotto di tale parametro, ovvero per bacini di utenza inferiori a 100.000 abitanti, in relazione alla consistenza dell'équipe e ai ridotti volumi di attività, la struttura di pronto soccorso viene costituita in forma di sezione ed affidata all'unità operativa di riferimento in area medica.

Tale riferimento viene assicurato:

- al di sopra della soglia: dall'unità operativa di medicina e chirurgia di accettazione e di urgenza;
- al di sotto della soglia: dall'unità operativa di medicina generale presente nell'ospedale. La struttura di medicina generale organica della sezione di pronto soccorso, con la partecipazione oraria di proprio personale per

completare la copertura assistenziale nelle 24 ore.

Il pronto soccorso svolge, oltre alle funzioni proprie di assistenza immediata, anche attività di osservazione breve su appositi letti - attrezzati e non attrezzati - definiti come letti di terapia subintensiva o letti ad alta dipendenza assistenziale (High Dependency Unit - HDU). L'osservazione breve è tesa a migliorare l'inquadramento diagnostico e, in conseguenza, ad aumentare la funzione di filtro al ricovero per raggiungere in tutte le realtà un'azione di filtro superiore a quella dell'80%, osservata nella realtà regionale.

Per assicurare adeguata continuità assistenziale a quei casi nei quali la condizione di instabilità si protragga oltre la fase di osservazione breve condotta nei letti di HDU del pronto soccorso, è opportuno che lo stesso tipo di dipendenza assistenziale sia garantita attraverso la dotazione di HDU alle altre strutture dell'area medica.

L'osservazione breve non deve, di norma, protrarsi oltre le 24 ore originando dopo tale tempo, o l'accettazione con il trasferimento al reparto di degenza o l'affidamento al medico curante con attività assistenziali non in regime di ricovero. Per i casi di maggior impegno assistenziale per i quali si preveda di procedere ad un ricovero di breve durata, tale ricovero viene effettuato presso le strutture di medicina e chirurgia di accettazione e di urgenza con durata della degenza che di norma non deve protrarsi oltre le 72 ore.

Ovviamente dei carichi assistenziali derivanti dall'osservazione breve e dal ricovero di breve durata si dovrà tenere opportuna considerazione per la quantificazione della dotazione organica medica, infermieristica e di supporto assistenziale calcolata sugli effettivi carichi di lavoro.

Per quanto riguarda l'assistenza in condizioni di emergenza urgenza ai soggetti in età pediatrica, è auspicabile che la gestione nelle strutture del pronto soccorso di tali pazienti sia assicurata, laddove presente, dalla struttura di pediatria che garantisce una guardia attiva 24 ore su 24. L'assistenza è assicurata attraverso l'istituto della consulenza.

Per l'assistenza e per l'accettazione filtro, è comunque necessario prevedere adeguati spazi distinti, nei quali deve essere garantita ai massimi livelli l'assistenza specialistica pediatrica per la cui gestione sia altresì prevista una organizzazione articolata in relazione al numero di accessi per bacino di utenza.

È necessario peraltro mantenere, quando possibile, un accesso a comune con la popolazione adulta.

Indirizzi per la costituzione del pronto soccorso

Di seguito si riportano alcuni adempimenti da porre in essere per la costituzione del pronto soccorso, con riferimento alla necessità di attivare la nuova funzione operativa relativa alla disciplina "medicina e chirurgia di accettazione e di urgenza"; criteri ed indirizzi operativi presenti per ogni adempimento

costituiscono riferimento per le aziende sanitarie, secondo le tappe del programma operativo di seguito riportato.

1. Attivazione della nuova funzione operativa e della relativa disciplina anche attraverso il reperimento dei medici provenienti dalle altre unità operative, indicate al punto 3.

2. Definizione del fabbisogno di personale medico per la nuova disciplina

Criteri base: 1) impegno annuo: 1380 ore annue dovute per medico; 2) piano di lavoro e determinazione dei carichi (20-25 minuti/medico per paziente, turni di guardia, attività ambulatoriale, sala di medicazione, osservazione e degenza breve); 3) rispetto dei criteri per l'accreditamento dei servizi di emergenza.

3. Individuazione delle unità operative dalle quali attingere i medici per la costituzione della nuova struttura di pronto soccorso.

Criteri base: 1) strutture in precedenza impegnate nel pronto soccorso; 2) strutture relative alle discipline equipollenti alla "medicina e chirurgia di accettazione di urgenza" secondo il DPR 484/97.

4. Definizione in trattativa decentrata secondo la disciplina di cui all'articolo 4 del CCNL delle modalità di trasferimento per mobilità del personale proveniente da altre strutture nel pronto soccorso.

5. Definizione degli incentivi al trasferimento per la forma-

zione dell'organico della nuova struttura.

Strumenti base: fondo per la qualità del lavoro individuale ex articolo 52 del CCNL; una tantum ex articolo 82, comma 4 del CCNL; quote INAIL.

6. Pubblicazione del bando di trasferimento e valutazione dei curricula dei candidati.

7. In caso di carenza di domande di trasferimento, viene stilata una graduatoria del personale delle unità operative indicate al punto 3); si procede al trasferimento secondo la graduatoria, previo accordo con le organizzazioni sindacali e applicando l'articolo 4 del CCNL.

8. Bando di concorso pubblico quando i procedimenti di cui ai punti 5) e 6) non siano sufficienti.

9. Istituzione di apposito gruppo a livello regionale per la omogeneizzazione del procedimento da seguire.

5. Fase intra-ospedaliera: risorse e criteri per il trattamento del paziente traumatizzato

a) Premessa

La Commissione Regionale Dipartimento Emergenza Urgenza, Sottocommissione Trauma, fa proprio e propone all'Assemblea il convincimento che il paziente traumatizzato trovi nei DEU, in riferimento agli ospedali di I° e II° livello opportunamente organizzati dal punto di vista strutturale e delle risorse umane, la sede più appropriata per una corretta

assistenza diagnostica e terapeutica.

Gli obiettivi iniziali consistono nella individuazione all'interno della struttura sanitaria:

a) Area e organizzazioni Funzionali dedicate al trauma (*trauma area*);
b) Personale medico e tecnico dedicato in pianta stabile e/o funzionalmente al trauma (*trauma team*).

Fin da questa premessa, essendo notoriamente il trauma caratterizzato da una essenza nosologica elettivamente chirurgica, la Commissione individua nel chirurgo la figura professionale responsabile dell'impostazione del percorso diagnostico e terapeutico per il paziente traumatizzato. Parimenti, la figura del chirurgo è identificata come "*team leader*" nei rapporti professionali multispecialistici confluenti nel "*trauma team*".

b) Trauma Area

Costituisce, a seconda del livello dell'ospedale, uno spazio fisico o funzionale, all'interno della struttura sanitaria dedicata alla valutazione, trattamento iniziale, e rianimazione del paziente traumatizzato.

È individuata all'interno delle strutture ospedaliere dedicate al dipartimento di emergenza urgenza.

È costituita dalla *Sala intensiva trauma*, dalla *Sala operatoria trauma* e da *Aree di Supporto*; la *Sala Intensiva* e la *Sala operatoria* possono essere condivise con altre funzioni negli ospedali di I° livello.

b1) Sala Intensiva Trauma

Prevede le seguenti risorse

per la rianimazione dei pazienti traumatizzati di tutte le età:

- 1) sistema per controllo delle vie aeree e ventilazione meccanica;
- 2) saturimetro;
- 3) aspiratori;
- 4) elettrocardiografo oscilloscopio defibrillatore;
- 5) sistemi per il monitoraggio della pressione venosa centrale;
- 6) set per la somministrazione standard di liquidi;
- 7) cannule venose di largo calibro;
- 8) set chirurgici sterili preparati per;
- 9) accesso chirurgico alle vie aeree;
- 10) drenaggio toracico;
- 11) accesso venoso chirurgico;
- 12) posizionamento di linea venosa centrale;
- 13) lavaggio peritoneale;
- 14) cateteri arteriosi;
- 15) ecografo;
- 16) farmaci necessari per l'urgenza;
- 17) disponibilità radiologica 24 ore su 24;
- 18) immobilizzazione cervicale e stabilizzazione;
- 19) nastro di Broselow;
- 20) sistemi per infusione rapida di liquidi *;
- 21) sistemi per il riscaldamento;
- 22) del paziente;
- 23) dei liquidi somministrati (forno a microonde, riscaldatori infusori);
- 24) sistemi per determinazione qualitativa di end-tidal CO₂, capnografo;
- 25) frigorifero per conservazione sangue e plasma (0 negativo) se non è presente una banca del sangue con medico presente;

26) apparecchio mobile per esami Rx, o meglio ancora apparecchi radiologici pensile.

* relativamente alle competenze specialistiche presenti

Data la necessità di diagnostica radiologica, la sala intensiva trauma o altro locale dedicato, devono essere opportunamente schermati.

Per evitare intralcio agli operatori sanitari, la strumentazione descritta, quando possibile, dovrebbe essere strutturata in maniera pensile. Le risorse sopra menzionate dovrebbero essere rese obbligatorie per tutte le strutture che accettano pazienti traumatizzati, quale che sia il livello ospedaliero del contesto operativo.

b2) Sala Operatoria Trauma

Deve essere di pronta disponibilità 24 ore al giorno, con personale presente.

Per le realtà ospedaliere di I° livello, quanto sopra deve intendersi come funzionalmente allertabile, piuttosto che strutturato.

Oltre ai normali requisiti di una sala operatoria, devono essere disponibili nella sala operatoria trauma:

- 1) microscopio operatore;
- 2) strumentazione per bypass cardiopolmonare *;
- 3) strumenti per il riscaldamento del paziente, del sangue, e dei liquidi da infondere;
- 4) amplificatore di brillantezza;
- 5) endoscopi e broncoscopi;
- 6) strumentario per craniotomia *;
- 7) strumentario per fissazione pelvi e ossa lunghe *;
- 8) infusori rapidi.

* relativamente alle competenze specialistiche presenti

b3) Aree di Supporto

Comprendono, ove presenti nell'ospedale:

- 1) Terapia Intensiva
- 2) Radiologia
- 3) Unità spinale
- 4) Unità di riabilitazione
- 5) Centro Ustioni
- 6) Unità didattica per prevenzione, formazione e ricerca, limitatamente agli ospedali di III° livello.

La Commissione ritiene tuttavia, pur sulla base di un sommario esame dello stato attuale delle esigenze del paziente traumatizzato e delle realtà assistenziali della Regione Toscana, di segnalare l'opportunità di promuovere uno sviluppo per il miglioramento dell'assistenza precoce ed a lungo termine nei confronti dei pazienti ustionati e mielolesi.

c) Trauma Team

La quintessenza della professionalità è fornito dall'esempio dei "*trauma team*", formati da otto-dieci chirurghi esperti in trauma, costantemente presenti in grossi centri e attivati in base a protocolli prestabiliti (*in genere codici rossi*) negli ospedali di II° livello.

Negli ospedali di I° livello, tale "*trauma team*" è formato da figure professionali provenienti dalle varie aree funzionali coinvolte nella gestione del trauma (chirurgia generale, anestesia e rianimazione, medicina d'urgenza).

*Le risposte assistenziali
rispetto ai bisogni*

MATERNITÀ E IMMIGRAZIONE

*Il diritto alle cure previsto dalla legge
rispetto all'organizzazione dei servizi
per gli stranieri.*

*Una realtà da affrontare
con professionalità nuove,
mirate a richieste culturalmente diverse.*

Una serie di proposte operative.

Monografia a cura di: Paolo Sarti
sarti.paolo@iol.it

I contributi di questa monografia sono stati tratti
dal Convegno "Nascere stranieri", organizzato
a Firenze nel novembre 2000.

Mauro Zaffaroni
Clinica Pediatrica di Novara -
Università del Piemonte
Orientale "A. Avogadro"

Nascere Stranieri

Negli ultimi decenni, tutti i paesi industrializzati sono stati interessati da ingenti movimenti migratori di persone provenienti da paesi in via di sviluppo¹. Anche l'Italia, in passato nazione di emigrazione, è diventata meta d'arrivo per un sempre maggior numero di immigrati (Figura 1).

All'inizio del 2000, gli stranieri regolarmente soggiornanti in Italia erano oltre 1.250.000, la maggior parte degli immigrati (86,3%) proviene da paesi in via di sviluppo. Attualmente gli stranieri presenti in Italia rappresentano il 2,2% della popolazione generale, percentuale ancora lontana rispetto a quelle di altri Stati europei: Belgio e Germania⁹.

Stime recenti ISTAT indicano che attualmente oltre il 18% degli stranieri presenti in Italia sia rappresentato da mi-

norì (230.000). Nel 1999 i bambini stranieri in Italia sono aumentati di oltre 43.000 unità: 22.000 nati all'estero immigrati e 21.000 neonati da genitori stranieri. Questi dati sono destinati ad aumentare ancora nei prossimi anni, per effetto del ricongiungimento familiare e del costante aumento delle nascite di bambini con genitori immigrati (Figura 2).

Negli ultimi 10 anni si è registrato un incremento delle nascite di bambini con genitori stranieri. La percentuale di questi neonati contribuisce certamente a contenere il calo di natalità che ha relegato l'Italia all'ultimo posto fra i paesi industrializzati^{3,4}.

L'integrazione del bambino straniero e della sua famiglia deve quindi prevedere, in ambito sanitario, la conoscenza delle reali e specifiche necessità delle persone immigrate

Risultati di una ricerca sulla salute e sui rischi sanitari dei neonati di famiglie immigrate

e l'offerta di adeguata accoglienza in risposta a tali bisogni⁵⁻⁸.

Allo scopo di acquisire informazioni riguardanti la salute, le patologie e gli eventuali rischi sanitari dei bambini stranieri presenti in Italia, è stata condotta una ricerca multicentrica del Gruppo di lavoro nazionale per il bambino immigrato della Società italiana di Pediatria, per valutare le caratteristiche e lo stato di salute dei neonati con genitori immigrati da paesi extracomunitari in diversi punti nascita Italiani (Nota).

Casistica e risultati

Sono stati studiati complessi-

vamente 14.701 neonati: 8.007 figli di persone immigrati; altri 6.694 bambini nati negli stessi ospedali con genitori italiani rappresentano il gruppo di controllo.

Per ciascun neonato sono stati raccolti dati riguardanti: sesso, peso, età gestazionale, età materna, modalità di parto, parità e fattori di rischio materni; sono stati inoltre valutati l'incidenza di patologie neonatali e i tassi di mortalità perinatale. In considerazione del paese di provenienza dei genitori, i neonati sono stati infine suddivisi nei diversi gruppi etnici al fine di valutare eventuali differenze o fattori di rischio caratteristici della minoranza di appartenenza.

I genitori dei neonati EC provenivano da: Est Europa (16,9%), Paesi arabi di Medio Oriente e Nord Africa (31,2%), Africa sub sahariana (10,8%), Estremo oriente e sub continente indiano (20,6%), America Latina (13,1%), Oceania (0,2%), Nomadi (7%).

La parità materna è risultata maggiore nella popolazione nomade (il 57,02% delle na-

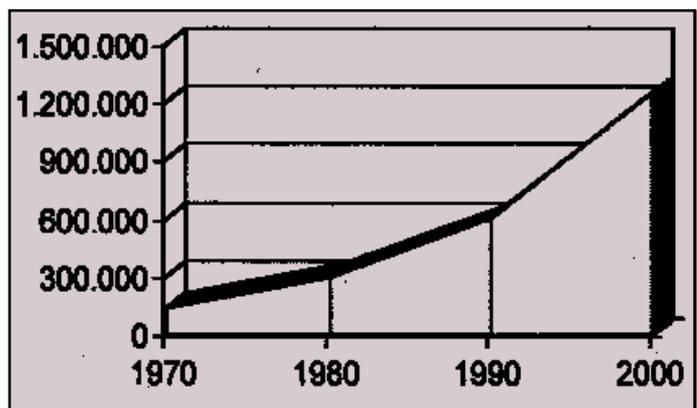


Fig. 1. Immigrati in Italia negli ultimi 30 anni (fonte ISTAT).

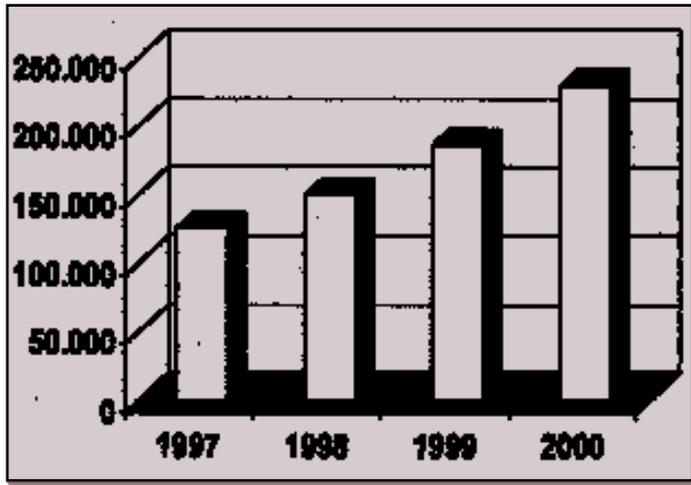


Fig. 2. Minori stranieri in Italia (fonte ISTAT).

scite corrispondevano almeno alla terza gravidanza), mentre nel gruppo controllo solo il 12,62% dei nuovi nati avevano già almeno 2 fratelli (Figura 2).

Parto distocico (forcipe o ventosa ostetrica) si è verificato più frequentemente nelle popolazioni dell'Asia, dell'Est Europa e del Nord Africa (3,8%, 3,1% e 4,2%). Sono nati mediante parto cesareo il 31,2% dei bambini africani e il 30,3% di quelli americani nelle minoranze etniche dei cinesi e dei nomadi si registrata la minore percentuale di parti cesarei ($p < 0,05$) (Figura 3).

Il 15,1% dei neonati di nomadi ed il 12,8% dei bambini asiatici aveva peso neonatale inferiore a 2.500 grammi. Peso inferiore a 1.500 g è stato riscontrato nel 2,1% dei neonati con genitori nomadi o latino-americani. I neonati appartenenti alle minoranze dei nomadi e degli americani presentano anche le maggiori percentuali di nascite pretermine (E.G. ≤ 32 settimane nel 3,8% e nel 2,4% rispettivamente). Un bambino su 5 fra i nomadi

nasce prima della 37^a settimana (19,9%).

Per quanto riguarda le patologie neonatali, è stata registrata maggior incidenza di asfissia nei bimbi africani (2,7%) e nei nomadi (2,1%), rispetto ai controlli italiani (0,5%) ($p < 0,05$); americani e nomadi hanno presentato con maggior frequenza distress respiratorio (2% e 2,8%) rispetto agli altri gruppi etnici. Non sono state riscontrate significative differenze per quanto riguarda l'incidenza di infezioni nei neonati di differente etnia.

Le madri minorenni sono risultate 110 (pari al 1,4% dei bambini EC); la maggior parte di loro appartengono alla popolazione nomade (50 madri minorenni su 577 madri nomadi).

Rispetto ai fattori materni di rischio, è stata segnalata sie-

ropositività per Epatite C con maggiore frequenza nelle madri sud-americane (0,57%) e nord-africane (0,64%), mentre le madri africane, asiatiche ed est-europee mostrano presenza di virus Epatite B (rispettivamente nell'1,84%, 2,73%, 1,99% dei casi). Sieropositività per virus HIV è stata riferita da 10 su 865 madri africane (1,15% del gruppo etnico). Tossicodipendenza è stata dichiarata da 15 madri sul totale di quelle considerate (0,18%), 13 di loro sono italiane con partner EC.

Analogamente a quanto segnalato in altre nazioni^{9 10}, sono stati osservati alti tassi di natimortalità (pari a 2,5 nati morti ogni 1000 nati) e di mortalità neonatale precoce (pari a 5,7 decessi ogni 1000 nati vivi) ($p < 0,05$). Il maggior numero di decessi,

nella presente casistica, si è verificato nelle famiglie composte da genitori entrambi immigrati ed in particolare fra i nomadi (8,6 decessi ogni 1000 nati vivi).

Da questi dati si ricava che non esistono differenze di patologie fra neonati EC e italiani, se non per quanto riguarda quelle legate a scarso controllo della salute materna e della gravidanza. Obiettivo prioritario deve quindi essere la prevenzione delle nascite pretermine e dell'asfissia perinatale al fine di ridurre la mortalità e la morbidità fra i bambini con genitori immigrati attraverso un adeguato monitoraggio della gestazione.

In Gran Bretagna, il tasso di mortalità infantile nei figli di donne africane (11,2 per mille) risulta maggiore rispetto a quello inglese (8,3 per mille); inoltre nella popolazione africana la nati-mortalità è aumentata dal 1985 al 1989 passando dal 6,6 al 7,8 per mille rispetto ad un tasso generale inglese pari a 4,7 per mille^{11 12}. In Italia, è stata segnalata nei figli di immigrati a Roma una mortalità infantile pari al 18 per mille contro il 9,4 per mille nel primo anno di vita per i bambini italiani¹³.

Non sono disponibili al momento dati nazionali definitivi relativi ai tassi di mortalità

Anno	Nati da stranieri	Percentuale sul totale dei nati
1985	5.415	0,9 %
1990	11.413	2,0 %
1994	20.174	3,8 %
1999	21.175	4 %

Tab. 1. Minori con almeno un genitore straniero nati in Italia (fonte: ISTAT).

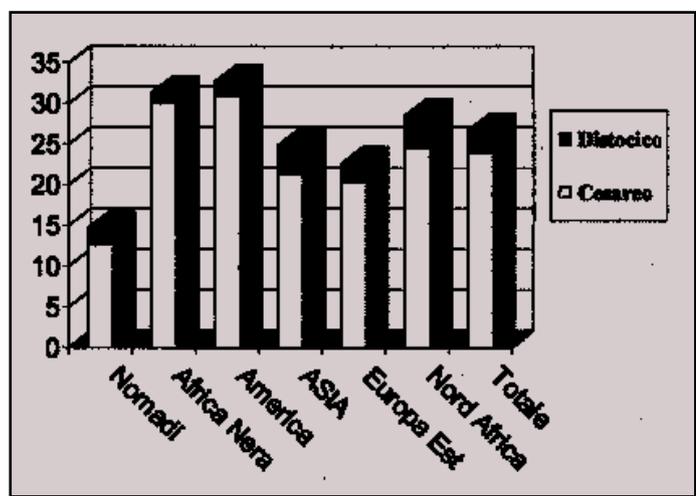


Fig. 3. Nati da parto cesareo e distocico (% nei diversi gruppi etnici).

neonatale tardiva e di mortalità infantile fra i bambini nati da genitori extracomunitari. È possibile ritenere che un maggiore ed adeguato controllo delle condizioni sanitarie della madre durante la gestazione possa ridurre l'incidenza di nascite pretermine e dei nati di basso peso. Occorre ancora notare che molte donne EC non conoscono il loro stato immunitario nei confronti degli agenti patogeni del gruppo TORCH poiché, per motivi economici, culturali o per difficoltà all'accesso ai servizi sanitari, non si sottopongono ad esami sierologici di controllo prima del concepimento o durante la gravidanza.

La tutela della salute materna, il monitoraggio delle gravidanze a rischio, la prevenzione del parto pretermine delle infezioni e dell'asfissia perinatale possono certamente ridurre la mortalità e la morbilità fra i nati di genitori immigrati in Italia.

Conclusioni

La recente legge che disciplina l'ingresso in Italia e la condizione dello straniero

(Legge 40 del 11.3.1998), definisce anche le disposizioni in materia sanitaria. In particolare l'articolo 32 prevede l'assistenza per gli stranieri iscritti al Servizio sanitario nazionale; l'articolo 33 riguarda gli immigrati "irregolari".

Il diritto alla salute del bambino immigrato è un diritto inalienabile ed irrinunciabile. È necessario tutelare il diritto alla salute del bambino immigrato, non solo in presenza di gravi patologie, ma anche come possibilità di eseguire una corretta medicina preventiva (vaccinazioni, test diagnostici, educazione sanitaria) utile

sia per il singolo bambino sia per l'intera collettività. Nonostante le norme di legge vigenti, il diritto alla salute per le persone immigrate ed in particolare per i minori, le gestanti ed i futuri nati non è sempre fatto valere.

Indipendentemente dallo stato giuridico, paese di provenienza, lingua, colore della pelle, religione, usanze o tradizioni culturali, deve essere assicurata per tutte le persone immigrate la possibilità di accesso alle cure mediche ed alla prevenzione sanitaria con particolare riguardo alla tutela materno-infantile.

In conclusione, si può facil-

mente comprendere quanto importante sia diventato il problema dell'assistenza sanitaria al bambino straniero in Italia e negli altri paesi industrializzati¹⁴⁻¹⁸. Oggi i numeri sono ancora relativamente piccoli, ma destinati a crescere in rapida progressione.

È ormai chiaro che i flussi migratori verso i paesi industrializzati non rappresentano un fenomeno provvisorio e temporaneo, ma sono destinati a trasformare profondamente la società degli stati ospitanti.

Superata la fase dell'emergenza occorre ora prevedere percorsi di integrazione mediante strategie interculturali nel rispetto delle diverse etnie^{19 20}. Nei servizi sanitari pediatrici e materno infantili in particolare, l'accoglienza e la cura dei bambini e delle famiglie immigrate richiede, da parte di tutti gli operatori sanitari, la necessità di maturare ed acquisire una mentalità interculturale "multietnica" (e anche "multietica") che garantisca il raggiungimento di

(segue a pag. 142)

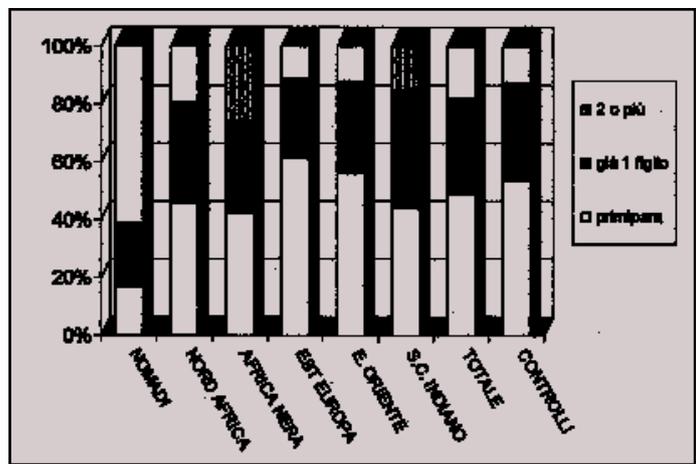


Fig. 4. Parità materna (% in ogni gruppo etnico).

Maurizio Marceca

Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, Roma. Membro della Commissione "Immigrazione e salute" presso il Ministero della Sanità

Il quadro legislativo nazionale

Come già altrove sottolineato, negli ultimi anni le donne sono divenute sempre più protagoniste del fenomeno migratorio, sia in qualità di 'pioniere' in nuovi tentativi di migrazione, sia per effetto di ricongiungimenti familiari (che, nel 1999, hanno rappresentato circa il 35% dei nuovi permessi di soggiorno, se si escludono quelli concessi a persone provenienti da paesi dell'Unione Europea).

In numeri assoluti, le donne straniere sono attualmente poco meno di 600.000, mentre i minori stimati dall'Istat (la loro difficile quantificazione è dovuta al fatto che non sono titolari di permessi propri ma vengono registrati su quelli dei genitori) sono circa 230.000.

Tradizionalmente, chi si occupa di *salute e immigrazione* tende a enfatizzare l'area, o settore, 'materno-infantile': tale approccio, per quanto giustificato, rischia, da una parte, di mettere in ombra tutti gli aspetti di salute della donna in quanto tale, a prescindere dalle sue possibilità procreative e dal suo ruolo di madre, e, dall'altra, di

minimizzare gli aspetti di salute propri del bambino dopo la fase neonatale. Gli eventi gravidanza e parto, per quanto di estremo interesse, non esauriscono infatti gli ambiti che meritano un'attenzione specifica. Ne è esempio il tema degli infortuni domestici in bambini stranieri, cui si guarda con una certa preoccupazione, anche se, purtroppo, non disponiamo ancora di dati affidabili, che solleva un problema più ampio di tutela infantile ed in particolare di custodia nei luoghi di vita.

Negli ultimi tre anni, il tema dell'assistenza sanitaria degli stranieri in Italia è stato oggetto di una compiuta revisione normativa. Seguendone il percorso, che ha visto il suo inizio con la legge 40 del 1998 fino ad arrivare alla Circolare del Ministero della Sanità n. 5 del 2000, è possibile riconoscere la definizione di chiare politiche sanitarie. L'argomento è stato anche affrontato, per la prima volta, all'interno del *Piano sanitario nazionale valido per il triennio 1998-2000*, laddove, all'Obiettivo IV della parte I, gli stranieri immigrati sono stati inclusi tra i soggetti poten-

Le disposizioni che regolano il diritto alle cure di tutti gli immigrati nel nostro paese, compresi gli irregolari

zialmente deboli cui destinare interventi mirati. Il Piano prevede tra l'altro l'emanazione di un *Progetto Obiettivo* intitolato "La salute degli immigrati" che è in fase di stesura.

Un quadro di riferimento

Proviamo a rimarcare sinteticamente le principali innovazioni apportate dalle disposizioni sanitarie della L. 40/98, poi confluite negli articoli 34, 35 e 36¹ del Testo Unico sulla disciplina dell'immigrazione (il D.Lgs. 286/98) e relative disposizioni del suo Regolamento di attuazione (artt. 42, 43 e 44 del D.P.R. 394/99), anche alla luce delle indicazioni applicative fornite dalla Circolare del Ministero della Sanità n. 5 del 24 marzo 2000.

Relativamente agli stranieri con regolare permesso di soggiorno in corso di validità:

1. *Estensione della obbligato-*

rietà di iscrizione al Servizio sanitario nazionale per la gran parte degli stranieri stabilmente presenti in Italia con permesso di soggiorno valido (precedentemente l'iscrizione era facoltativa).

Ciò comporta, ad esempio, che tutte le donne e i bambini immigrati regolarmente e stabilmente soggiornanti in Italia (fatta eccezione per i turisti) sono obbligatoriamente iscritti al Servizio sanitario nazionale² (ai sensi dell'art. 34 del D.Lgs. 286/98) ed hanno, quindi, le stesse opportunità assistenziali degli italiani (a partire dal medico di medicina generale e dal pediatra di libera scelta).

Se un soggetto con un regolare permesso di soggiorno si rivolge ad una struttura sanitaria e non è iscritto al Servizio sanitario nazionale, questo non comporta alcuna condizione ostativa alla sua assistibilità. La persona rice-

¹ Per motivi di sintesi si omette di richiamare qui le norme relative all'ingresso e soggiorno per cure mediche (art. 36 del Testo Unico e art. 44 del suo Regolamento di attuazione), di facile e immediata comprensione.

² Gli *studenti* e le persone *collocate alla pari* sono facoltativamente iscrivibili al Ssn, con quote periodicamente aggiornate (con una quota aggiuntiva sono assistiti anche i loro eventuali figli a carico presenti in Italia).

ve le prestazioni sanitarie di cui necessita e, contestualmente, deve essere iscritto "d'ufficio" al SSN. Prima non era così.

Inoltre, per tutti gli altri stranieri regolarmente presenti il cui permesso di soggiorno non comporti l'obbligatorietà di iscrizione (ad esempio per residenza elettiva, studio, motivi religiosi, collocazione alla pari) è comunque prevista una copertura sanitaria, da garantire attraverso la sottoscrizione di una polizza assicurativa valida sul territorio nazionale ovvero tramite l'iscrizione volontaria al SSN.

2. Superamento della validità annuale dell'iscrizione al SSN. Diversamente dal passato, l'iscrizione non è più annuale e resta valida anche in corso di rinnovo del permesso di soggiorno (è infatti sufficiente esibire la ricevuta rilasciata dalla Questura che attesta la domanda di rinnovo). Ciò ha permesso di superare quelle situazioni in cui, in particolare nelle grandi città (dove vi è una maggior concentrazione di immigrati), difficoltà burocratiche complicavano la possibilità di fruire dell'assistenza sanitaria. Infatti, i tempi necessari per avere il rilascio od il rinnovo del permesso di soggiorno, che (contrariamente a quanto previsto dalla legge) potevano essere di alcuni mesi, comportavano che soggetti giuridicamente in regola, che lavoravano e che, attraverso il pagamento delle tasse, contribuivano al finanziamento del SSN, non ve-

dessero di fatto riconosciuta la possibilità di essere assistiti se non attraverso il pagamento per intero delle prestazioni ricevute. Oggi non è più così, e il diritto all'assistenza viene meno solo con il venir meno della regolarità del soggiorno, cioè se il permesso di soggiorno non viene rinnovato, viene revocato o annullato (casi in cui la Questura è tenuta a darne comunicazione all'Azienda sanitaria locale).

3. Eliminazione dell'indispensabilità del requisito della residenza ai fini dell'iscrizione al SSN (in sua assenza è sufficiente il domicilio indicato sul permesso di soggiorno).

Tale concetto è ben precisato dalla Circolare n. 5 del 2000, che afferma: "in ordine all'iscrizione al Servizio sanitario nazionale, il suddetto articolo 42 del regolamento di attuazione, prevede che lo straniero, in relazione alle norme sulle iscrizioni anagrafiche, è iscritto, unitamente ai familiari a carico, negli elenchi degli assistibili dell'Unità sanitaria locale, nel cui territorio ha la residenza anagrafica, ovvero, in mancanza di essa, l'effettiva dimora". Per luogo di "effettiva dimora" si intende il domicilio indicato nel permesso di soggiorno. Quindi, per l'amministrazione dell'Azienda sanitaria locale che deve fare l'iscrizione alla propria anagrafe sanitaria, è sufficiente disporre del permesso di soggiorno dell'interessato. Se questi non è in possesso di residenza, è sufficiente riportare il domicilio indicato sul permesso di soggiorno.

4. Equiparazione dei disoccupati stranieri a quelli italiani ai fini della gratuità di iscrizione al SSN.

Tale equiparazione era già stata riconosciuta in passato, ma rimasta affidata alla ripetuta emanazione di decreti legge (che, com'è noto, hanno validità per sessanta giorni e devono quindi essere reiterati o convertiti in legge pena la decadenza); vi erano quindi stati nel recente passato momenti in cui, improvvisamente, in virtù di questa "intermittenza giuridica", decine di migliaia di disoccupati ed i loro familiari erano "usciti" dalla copertura assistenziale. Con le disposizioni attualmente vigenti è stata invece data stabilità a questo diritto.

Si ribadisce che tali previsioni sono estese a tutti i familiari a carico regolarmente soggiornanti in Italia.

Rispetto alla componente straniera in condizione di irregolarità giuridica (i cosiddetti "stranieri temporaneamente presenti" o STP), si sottolinea invece:

1. Un ampliamento delle garanzie di assistenza già previste dall'art. 13 del Decreto Legge 489/95.

Si prevede infatti la necessità di assicurare "... le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio" e di estendere "i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva".

Traspare da queste disposi-

zioni - più che un intento etico-solidaristico, comunque riconoscibile - un approccio di sanità pubblica, che si propone di dare attuazione alla tutela della salute collettiva attraverso la salvaguardia della salute individuale, perseguita attraverso un particolare impegno volto a favorire l'accessibilità dei servizi sanitari e la fruibilità delle prestazioni.

Alle cure urgenti, tradizionalmente assicurate dalla nostra normativa sanitaria in base ad una interpretazione che definirei 'minimale' dell'art. 32 della Costituzione, vengono quindi affiancate le cure essenziali (di cui la Circolare 5/2000 fornisce una definizione). Ampie garanzie di assistenza sono state fornite per alcune tipologie di soggetti od ambiti di salute, al punto che la legge riconosce alla donna clandestina in gravidanza l'assegnazione di uno specifico permesso di soggiorno e che le donne non possono comunque essere espulse nei primi sei mesi di vita del bambino. La tutela della gravidanza e della maternità e quella del minore (in esecuzione della L. 176/91 di ratifica della Convenzione di New York sui diritti del fanciullo) sono inoltre indicate dalla legge come aree di particolare garanzia, che prevedono gratuità delle cure (vedi comma 3, lett. a), b) e c) e commi 4 e 6 dell'art. 35 del D.Lgs. 286/98).

Preme qui sottolineare particolarmente la caratterizzazione temporale delle cure da garantire, come "ancorché continuative", ad indicare la ne-

Legge del 6 marzo 1998, n. 40. "Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero", *Suppl. ord. alla Gazzetta Ufficiale n. 59 del 12 marzo 1998 - Serie generale*
Circolare del Ministero della Sanità del 22 aprile 1998 (DPS-X-40/98/1010) *Gazzetta Ufficiale n. 117 del 22 maggio 1998 - Serie generale.*

Decreto Legislativo 25 luglio 1998, n. 286. "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero", *Suppl. ord. alla Gazzetta Ufficiale n. 191 del 18 agosto 1998 - Serie generale.*

Decreto del Presidente della Repubblica 5 agosto 1998. "Approvazione del documento programmatico relativo alla politica dell'immigrazione e degli stranieri nel territorio dello Stato, a norma dell'art. 3 della legge 6 marzo 1998, n. 40", *Suppl. ord. alla Gazzetta Ufficiale n. 215 del 15 settembre 1998 - Serie generale.*

Decreto del Presidente della Repubblica 23 luglio 1998. "Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000", *Suppl. ord. alla Gazzetta Ufficiale n. 288 del 10 dicembre 1998 - Serie generale.*

Decreto del Ministro della Sanità del 2 novembre 1998. Istituzione della Commissione per lo studio delle problematiche relative all'emanazione del regolamento di attuazione della legge 6 marzo 1998, n. 40, sulla disciplina dell'immigrazione. (Ricostituzione con Decreto 18 aprile 2000)

Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica: Deliberazione 15 febbraio 2000. "Fondo sanitario nazionale 1999 - parte corrente. Assistenza sanitaria agli stranieri presenti nel territorio nazionale, art. 33 legge 6 marzo 1998, n. 40. (Deliberazione n. 15/2000)", *Gazzetta Ufficiale n. 90 del 17 aprile 2000 - Serie generale* (precedenti deliberazioni: 30 gennaio 1997; 5 agosto 1998; 21 aprile 1999).

Decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n. 394. "Regolamento recante norme di attuazione del testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, a norma dell'articolo 1, comma 6, del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286", *Suppl. ord. alla Gazzetta Ufficiale n. 258 del 3 novembre 1999 - Serie generale.*

Decreto Legislativo 22 giugno 1999, n. 230. "Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'articolo 5, della legge 30 novembre 1998, n. 419", *Suppl. ord. alla Gazzetta Ufficiale n. 165 del 16 luglio 1999 - Serie generale.*

Circolare 24 marzo 2000, n. 5. "Indicazioni applicative del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero" - Disposizioni in materia di assistenza sanitaria", *Gazzetta Ufficiale n. 126 del 1-6-2000 - Serie generale.*

cessità di portare a completamento, assicurandone quindi la massima efficacia, il ciclo assistenziale. Non poche sono state infatti in questi anni le segnalazioni di casi, che dal punto di vista medico oltreché umano considero inaccettabili, in cui è stato opposto un rifiuto a completare il normale iter curativo (ad esempio fratture ossee in cui, dopo la ricomposizione della frattura e l'apposizione del gesso, a distanza di 20-30 giorni ci si è visti rifiutare l'intervento di asportazione del gesso, l'esecuzione di una radiografia di controllo, se non l'avvio di una fisioterapia).

2. *Il divieto di segnalazione all'autorità prefettizia dell'irregolare/ clandestino che abbia usufruito di una prestazione sanitaria (fatti salvi i casi in cui sia obbligatorio il referto).*

Tale divieto di segnalazione è coerente con l'approccio di sanità pubblica sopra richiamato e mira ad evitare che il clandestino (potenzialmente anche affetto da patologie trasmissibili) si tenga lontano dai servizi sanitari pubblici, temendo che il farvi ricorso possa far innescare provvedimenti di espulsione, con la creazione di una sorta di "clandestinità sanitaria".

3. *L'indicazione di precise modalità di registrazione delle prestazioni effettuate ai fini del loro rimborso e di prescrizione di indagini e terapie (il 'codice STP').*

Queste previsioni ottengono il duplice scopo di consentire la normale gestione amministrativa e sanitaria dei casi

trattati (ottenimento di rimborso da parte delle strutture ospedaliere per i casi di ricovero, prescrivibilità di farmaci e accertamenti, ecc.), rispettando al contempo il divieto di segnalazione nominativa del soggetto precedentemente illustrato.

Si può quindi affermare che le politiche sanitarie delineate da queste disposizioni, in un'ottica di complessiva tutela della salute pubblica, mirano a garantire la verifica e l'eventuale ripristino della salute di tutti i soggetti immigrati presenti (donne e bambini compresi) e, per realizzare tale scopo, cercano di contrastare barriere di natura giuridica ed eventuali barriere di natura economica ed organizzativa. Per il contrasto delle possibili barriere comunicative e culturali è viceversa necessario un impegno di sensibilizzazione e formazione degli operatori, unitamente ad uno sforzo di informazione e orientamento ai servizi della popolazione immigrata.

In effetti, così come specificato dal Piano sanitario nazionale valido per il triennio 1998-2000, si identificano come obiettivi prioritari delle iniziative rivolte agli stranieri:

1. *L'accesso all'assistenza sanitaria, secondo le normative vigenti, che deve essere garantito agli immigrati in tutto il territorio nazionale.*

2. *La copertura vaccinale garantita alla popolazione italiana, che deve essere estesa alla popolazione immigrata.*

Le azioni previste sono individuate in:

– *sviluppo di strumenti sistematici di riconoscimento, mo-*

Tab. 1. Principali disposizioni di interesse sanitario relative all'immigrazione.

nitoraggio e valutazione dei bisogni di salute degli immigrati, anche valorizzando le esperienze più qualificate del volontariato;

– formazione degli operatori sanitari finalizzata ad approcci interculturali nella tutela della salute;

– organizzazione dell'offerta di assistenza volta a favorire la tempestività del ricorso ai servizi e la compatibilità con l'identità culturale degli immigrati.

Tutto ciò nel rispetto delle attuali – e destinate a rafforzarsi – autonomie regionali. C'è un punto del Regolamento di attuazione (il comma 8 dell'art. 43), che lo fa intravedere molto bene, in cui si dà mandato alle regioni di organizzare, nelle modalità che riterranno più opportune, l'accesso all'assistenza di base degli stranieri irregolari. Però è anche necessario cercare di coordinare, di confrontarsi, di conoscere e armonizzare le diverse politiche regionali.

Come una ricerca condotta dalla Caritas di Roma per conto della Commissione per le politiche di integrazione³

ha rilevato, si sta infatti assistendo, in questa fase, a comportamenti piuttosto disomogenei sul territorio nazionale (da Regione a Regione e/o nell'ambito della medesima Regione) in ordine all'applicazione delle disposizioni vigenti. Più in generale, si registrano situazioni molto diverse anche rispetto all'avvio di iniziative e progetti formativi e/o gestionali da rivolgere sia agli operatori della salute che agli utenti, volti a "ripensare" i servizi sanitari pubblici al fine di rispondere adeguatamente ai bisogni di salute degli immigrati.

Sembra oggi indispensabile poter monitorare a livello regionale, ed eventualmente sub-regionale, lo stato di applicazione della normativa e le altre eventuali iniziative sul tema, in un tentativo di loro armonizzazione. A tal proposito, la Commissione "Immigrazione e salute" insediata presso il Servizio studi e documentazione del Ministero della Sanità, ha promosso, attraverso una lettera di invito che il Ministro ha inviato a tutti gli Assessori alla Sanità, un coordinamento di referenti re-

gionali. L'intento è quello di rendere permanente, attraverso riunioni periodiche, il confronto e la riflessione tra le Regioni e le Province autonome, nonché, auspicabilmente, di promuovere iniziative comuni. Risulta evidente che il livello di efficacia di uno strumento di questa natura è direttamente proporzionale al grado di competenza, autorevolezza e rappresentatività sul tema di ciascun referente regionale, ed alla sua capacità di creare e coordinare un gruppo di lavoro intraregionale che veda rappresentate, attraverso altri referenti aziendali del proprio territorio.

Sembra inoltre opportuno segnalare, anche in ambito sanitario, un rischio un po' "clandestino-centrico". Il punto importante, in questo momento, è che abbiamo circa un milione e mezzo di persone registrate ufficialmente in Italia, in modo regolare, e sappiamo che difficilmente questo numero diminuirà, poiché il fenomeno ha una sua stabilità. La criticità su cui vale la pena orientare gli sforzi è che, verosimilmente, in nessun ambito

territoriale, il 100% delle persone che hanno diritto ed obbligo di iscrizione al Servizio sanitario nazionale, sono di fatto attualmente iscritte. Questo richiama un problema di conoscenza della legge, di informazione (tanto degli operatori, quanto dell'utenza), e di orientamento ai servizi, su cui siamo tutti impegnati.

Prima di concludere mi piace qui richiamare una cosa che, leggendo una rivista medica, mi ha colpito e che condivido. L'ideogramma cinese che significa "crisi", è formato da due parti, ciascuna un significato distinto: uno è quello di "pericolo", di "rischio", l'altro è quello di "opportunità"¹. Sono effettivamente due facce della stessa medaglia che possono essere fatte riferire anche al tema generale di cui si sta trattando.

Al di là di ogni cedimento campanilistico, credo che in questo momento non esista un altro paese al mondo che abbia fatto nelle politiche sanitarie rivolte alla popolazione straniera uno sforzo paragonabile a quello compiuto in Italia; è su questa strada che occorre a mio parere continuare.

Bibliografia

Arista AA, Marceca M. *Donne straniere e domanda di ricovero in un ospedale romano negli anni 1990-1995*. Prospettive sociali e sanitarie 1999;7:12-15.

Caritas di Roma. *Approcci transculturali per la promozione della salute. Argomenti di medicina delle migrazioni*. Roma: Anterem, 2000.

Geraci S, Marceca M. *Donne e bambini immigrati*. In: Berlinguer G., Geddes M., Eds. *La salute in Italia - Rapporto 1998*. Roma: EDIESSE, 1998:43-76.

Geraci S, Marceca M. *Quadro normativo sull'accesso degli immigrati ai servizi sanitari*. Atti del Convegno U.I.C.E.M.P. "Immigrati e salute sessuale e riproduttiva: le risposte dei servizi", tenutosi a Milano i giorni 26-27 novembre 1998:5-17.

Geraci S, Marceca M, Mazzetti M. *Migrazioni e salute in Italia*. In: *Migrazioni. Scenari per il XXI secolo* a cura dell'Agenzia Romana per il Giubileo, Roma, 2000, 1295-1379.

Marceca M, Geraci S. *Immigrazione e salute*. In: Geddes M, Berlinguer G Eds. *La salute in Italia*. Rapporto 1997. Roma: EDIESSE, 1997:169-199.

(segue a pag. 119)

³ Commissione prevista dall'art. 46 del T.U. sull'immigrazione

¹ D'Egidio F. *Il sogno imprenditoriale. L'incredibile storia di un manager innovativo*. Milano, Franco Angeli, 1993, in Spinsanti S. *Editoriale. L'Arco di Giano*. Milano, Franco Angeli, 1995 (7):7-13.

Gavino Maciocco
Dipartimento di Sanità Pubblica
- Università di Firenze

Ineguaglianze nell'accesso ai servizi

Sugli **aspetti giuridici e normativi**, il primo e obbligato riferimento è la nostra Carta costituzionale, la quale afferma che la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività (Art. 32). Questo articolo è di basilare importanza non solo perché afferma che la salute è un diritto, ma anche perché specifica che questo diritto si applica agli "individui" e non è riservato ai soli "cittadini". Una differenza lessicale non casuale e voluta dai costituenti per significare che alcuni diritti, come quello alla salute, sono un patrimonio universale.

Ci sono voluti trent'anni per riversare questa enunciazione in una legge dello stato (la legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale, l. 833 del 1978) e un tempo ancora più lungo per applicarla ai cittadini immigrati. Bisogna riconoscere che nell'ultimo triennio sono state introdotte importanti innovazioni normative che hanno finalmente adeguato la legislazione sanitaria italiana alla complessità del fenomeno migratorio.

Il **testo unico sulla disciplina dell'immigrazione** (Dlgs 25 luglio 1998, n. 286) contiene agli artt. 34-36 una serie di disposizioni in materia

sanitaria, che sono state meglio definite in successivi atti normativi, quali il **regolamento di attuazione** (DPR 31 Agosto 1999, n. 394) e la **circolare del Ministero della Sanità** n. 5 del 24 marzo 2000. Da questo insieme di norme emergono due elementi di fondamentale importanza: **a)** gli immigrati regolari vengono obbligatoriamente iscritti al SSN a parità di condizioni con il cittadino italiano (e tale diritto è esteso, sia pur temporaneamente, anche agli immigrati irregolari che abbiano presentato domanda di regolarizzazione); **b)** agli immigrati irregolari viene assicurato l'accesso ad una gamma di servizi, dalle cure urgenti a quelle essenziali (ovvero a tutte le prestazioni, dato che non ne vengono specificate liste positive o negative di prestazioni), insieme alla necessaria riservatezza per evitare che eventuali comunicazioni alle autorità di pubblica sicurezza possano rappresentare un deterrente all'accesso.

Questa importante cornice normativa si è ulteriormente arricchita di due altri contributi.

Il primo di questi è il **Piano sanitario nazionale** 1998-2000, che prevede tra i suoi obiettivi la garanzia dell'accesso all'assistenza sanitaria

Gli aspetti giuridico-normativi e gli aspetti etico-culturali

per tutti gli immigrati, secondo la normativa vigente in tutto il territorio nazionale, lo sviluppo di strumenti per valutare i bisogni di salute della popolazione immigrata, la promozione della formazione degli operatori sanitari finalizzata ad approcci interculturali nella tutela della salute.

L'altro è stato la **relazione sullo stato sanitario del paese** del 1999, che per la prima volta dedica un largo spazio alla salute degli stranieri evidenziando, tra l'altro, le profonde disuguaglianze esistenti tra popolazione residente e popolazione immigrata in relazione ad alcuni indicatori di salute (mortalità neonatale e infantile, basso peso alla nascita, parti pretermine).

Ora la vera sfida è quella dell'applicazione di questo corpo normativo, perché sappiamo bene che una cosa sono le leggi e un'altra è la loro applicazione e noi - in Italia - siamo dei veri specialisti nel produrre ottime leggi "dimenticate"; e il rischio di dimenticanze e "frintamenti" è enormemente accresciuto dalle tendenze federa-

liste che consentono alle Regioni ampi margini di libertà nell'interpretazione e nell'applicazione delle normative nazionali.

Ma una volta raggiunto l'obiettivo del riconoscimento giuridico del diritto alla salute della popolazione immigrata, non dobbiamo credere che i problemi siano risolti. La tutela della salute della popolazione immigrata non è solo legata alle norme che garantiscono l'accesso ai servizi, ma anche all'insieme delle condizioni di vita che classicamente fanno parte dei *determinanti della salute*: il reddito, l'istruzione, l'abitazione, le relazioni sociali. I **pregiudizi razziali** e le conseguenti discriminazioni rappresentano a questo riguardo un potente *determinante* negativo. Recenti articoli, su prestigiose riviste internazionali, hanno richiamato l'attenzione su questo problema, avvertendo che il fenomeno del pregiudizio razziale sta estendendosi nelle società americana e inglese. Tra questi mi limito a riportare un recentissimo editoriale del *New England Journal of Medicine*¹; gli autori

commentano un articolo comparso nello stesso numero della rivista, che metteva in evidenza come nei quartieri abitati da neri, la percentuale di farmacie che aveva a disposizione dei farmaci antidolorifici era bassissima (inferiore al 25%). L'editoriale parte di qui per affermare che una crescente quantità di dati inconfutabili e inquietanti testimonia la peggiore qualità delle prestazioni sanitarie

(non soltanto le cure palliative, ma che gli interventi cardiocirurgici, i trapianti, e così via) erogate alla popolazione nera americana rispetto ai bianchi, anche a parità di livello socio-economico. Gli autori concludono affermando che tutto ciò che sappiamo sul patrimonio genetico dell'umanità e sull'antropologia rende priva di attendibilità scientifica ogni classificazione su base razziale. La razza è

una costruzione sociale, determinata principalmente da come un gruppo di persone, si confronta e si comporta rispetto ad un altro gruppo. Il potere della scienza può essere sfruttato per eliminare false percezioni del significato di razza, e potrebbe diventare il perno sul quale muovere la società verso un futuro di giustizia sociale e di riconciliazione. I medici e gli scienziati devono essere i promotori

di questa evoluzione della comprensione sociale, i medici come i farmacisti, i poliziotti, i pubblici ufficiali, devono imparare a vedere la gente, non attraverso la lente distorta e il pregiudizio razziale ma come esseri umani, quali essi sono. Questo porterà nella medicina e nella società in genere, una appropriatezza delle capacità di giudizio e delle prestazioni erogate.

(segue da pag. 117): **Il quadro legislativo nazionale**

Marceca M. *L'assistenza sanitaria agli immigrati: quadro normativo e politiche sanitarie emergenti*. L'Arco di Giano 1999;22:27-35.

Marceca M (con la collaborazione di S. Geraci e M. Mazzetti). *La salute*. In: *Primo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia* a cura di G. Zincone, Bologna: il Mulino, 2000, pagg. 273-315.

Marceca M (con la collaborazione di S. Geraci). *La salute degli stranieri*. In: *Relazione sullo stato sanitario del Paese 1999*, a

cura del Servizio Studi e Documentazione del Ministero della Sanità, Roma, 2000, pagg. 156-179.

Montecchi R. *Assistenza sanitaria ai cittadini stranieri in Italia*. Atti del Convegno "Bioetica, diritti umani e multietnicità. Immigrazione e sistema sanitario nazionale". Roma, San Paolo, 2001.

(segue da pag. 86): **L'elogio della trasparenza**

I politici che si occupano specificamente di politiche sanitarie si vengono quindi a confrontare con una categoria professionale di grande complessità, sotto il profilo sociologico e culturale, e con un settore che costituisce l'ambito delle politiche pubbliche in cui l'innovazione tecnologica, il tasso di scambi di beni e di servizi, la valenza economica

di chi orienta l'acquisizione di prestazioni, è maggiore che per altri ambiti delle politiche pubbliche. Criteri e costumi (pratiche, abitudini, regole politiche) di trasparenza sono quindi fondamentali e forse tuttora inadeguati e le modalità di selezione e formazione della classe dirigente rappresentano un tema a cui non mi pare che le forze politiche de-

dichino grande attenzione. Il livello di «correttezza» di chi ricopre una carica pubblica deve inoltre essere maggiore di quanto si richiede al cittadino comune poiché «chiedere onestà a una persona pubblica - scriveva Natalia Ginzburg² - non vuol dire soltanto chiederle che si astenga dal commettere dei furti, delle truffe o delle frodi, non

vuol dire soltanto chiederle che si astenga da ogni specie di azione ideata a danno di società o dei privati. Vuol dire anche chiederle che abbia in odio tortuosità e ambiguità, che in ogni istante si interroghi per capire se l'immagine che ha di sé stessa dentro di sé è limpida o torbida, se la strada sulla quale procede è dritta o tortuosa».

¹ H.P. Freeman, R. Payne, Racial Injustice in Health Care, N Engl J Med 2000; 232:1045-47.

² Lo scritto di Natalia Ginzburg è riportato nel primo numero dell'Unità alla ripresa delle pubblicazioni nel marzo del 2001.

Nuovi modelli

L'esigenza di un approccio interculturale nel rapporto fra gli

Le nuove, indispensabili figure professionali. Un centro di

Un ospedale da adattare a specifici bisogni.

Milena Lo Giudice

Pediatra, Responsabile Nazionale
VRQ - FIMP. Azienda Sanitaria
6, Palermo

La sfida da affrontare

Il fenomeno dell'immigrazione in Italia pone noi pediatri di fronte ad una realtà del tutto nuova, offrendoci una sfida molto stimolante: identificare i bisogni di salute di questa sempre crescente e varia popolazione pediatrica.

Dimensioni del problema

Quando si parla di numeri in campo di immigrazione i dati non sono mai omogenei e concordi, risultano infatti confusi dall'alto tasso di clandestinità.

Il numero di bambini presenti in Italia si aggira intorno a 150.000, di questi il 20% risulta nato nel paese di origine e il restante 80% in Italia. I bambini provengono da 150 paesi diversi costituendo un

vero e proprio caleidoscopio razziale

Dentro il calderone dei bambini immigrati si differenziano inoltre diverse tipologie con caratteristiche e problematiche completamente diverse.

Abbiamo infatti *bambini adottati* provenienti dal Sudamerica dall'Africa e dai paesi dell'Est. Il destino di questi bambini è legato alle motivazioni all'adozione della famiglia ed all'età in cui sono stati adottati: quanto più piccolo è il bambino minore è il tempo di deprivazione affettiva che ha dovuto subire. Abbiamo poi i *bambini nati in paesi stranieri* giunti in Italia insieme ai genitori nei quali è fortemente presente la sindrome dell'espianto.

I bambini figli di immigrati nati in Italia che presentano una forte spinta all'integrazione.

I bambini figli di nomadi, tristemente noti come *zingari*, ormai quasi tutti non più nomadi ma che vivono in condizioni di grande emarginazione da parte della cosiddetta popolazione civile; sono all'ordine del giorno movimenti di genitori che rifiutano i piccoli gitani nelle scuole, gomito a gomito accanto ai loro bambini.

Infine i *bambini figli di profughi o rifugiati politici*, che hanno visto e conosciuto gli orrori della guerra, il più delle volte orfani almeno di un genitore e sempre vittime di traumi psicologici.

Le problematiche sanitarie

che questi piccoli ci pongono sono in realtà abbastanza limitate. La letteratura è piena di lavori che segnalano una patologia assolutamente sovrapponibile a quella dei bambini italiani indigenti

Sarebbe importante per i bilanci di salute avere le curve di crescita delle varie etnie e le tappe dello sviluppo puberale, le ragazzine dei paesi dell'Est hanno, ad esempio, il menarca fisiologicamente intorno ai 16 anni.

Qualche problema si pone per l'alimentazione. Deve essere chiaro che le situazioni sono molteplici ed ampiamente variegata e che le abitudini e le caratteristiche culturali di un popolo costituiscono specifiche identità e radici e sono il frutto di tradizioni ampiamente consolidate. Nel Corano, ad esempio, si prescrive di allattare al seno i piccoli per due anni. Conoscere le diverse tradizioni culturali potrebbe facilitare il dialogo medico-famiglia e

assistenziali

operatori e le donne delle varie etnie.

salute e di ascolto.

famiglia immigrata in particolare, svezzare un bambino arabo con il *couscous* al sesto mese, chiaramente dando precise indicazioni sui condimenti non particolarmente speziati, potrebbe dare alla madre il riconoscimento anche medico delle proprie radici, rafforzandone sicurezza e serenità.

Quanto alle vaccinazioni secondo la circolare *del Ministero della Sanità n. 8 del 23 marzo 1993*, quando per qualunque bambino non sia noto lo stato vaccinale è necessario procedere alla rivaccinazione totale. Il problema veramente importante nella gestione del bambino immigrato rimane comunque la comunicazione.

Entrare in relazione con queste famiglie ci pone difficoltà rilevanti per le profonde differenze culturali che ci separano.

Nella comunicazione dobbiamo distinguere diversi livelli:

Livello prelinguistico

Consiste per il paziente nella capacità di sapere identifica-

re le proprie emozioni e comunicarle. La difficoltà sempre presente in qualunque relazione umana è qui amplificata dalle differenze transculturali. La medicina occidentale, tra l'altro, finora ha dato grande importanza più alla presenza di segni e sintomi fisici che al vissuto di malattia e all'attenzione al paziente nella globalità dei suoi bisogni.

Livello linguistico

È il livello le cui difficoltà sono di immediata comprensione ed è il livello che va via via sempre più riducendosi. Attenzione però, oltre ai problemi lessicali, ai fraintendimenti semantici. Il termine *kili* in somalo significa reni, identifica però l'area cutanea antero-laterale dell'addome e non come nel nostro discorso parlato l'area dorsale latero-rachidea... un somalo che lamenta dolore ai reni ha quindi probabilmente problemi al colon, certamente non mal di schiena.

	Medico	Paziente
1 ^a fase Esotismo	Sindrome di Salgari	Sindrome da General Hospital
2 ^a fase Scetticismo	<i>"questo non ha niente mi fa solo perdere tempo"</i>	<i>"questo medico non vale molto: mi cura male perché sono straniero"</i>
3 ^a fase Criticismo	Superare i pregiudizi Considerare la diade medico-paziente	Accettare i limiti del medico e della medicina Comprendere cosa è realisticamente possibile avere

(da M. Mazzetti)

Livello metalinguistico

Riguarda la risonanza ed il valore simbolico che certe parole od espressioni idiomatiche possono evocare.

Un esempio potrebbe essere il vissuto che certe diagnosi possono evocare nelle differenti culture: nella nostra realtà la comunicazione di una diagnosi di malattia tumorale viene fatta con particolare cura ed attenzione perché sappiamo bene che alla parola cancro si associa l'idea di morte, di malattia grave e il più spesso incurabile. Certamente quando siamo di fronte ad un caso di diarrea il nostro coinvolgimento emotivo è molto scarso, né abbiamo un particolare riguardo per il piccolo paziente, ma nel terzo mondo dove le malattie infettive sono una delle prime cause di morte, la diarrea può essere una diagnosi infausta. Dovremo avere perciò cura e attenzione e spiegare ai genitori che la diarrea è una malattia di facile trattamento destinata a risolversi in maniera positiva per il bambino.

Livello culturale

Per cultura si intende l'insieme dei valori spirituali e ideologici di una persona e quindi il modo con cui definisce il mondo e se stesso all'interno del mondo e l'insieme delle sue conoscenze nei vari campi dello scibile. È in sostanza la sintesi dell'*imprinting* ambientale che ogni individuo riceve e di tutte le interazioni che accompagnano il suo sviluppo. È importante essere consapevoli che la cultura di ciascuno di noi è qualcosa di dinamico ed in continua evoluzione.

Livello metaculturale

È lo stato in cui l'individuo afferma in maniera conscia e consapevole la propria visione della vita frutto di tutte le influenze culturali ricevute. È il livello nel quale si affermano consciamente e si evidenziano quindi le differenze ideologiche, filosofiche e religiose. È il momento comunicativo nel quale viene presentata ad esempio la richiesta di circoncisione... un atteggiamento accogliente e rispettoso dei valori del diverso è a mio avviso l'unico modo per evitare che i piccoli vengano sottoposti a pratiche crude, dolorose e talvolta persino rischiose.

Nella relazione tra medico e paziente extracomunitario vengono descritte tre fasi.

Fase dell'esotismo

In questa fase il medico approccia il paziente con una spiccata curiosità e interesse spinto dalla convinzione di potere incontrare una situazione assolutamente diversa da quelle usuali e di potere confrontarsi con quelle malattie rare ed esotiche, sbiadito ricordo degli studi universitari, una sorta di sindrome di Salgari. Il paziente invece che ha della medicina occidentale le immagini che certa filmografia americana ha diffuso, pensa che i nostri medici sappiano risolvere senza esitazione qualunque problema, potremmo parlare di sindrome da "General Hospital" dal titolo della famosa fiction.

Fase dello scetticismo

In questa seconda fase il medico si rende conto che in realtà il paziente non presen-

ta niente di particolarmente esotico e pensa che in realtà sta solo perdendo tempo. Il paziente dal canto suo trova che il medico non è in realtà così onnipotente come credeva, e sospetta che la sua incapacità a curarlo sia dovuta al fatto che il suo essere extracomunitario lo coinvolge molto meno dal punto di vista professionale.

È auspicabile che a questa fase possa seguire la **fase del criticismo** nella quale il medico possa superare i pregiudizi e possa ripensare e rielaborare la possibile interazione medico paziente. Così anche il paziente dovrebbe essere conscio dei grandi limiti della medicina e possa rivolgersi al medico con fiducia, certo di non essere oggetto di alcuna discriminazione.

Per questo è necessario tracciare ed identificare dei possibili percorsi paralleli nella riformulazione dell'identità. Da una prima **fase di arriccamento** nella quale medico e paziente restano ancorati alle loro posizioni di chiusura reciproca: il medico non mette in gioco il proprio sapere e le proprie conoscenze, il paziente invece rimane fortemente diffidente. A questo può seguire una fase di **iperadattamento** acritico poco proficua per entrambi. L'obiettivo cui tendere è la fase di riformulazione e multipli-

cazione della propria identità nella quale, grazie all'utilizzo di una gamma più alta di informazioni, il medico si chiede quali possano essere i modi per essere professionisti con gli stranieri e l'immigrato si sforza di trovare nuove modalità per entrare in relazione con la nuova realtà. Solo questo può portare ad una crescita di identità e ad un arricchimento reciproco.

La commissione di bioetica dell'*American Academy of Pediatrics* dichiara: *i bambini immigrati rappresentano una parte della nostra popolazione infantile in perpetua crescita la cui presenza negli Stati Uniti continua la profonda tradizione di crescita multiculturale che è stata la pietra angolare della forza attraverso la diversità nella nostra società.*

A New York al Museo dell'immigrazione di Ellis Island si trovano numerose foto e oggetti dei bambini immigrati che agli inizi del secolo scorso giungevano in America e che venivano chiamati *go-between* per indicare appunto quei piccoli che si ponevano tra due generazioni: quella di origine rimasta nel paese natale e quella futura proiettata verso l'integrazione con la nuova realtà, i *go-between* italiani avranno affrontato sicuramente problemi molto simili a quelli dei bambini immigrati in Italia dei nostri giorni.

Bibliografia

- Marco Mazzetti, *Il dialogo transculturale in medicina*, L'arco di Giano 1999;22.
 Sebastiano Maffettone, *Medicina e multiculturalismo*, Bologna: Apeiron 2000.
 L. Acerbi, R. Porcu, *Il bambino zingaro*, RIP 1999;25.
 G. Rondini et al., *Il ruolo del pediatra*, RIP 1999;25.

Francesco Cataldo
Clinica Pediatrica 2, Università
di Palermo
Segretario del GLNBI

Una nuova realtà per il pediatra

Negli ultimi 30 anni si è verificato ¹ un costante e progressivo aumento dei flussi migratori verso l'Italia di persone provenienti da Paesi in Via di Sviluppo (PVS). Tale fenomeno, secondario all'esplosione demografica nei PVS ed alle loro scarse risorse economiche, ha fatto sì che gli immigrati presenti nella nostra nazione erano 146.989 nel 1970, sono raddoppiati nel 1980, sono triplicati nel 1992 ed hanno raggiunto il numero di 1.270.000 alla fine del 1999, rappresentando il 2,2% della popolazione residente in Italia. Tali dati, peraltro, sono sottostimati per la presenza di numerosi clandestini non censiti che giungono continuamente in Italia in maniera irregolare e che in base a rilievi approssimativi sono stati valutati alla fine del 1999 in numero di 350.000-500.000.

La tabella 1 riporta la distribuzione nella nostra nazione degli stranieri residenti in Italia censiti fino al 31/12/99, e la tabella 2 il loro paese di origine. Per quanto riguarda l'età pe-

diatrica le fonti ufficiali quantificano che alla fine del 1999 i minori immigrati registrati erano 230.000, costituendo il 18% della popolazione straniera residente in Italia ¹. Anche tale numero appare sottostimato perché i bambini stranieri che entrano in Italia con i genitori non vengono censiti ma solo inseriti nel loro permesso di soggiorno e perché negli ultimi anni è notevolmente aumentato il numero di nati nella nostra nazione da genitori immigrati e considerati quindi cittadini italiani a tutti gli effetti: da 8.000 nel 1993 a 21.175 nel 1999, anno in cui hanno costituito il 4% dei nuovi nati in Italia, contribuendo in maniera significativa a ridurre il calo della natalità nella nostra nazione. Tali dati non tengono conto dei nati da matrimoni misti (che sono in continuo aumento), ed inoltre negli ultimi anni si è osservato un considerevole incremento dei ricongiungimenti familiari (soltanto nel 1999 più di 22.000 bambini stranieri sono entrati in Italia).

I problemi legati alla presenza in Italia dei bambini immigrati sono prevalentemente sociali e collegati alle possibilità di una piena integrazione di questi e delle loro famiglie nella nostra società. Ciò richiede la conoscenza delle reali e specifiche necessità del bambino immigrato. La Pediatria ufficiale ha iniziato ad occuparsi dei suoi problemi solo pochi anni fa, costituendo (1992) nell'ambito della Società Italiana di Pediatria il Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Immigrato (GLNBI). Questo ha promosso alcune indagini a livello nazionale ^{2 3 4} che hanno consentito di conoscere alcuni aspetti clinico-epidemiologici e socio sanitari del bambino immigrato che costituiscono le premesse indispensabili per la promozione di alcune strategie di politica sanitaria a favore dei minori immigrati. Così è stato definito "Bambino Immigrato" ogni soggetto in età evolutiva la cui presenza in Italia è correlata all'immigrazione, e ne sono state distinte diverse categorie: 1) bambini nati in PVS ed immigrati con la fami-

glia; 2) bambini nati in Italia e figli di immigrati da PVS; 3) bambini adottati; 4) bambini figli di Nomadi; 5) bambini figli di profughi o di rifugiati politici.

Ognuna di queste categorie ha dei rischi peculiari di malattia che sono stati precisati da indagini effettuate a livello nazionale dal GLNBI nei punti nascita, nei reparti di degenza pediatrici e nei pronto soccorso pediatrici ^{2 3 4}. Così è stato evidenziato che la stragrande maggioranza (80%) dei bambini definiti immigrati nasce in Italia, con una prevalenza decrescente dal Nord al Sud; ciò appare in relazione alla diversa distribuzione nel territorio nazionale delle famiglie immigrate collegata alle maggiori possibilità di lavoro nell'Italia settentrionale che favoriscono l'insediamento stabile dei genitori.

Nei nati da genitori immigrati sono più frequenti, rispetto ai nati da genitori italiani ², la prematurità, il basso peso alla nascita, l'asfissia neonatale, alcune infezioni trasmesse dalla madre e la mortalità perinatale. Tali condizioni sono correlate a condizioni di svantaggio socio-culturale ed economico delle famiglie immigrate nonché a mancanza di controlli sanitari della gestante durante la gravidanza.

Nelle età successive a quella neonatale ^{3 4} si è osservato nel corso degli anni un progressivo aumento del numero delle prestazioni fornite dal SSN (Reparti di Degenza e Pronto Soccorso). Gli stati morbosi più frequentemente osservati sono acuti e aspeci-

Tab. 1. Distribuzione degli stranieri residenti in Italia (Dati ISTAT al 31/12/99).

Nord	700.075
Centro	363.378
Sud e Isole	207.100
Totale	1.270.075

Marocco	147.783
Albania	93.601
Filippine	59.272
Ex Jugoslavia	51.472
Tunisia	50.472
Altri	838.485
Totale	1.270.553

Tab. 2. Paese di origine degli stranieri residenti (Dati ISTAT al 31/12/99).

fici (faringiti febbrili, bronchiti, enteriti acute, traumi) e comuni a quelli del bambino italiano, anche se condizionati sfavorevolmente da situazioni di svantaggio socio-sanitario quali il basso reddito familiare, le carenze igienico abitative e la clandestinità dei genitori. Quest'ultima condizione comporta chiare difficoltà di accesso al SSN e di conseguenza spiega perché numerosi bambini immigrati non sono vaccinati o hanno eseguito cicli vaccinali incompleti. Eccezionali sono invece nei bambini immigrati le malattie esotiche o da importazione, anche se queste debbono essere sempre sospettate ogni qual volta ci si trova di fronte a bambini immigrati da poco tempo e con un quadro clinico inconsueto.

I problemi nutrizionali del bambino immigrato (ritardo di crescita, rachitismo, anemia sideropenica) non sono di solito particolarmente gravi e risultano più comuni nelle famiglie immigrate da poco perché le loro condizioni di vita sono più precarie. Tali disturbi sono da collegare a fattori di rischio alimentare secondari alle abitudini alimentari delle popolazioni immigrate, nonché alle loro scadenti condizioni socio economiche al momento dell'arrivo in Italia: allattamento al seno prolun-

gato, divezzamento tardivo, ritardata assunzione di carne, regimi alimentari vegetariani. Situazioni di intolleranza alimentare possono peraltro presentarsi nel bambino immigrato di recente, a causa di regimi alimentari diversi da quelli del paese di origine.

La condizione di bambino immigrato è associata anche a problemi di comunicazione linguistica e di differenze culturali-religiose che possono creare difficoltà scolastiche, tendenza all'isolamento e conflitti di identità.

Pressoché costante, anche se in lieve aumento rispetto al passato e provenienti in questi ultimi anni prevalentemente dall'Est Europa anziché dal Sud America e dall'India, sono i bambini che arrivano in Italia a seguito di adozione internazionale (circa 3.000 ogni anno). Essi provengono quasi sempre da situazioni di abbandono e di deprivazione secondaria a precedenti ricoveri istituzionali e presentano al loro arrivo in Italia malnutrizione e problemi psicologici, legati a precedenti maltrattamenti. Tuttavia essi in breve tempo superano facilmente tali situazioni perché vivono in famiglie benestanti e motivate psicologicamente che sono in grado di favorirne l'inserimento nella nostra società.

I nomadi invece costituiscono una categoria difficile da gestire perché hanno uno stile di vita diverso da quello della restante popolazione, dalla quale mantengono un distacco culturale profondo⁵. Risiedono in gruppi insediati in baracche e vivono in aree periferiche della città non dotate di infrastrutture (acqua corrente, fognature, raccolta dei rifiuti, ecc.). La struttura portante della loro società è la famiglia ed al suo centro vi sono i figli che sono considerati fonte di ricchezza. Le ragazze si sposano giovanissime (tra i 14 ed i 16 anni) ed hanno una prole sempre numerosa (6-8 figli). Il tasso di analfabetismo è elevatissimo, e gli zingari rifiutano ogni tipo di lavoro che sia continuativo o subordinato. Tutto ciò favorisce l'accontentamento, la chiromanzia ed i piccoli furti, che secondo le tradizioni degli zingari non costituiscono reato.

Anche il concetto di "salute" dei nomadi è diverso da quello comune. Essi riconoscono come importante solo la malattia acuta e grave, e non condividono i nostri modelli di prevenzione. Così la copertura vaccinale è bassissima e la gestante durante la gravidanza non esegue controlli sanitari. Ciò spiega perché sono particolarmente frequenti tra gli zingari la nati-

mortalità, il basso peso alla nascita, la prematurità ed in genere tutte le malattie neonatali. Nelle età successive le nostre conoscenze sono limitate agli accessi al pronto soccorso ed ai ricoveri ospedalieri: la fascia di età più interessata è quella del primo anno e le degenze sono quasi sempre secondarie a malattie acute banali: bronchiti acute, faringiti acute, gastroenteriti, infezioni cutanee, ecc.

Categoria a parte costituiscono i profughi di guerra che negli ultimi anni, con provenienza anche questi soprattutto dai Paesi dell'Est Europa, sono in aumento. Essi all'arrivo in Italia presentano gravi carenze nutrizionali e malattie infettive secondarie alla malnutrizione ed alle cattive condizioni igienico sanitarie che hanno preceduto l'arrivo nella nostra nazione. Una volta superate tali situazioni buona parte di loro presenta inoltre gravi problemi di inserimento nella nuova società legati a diversità linguistiche e culturali, e disturbi del comportamento riconducibili ai traumi psicologici della guerra (separazione violenta dai genitori o morte di questi, allontanamento violento dalle proprie tradizioni religiose e culturali, nonché dalle abitudini familiari).

In conclusione, le problematiche legate al bambino immigrato sono numerose, varie in relazione alle diverse modalità con cui essi arrivano in Italia, e per molti versi ancora irrisolte. Esse appaiono inoltre in rapida espansione a causa dell'aumento progressivo del numero dei bambini stranieri nella no-

stra nazione. In ogni caso ciò che importa sottolineare è il loro disagio sociale (precarità abitativa con scadenti condizioni igieniche ed alimentari, promiscuità e sovraffollamento, povertà, clandestinità, difficoltà di inserimento nella scuola e nella società in genere, ecc.). Tutto ciò comporta un aumentato rischio per lo stato di salute di cui è un esempio l'infezione tubercolare che trova terreno fertile per evol-

vere in malattia nelle sfavorevoli condizioni di vita in cui vivono gli immigrati. Molta attenzione deve essere posta quindi al miglioramento di queste condizioni di precarietà ed all'integrazione del bambino immigrato e della sua famiglia nella nostra società. È facile intuire che solo con questa politica sociosanitaria sarà possibile influenzare positivamente lo stato di salute del bambino immigrato.

Bibliografia

- ¹ Caritas Diocesana di Roma, *Immigrazione*, Dossier statistico 2000, Anterem Edizioni.
- ² Cataldo F. ed il GLNBI, *Newborns from immigrant parents in Italy : a multicentre study of the study group on immigrated child of SIP*, Atti di Euro Pediatrics 2000, Roma 2000.
- ³ Cataldo F. ed il GLNBI, *Hospital admission of immigrated child: an italian multicentre study*, Atti di Euro Pediatrics 2000, Roma 2000.
- ⁴ Cataldo F. ed il GLNBI, *Immigrated child and first aid station: an italian multicentre study*, Atti di Euro Pediatrics 2000, Roma 2000.
- ⁵ Acerbi L., Porcu R., *Il Bambino zingaro*, 1° Congresso Nazionale del GLNBI. Novara, dicembre 1998, Riv. Ital. Ped. 1999; 25/Suppl. 3: 31-33.

Maria Giovanna Caccialupi
Psicologa, Responsabile "Centro
Salute Donne Straniere e loro
Bambini", A.S. Città di Bologna

Un'occasione di cambiamento

Quando arriva la donna straniera, per il ricongiungimento familiare, inizia un processo di stabilizzazione del fenomeno migratorio e, contestualmente, inizia la ineludibile necessità di interazione, con gli atteggiamenti, i comportamenti della società che accoglie il nucleo familiare, sia a livello individuale che istituzionale. Fra le donne italiane - operatrici nel contesto lavorativo sanitario, oppure appartenenti a delle professioni, in maggior parte esercitate da uomini - e le donne straniere che arrivano, possono esistere dei pregiudizi reciproci che non favoriscono il riconoscimento della somiglianza oltre che della differenza.

In tutte le mie esperienze lavorative di formazione, ho sempre pensato che lo sguardo femminile non ignora i conflitti e, ha imparato, da

secoli, ad attraversarli. Sicuramente il primo conflitto è l'identità. Le donne che arrivano da diverse culture, hanno un'identità che è stata creata per loro dalle istituzioni, dalle tradizioni, dalla mitologia.

In Occidente, quasi esclusivamente, la donna ha spezzato progressivamente nell'ultimo secolo questo determinismo; ha iniziato un processo di ricerca di una propria identità, utilizzando spesso modalità di cooperazione, negoziazione, mediazione che, credo, le appartengano per genere.

L'incontro con la donna straniera, la necessità di andare a questo incontro di esperienze, storie, culture diverse dalle nostre, si basa sulla costruzione di un sapere sul rapporto fra i sessi, sulla sessualità, sul matrimonio, sull'allevamento dei figli, sulle cure, che ha bisogno di tempo e di

un ascolto in profondità delle storie individuali.

Proverei ad avanzare alcune considerazioni ulteriori, circoscritte al contesto socio-sanitario e materno-infantile, sottolineando il fatto che, il cambiamento riguarda i due attori, che devono tendere a negoziare insieme.

Gli operatori sanitari appaiono oggi competenti, propensi al confronto inter-disciplinare specialistico, in possesso di saperi, di tecnologie, di protocolli operativi mirati, specifici. Ma l'arrivo della donna straniera ha rimesso in primo piano la centralità del colloquio medico-paziente, quale luogo privilegiato dell'ascolto, della relazione e, non esclusivamente dell'indicazione della prescrizione, del "devi seguire"; ecc. ecc.

Paradossalmente, proprio quando la prescrizione si fa impossibile, per ostacoli lin-

guistici, culturali ed altro, si può ricominciare a riconoscere i limiti intrinseci e vengono in primo piano gli aspetti dinamici, gli aspetti di comunicazione. Assumere questo dato come elemento importante per la costruzione di un modello organizzativo di servizi materno-infantili, collude spesso con i modelli verticali centrati sull'erogazione della prestazione e comporta una rivisitazione delle modalità di accesso, di accoglienza, di dimissione dei tempi, dei modi, degli spazi. Direi, infatti, che la criticità dei percorsi sanitari, che oggi siamo chiamati a definire (con quei famosi diagrammi di flusso) con trasparenza e in condivisione con gli utenti, con la donna straniera nell'ambito materno-infantile, riguardano essenzialmente tre questioni fondamentali:

1. Le procedure di accoglienza.
2. L'umanizzazione delle cure e degli spazi delle strutture.
3. Il processo di mediazione culturale e la presenza di mediatrici culturali.

Le procedure di accoglienza devono essere individuate caso per caso, con la prioritaria finalità di consentire la lettura della domanda di cura o di salute e l'eventuale risposta che abbiamo a disposizione. Ciò non può essere fatto settorialmente, ma in modo interdisciplinare, secondo un approccio interculturale cui siamo stati formati e alla presenza di mediatrici culturali.

Il primo accesso alla struttura sanitaria non può che avvenire, simbolicamente, attorno ad un tavolo rotondo. Così come a scuola, da alcuni anni, la sistemazione dei banchi rispetto alla cattedra, ad esempio, è uno degli indicatori dell'approccio educativo, così anche noi dobbiamo modificare concretamente l'ambiente.

L'altra grande trasformazione riguarda i processi di umanizzazione, di assistenza, delle cure, eccetera, richie-

sta a gran voce anche dalle stesse donne italiane, quando chiedono per il parto a domicilio, la casa di maternità, ecc.

Nelle strutture sanitarie, perché vengano accolte donne straniere, devono avvenire delle trasformazioni radicali sugli aspetti strutturali e in particolare sugli spazi, rispettosi delle diverse esigenze. Certo è un'impresa difficile ma cominciando a realizzarla si scopre che è una strada non aperta, neppure per le donne autoctone e, condividere una criticità, è di stimolo per andare oltre alle differenze.

Nei diversi casi di supervisione, per esempio, le operatrici che lavorano con le immigrate, in qualunque organizzazione, hanno spesso contestato come e quanto gli elementi strutturali, del luogo di erogazione delle cure, appaiono alle donne straniere immediatamente così come sono: autoreferenziali, rispetto alle istituzioni e agli operatori; non pensati per tutte le utenti, italiane e non; ostacolanti l'inizio o il

proseguimento delle cure e della loro efficacia. Sull'umanizzazione si dovrebbero analizzare protocolli costruiti dai sanitari, spesso in un modo separato, lontano dalle analisi delle reali esigenze e di cui potrebbero venire in primo piano gli aspetti di ridondanza, di inutilità e forse di accanimento.

La terza criticità: il processo di mediazione culturale e la presenza delle mediatrici, che pure sta diventando un'esperienza importante in diverse sedi consultoriali e ospedaliere.

Mi limito a considerare questo tema esclusivamente dal punto di vista della organizzazione facendo riferimento alla mia esperienza che, nel 1991, ha costituito il primo consultorio, "Centro salute donne straniere e loro bambini", pubblico, ad accesso diretto, gratuito per la donna, a qualunque titolo fosse in Italia, con un'équipe di sole donne e con le mediatrici culturali arabe e cinesi direttamente pagate dall'USL.

La presenza delle mediatrici e il processo di mediazione culturale degli operatori, sono due elementi che devono far parte della cultura dell'organizzazione e che l'organizzazione deve mantenere compresenti e correlati.

L'indicatore "personale-sanitario, formato secondo approccio interculturale", da solo non è sufficiente a garantire, alla donna straniera, di poter ricevere una risposta rispettosa delle sue aspettative di salute; neanche l'indicatore "presenza di mediatrice" lo garantisce. L'organizzazione socio-sanitaria deve mettere in atto, nella definizione delle cure, l'elaborazione di percorsi, di processualità, in cui la lettura della domanda e la definizione della risposta avvengono attraverso la negoziazione dei saperi, attraverso i criteri della flessibilità, indicatori di qualità e restituzione dei risultati; si tratta di costruire una concreta alleanza fra utente e istituzione sanitaria, che è, in fondo, quello che siamo tenuti a fare per tutti.

Claudia Livi
Ginecologa, Consultori per
Extracomunitari, A.S. Firenze

L'organizzazione consultoriale

In questo intervento vi esporrò i dati relativi e l'organizzazione del Consultorio di Firenze, San Donnino, frutto di una discussione, a volte appassionata, che si svolge abbastanza frequentemente con gli altri operato-

ri, sempre dello stesso Consultorio, con i quali ho la fortuna di dividere questo percorso e, soprattutto, con i quali mi trovo a mio agio ed in accordo. In particolare modo il mio contributo deriva dal lavoro di gruppo fatto con

la pediatra, con la mediatrice linguistico-culturale e con l'ostetrica.

Parlo del Consultorio di San Donnino ma, tutti e quattro i consultori di Firenze, due per l'etnia cinese e due multietnici, ricalcano lo stesso mo-

dello. In ogni caso, il Consultorio ginecologico è strutturato con personale femminile e, in particolare ci lavorano l'ostetrica, oltre alla ginecologa e alla mediatrice linguistico-culturale; nella Pediatria, oltre alla pediatra e alla mediatrice, nella équipe c'è l'assistente sanitaria.

Quando i consultori sono stati istituiti, ci siamo trovati subito di fronte al problema che i servizi sanitari fossero poco conosciuti per la diffi-

coltà, da parte degli immigrati, di accedere alle comuni fonti di informazione.

Un primo approccio è stato quello di fare delle "brochure" multilingue, sempre più complete e oggi distribuite in tutti i consultori e luoghi di cura; ci siamo anche serviti di radio locali, in particolare di "Contro Radio", che ha istituito da diversi anni dei bollettini informativi multilingue. L'utenza afferita, fin dall'inizio, è stata molto numerosa: i dati relativi ai quattro consultori dell'Azienda riguardano le prime visite ginecologiche, le successive visite, la consegna dei libretti di gravidanza e i certificati di interruzione volontaria. Come si può vedere, le visite successive costituiscono una buona fetta delle consulenze totali e questo ci conforta, perché vuol dire che il servizio è fruito dagli utenti.

D'altra parte, proprio per la richiesta elevata, ci siamo trovati di fronte a file e tempi di sosta lunghissimi davanti al Consultorio.

I tentativi di soluzione sono stati di istituire un giorno su appuntamento e operare un filtro telefonico. Nella fase iniziale i risultati sono stati caotici, per la sottovalutazione e per l'ignoranza dei vincoli dell'organizzazione sanitaria, che risultano complessi e farraginosi, soprattutto per un immigrato che non ha ancora confidenza con i meandri del nostro sistema sanitario.

La situazione è diventata poi accettabile, per la comprensione da parte delle donne immigrate, del vantaggio dato dalla minore perdita di

tempo, dal risparmio, ad esempio, della fila notturna. L'andamento degli utenti del Consultorio ginecologico di San Donnino, con il numero di accessi e di prime visite, si mantiene abbastanza costante nel corso degli anni.

Nella strutturazione del servizio è stato necessario tenere conto che l'immigrato si rivolge al servizio generalmente solo quando la malattia è conclamata e, nel particolare, abbiamo ritenuto di tener conto della percezione personale, sociale e culturale di stati fisiologici, come ad esempio, la gravidanza. È stato proprio dalla valutazione di alcuni dati, in particolare modo per esempio dalla constatazione che nel 1998, soltanto il 34% delle donne cinesi afferite al Consultorio per il controllo della gravidanza ha fatto la prima visita entro la dodicesima settimana. Ciò naturalmente si ripercuote sulla corretta valutazione dei ritardi di crescita intrauterini e, in generale, della patologia in gravidanza. Noi seguiamo moltissime gravidanze, perché l'età media delle pazienti è di ventisei anni, è una popolazione giovane e che abbastanza rapidamente, quando arriva in Italia, fa il primo figlio.

Il ritardo alla prima visita condiziona il numero dei controlli eseguiti in gravidanza: infatti i risultati del piano attuativo locale mostrano che il 46% circa delle donne cinesi non effettua un solo controllo in gravidanza, contro il 16% delle asiatiche e il 24% delle donne provenienti dall'America del Sud. Questo a sua volta condiziona il segui-

re o no il protocollo regionale, previsto per il controllo della gravidanza fisiologica.

La Toscana, infatti, si è dotata di uno strumento abbastanza snello per la gravidanza fisiologica: un blocchetto prestampato viene consegnato a tutte le donne in gravidanza al momento in cui si presentano allo sportello amministrativo, con il test di gravidanza effettuato. Il blocchetto contiene tutti gli esami ematochimici da fare in gravidanza, con l'indicazione della settimana di gravidanza in cui devono essere effettuati. È uno strumento che ha messo un po' di ordine anche nella grande mole di esami che venivano richiesti.

Il Consultorio per extracomunitari può consegnare direttamente il libretto alla paziente, nel momento in cui si presenta per essere seguita in gravidanza.

Valutando l'osservazione del protocollo regionale, solo il 25% delle donne cinesi lo effettuò, contro il 66% delle donne provenienti dall'Asia.

Durante la prima visita, tra l'équipe e la donna con il marito si svolge un colloquio sulle abitudini di lavoro, soprattutto sui tempi dedicati al lavoro, che è una voce specifica della nostra cartella ostetrica; le donne cinesi, infatti, dedicano al lavoro da quindici a diciotto ore giornaliere. Questo significa, per esempio, disturbi legati alle posture particolari che assumono durante il lavoro stesso. Riteniamo che siano fondamentali le informazioni sull'importanza dei controlli regolari, la consegna del libretto della gravi-

danza e la consegna di informazioni scritte per l'esecuzione dei vari accertamenti: questo perché ci siamo resi conto che, specialmente per l'etnia cinese che vive in gruppi estremamente chiusi, diventava molto difficile fare eseguire degli esami, anche banali, come un emocromo o un esame delle urine, proprio perché le pazienti non sapevano dove andare. Per questo motivo la mediatrice linguistico-culturale ha pensato di dare delle informazioni scritte dove sono riportati gli indirizzi dei vari ospedali, con le istruzioni delle modalità per l'esecuzione dei vari esami.

I risultati sono stati: un buon controllo della gravidanza, sono state effettuate almeno due visite nel Consultorio e c'è stato un costante abbassamento del periodo in cui cade la prima visita (nel 1994 la prima visita avviene intorno alle 20 settimane, nel 1999 siamo scesi alle 12-13 settimane). Questo ci riporta al discorso sulla flessibilità dei protocolli. Per necessità e convinzione, abbiamo snellito ulteriormente il protocollo della regione Toscana, già abbastanza snello rispetto ad altri, che ci ha consentito un buon controllo ed esiti della gravidanza comunque buoni. Questo non deve però essere particolarmente enfatizzato perché, come ci dicono i pediatri, le donne cinesi hanno una bassissima percentuale di cesarei, i bambini hanno un peso medio alla nascita superiore alla media, sono quindi sostanzialmente bambini sani. Viene rispettata in pieno quella che è nota come "la

teoria del migrante sano", cioè, di norma, la persona che emigra è sempre quella in condizioni sanitarie e fisiche migliori, rispetto a chi rimane a casa e, non ultimo, per quanto riguarda in particolare la gravidanza e il parto, l'età decisamente bassa delle partorienti.

È necessario far presente che, nell'ambito del Consultorio, ci sono più funzioni: sanitarie, informative ed amministrative; questo ha fatto sì che nello stesso luogo sia presente anche il Consultorio pediatrico. In particolare, nel 1996 il Consultorio per bambini cinesi ha avuto il 96% di vaccinazioni tra quelli afferiti al Consultorio.

I problemi relativi ai dati forniti dal Consultorio sono in relazioni alle caratteristiche delle popolazioni che sono arrivate. Flussi con caratteristiche di primo-migranti, hanno bisogno di interventi di urgenza e, quindi, il collegamento è necessario con le strutture di ricovero. I collegamenti però risultano del tutto inesistenti istituzionalmente e sempre sulla base di relazioni personali. Spesso, in caso di ricovero, il rilascio del cartellino di dimissione è senza l'indicazione dell'intervento, probabilmente perché la signora non parla italiano e, soprattutto, senza lettera al medico curante per poter effettuare la terapia domiciliare e gli eventuali controlli.

Quando però i flussi sono in fase di stabilizzazione, i bisogni diventano di vera e propria cittadinanza, tenendo presente che con il ricongiungimento familiare, arrivano anche persone anziane, anche i genitori della coppia. Allora diventa importante il collegamento con il medico, con la Medicina di base, anche questo purtroppo, inesistente. A parte l'alta percentuale di utenti non in regola con il Servizio sanitario nazionale, che sta comunque diminuendo nel corso degli ultimi anni, molti hanno un medico segnalato sul libretto. Il medico rimane solo un nome, poiché nessun medico, fino ad ora, ha sentito il bisogno di creare un collegamento con la mediatrice linguistico-culturale o con i consultori, pur non rinunciando alla quota pro-capite annuale. Questo favorisce lo sviluppo di ambulatori e strutture parasanitarie clandestine, che sono gestite da personale non qualificato.

Il Consultorio pediatrico ci dice che, nei primi anni di vita dei bambini, i genitori sono totalmente compartecipanti nell'accudimento dei figli, hanno una grande attenzione ai bisogni dei loro figli. Con l'età, con la scolarizzazione, emergono bisogni legati alla condivisione di attività extralavorative e si verificano condizioni di disagio, con abitudini che mimano

l'abbandono. Ad esempio, i bambini si presentano al Consultorio pediatrico spesso da soli. In questo caso è importante formare delle abitudini che abbiano una valenza educativa, come il non accettare, per le vaccinazioni, bambini non accompagnati. La conseguenza di queste situazioni disagiate, per un altissimo impiego come forza lavoro in orario extrascolastico, è di un grosso aumento degli infortuni dei bambini. Il problema è come gestire questo problema. Una possibile soluzione riguarda l'inserimento nelle attività ricreative, che si effettuano durante l'estate.

Un altro problema è quello delle gestioni dei casi limite. C'è la necessità assoluta di un coordinamento tra servizi flessibili, non rigidamente competenti per territorio, perché se si entra nella logica della competenza territoriale non è possibile nessun tipo di gestione. In questi anni si sono raggiunti degli obiettivi, ad esempio i consultori ginecologico e pediatrico sono diventati dei punti di riferimento. Per il Consultorio pediatrico, in particolare, si è arrivati ad una copertura vaccinale sovrapponibile a quella della popolazione italiana, con una buona osservanza del calendario.

I prossimi obiettivi: per il Consultorio pediatrico, la possibilità di tamponare per i casi difficili e una maggiore confidenza con i servizi istituzionalmente predisposti.

Per il Consultorio ginecologico pensiamo che il passo successivo sarà un programma capillare di educazione sanitaria, perché l'emergenza contraccettiva, soprattutto l'uso dell'aborto come metodo contraccettivo, lo richiede.

Cosa vorremmo noi del Consultorio? Che sia possibile l'attivazione di percorsi non privilegiati ma più facili, con le strutture deputate agli accertamenti e con le strutture di ricovero e, anche, che le istituzioni capiscano il ruolo del Consultorio nella sua funzione di cerniera tra la gestione dell'emergenza e l'inserimento successivo.

In fondo, avere dei servizi che comunque piacerebbero non solo agli extracomunitari ma anche agli italiani, servizi semplici per poterne usufruire nel modo migliore, per prestazioni utili e comprensibili, perché d'altra parte lo scenario di utenza multietnica è sempre più marcato ed è assolutamente anacronistico continuare a considerare la presenza dello straniero nei servizi come eccezionale, perché l'utente straniero sarà l'utente dei servizi pubblici di domani.

Per ultimo, ma non ultimo, vorrei ringraziare tutti i pediatri, le ginecologhe, le ostetriche, le assistenti sanitarie e le mediatrici linguistico-culturali che lavorano in questo progetto.

Luisa Cattaneo
Psicologa, Associazione Crinali,
Milano

La mediatrice culturale

Presento brevemente l'associazione CRINALI: è un'associazione senza fini di lucro di ricerca, cooperazione, formazione interculturale fra donne, che ha sede a Milano.

L'interesse per la mediazione culturale è maturato per noi in un orizzonte più vasto di incontro e confronto con donne di altre culture, che stiamo praticando sia nel nostro paese con le donne immigrate, sia nei paesi di origine, attraverso progetti di cooperazioni internazionali. Abbiamo attivato in questi anni corsi di formazione per mediatrici linguistico culturali specializzate a lavorare nei servizi materno infantili; l'attenzione particolare a questi servizi nasce dall'interesse storico della nostra associazione per i temi della sessualità e della maternità, che sono al centro di tutti i processi di identificazione femminile in tutte le culture. Uno dei fuochi della nostra ricerca è infatti il processo di costruzione dell'identità femminile e il suo intreccio con le diversità culturali dei contesti in cui avviene.

Abbiamo realizzato la formazione delle mediatrici culturali all'interno di un progetto europeo triennale, *Les femmes relais promotrices de l'intégration* in cui ci siamo confrontate con altre associazioni, che operano in questo campo in Germania, Olanda,

Francia e Belgio. All'interno di questo confronto ci siamo rese conto che la figura della mediatrice culturale non è legata ad una fase di emergenza, o a una prima fase di migrazione, tanto è vero che paesi con storie molto antiche di immigrazione, come per esempio la Francia, sono molto interessati a sviluppare oggi processi di mediazione culturale e a formare queste figure. L'interesse è legato piuttosto alle politiche che i paesi europei mettono a punto nell'accogliere la popolazione immigrata. Le politiche possibili, che sono state praticate in Europa, rispetto alla migrazione, sono la politica di assimilazione, una politica di isolamento e una politica di integrazione.

Nelle politiche di assimilazione (tipiche della Francia e anche dell'Italia per quanto riguarda l'immigrazione interna dal sud al nord negli anni '50) il migrante è sollecitato a inserirsi nella società ospitante negando la propria diversità; l'obiettivo è quello di prescindere dalla sua cultura d'origine affinché assimili il più possibile la lingua della società ospitante.

L'isolamento della comunità straniera (è la strategia per esempio adottata dalla Svizzera per molti anni rispetto agli immigrati italiani) è caratterizzato dal fatto che non viene ricercato uno scambio con gli immigrati,

che pur lavorando nello stato ospitante hanno loro quartieri di abitazioni, loro scuole ecc. Ciascuna comunità, quella ospitante e quella ospitata, tendono a mantenere immutate le loro abitudini culturali e a non mescolarsi.

Nelle politiche di integrazione migrante e società ospitante cercano lo scambio e la contaminazione reciproca. Entrambe le culture vengono considerate ugualmente degne di rispetto, si cercano i punti di contatto e la diversità fra individui e gruppi oltre che modalità di regolamentazione degli inevitabili conflitti.

La difficoltà nel realizzare concretamente questa ultima opzione dipende soprattutto dal fatto che essa richiede alle istituzioni e agli individui una relazione di reciprocità con l'altro pur nel rispetto delle differenze di posizione e di ruolo.

È evidente che l'interesse per figure e processi di mediazione linguistico culturali si iscrivono e prendono senso esclusivamente in una politica di integrazione, che a volte i governi sono spinti a intraprendere sull'onda degli insuccessi delle politiche di assimilazione, come per esempio è il caso della Francia in questi anni.

La legge Turco che regola i processi migratori in Italia sembra improntata a uno spi-

rito di questo genere pur con le grandi difficoltà di realizzazione pratica che tutti i giorni tocchiamo con mano. La figura professionale della mediatrice linguistico culturale

Noi pensiamo che quella della mediatrice culturale sia una professione. È una professione del sociale, ed è una professione di cura.

Di chi si prende cura la mediatrice culturale?

Prima di tutto delle utenti, nel senso che ne facilita l'accesso ai servizi e li rende riconoscibili ai loro occhi sul territorio. Per esempio, da quando è presente una mediatrice culturale cinese presso il Centro di salute e ascolto per le donne immigrate dell'ospedale San Paolo, c'è stato un immediato aumento dell'accesso delle donne cinesi.

La mediatrice culturale, inoltre, rende possibile la comunicazione dei propri bisogni da parte delle utenti, che possono così dare voce alle loro richieste, orienta nello spazio urbano e istituzionale, aiuta e accompagna le donne straniere all'interno delle città e dei servizi. Rende possibile la comprensione delle logiche di funzionamento delle istituzioni italiane che, difficili da capire per noi, sono incomprensibili per le donne appena arrivate, decodifica i comportamenti delle operatrici italiane, cioè aiuta le donne immigrate a capire i comportamenti e i messaggi delle operatrici, non solo in termini di prescrizioni mediche. La mediatrice favorisce processi di identificazione positiva nel senso che essa è

una donna straniera che dimostra, con la sua stessa presenza, che è possibile sperare in un inserimento sociale positivo.

Oltre che delle utenti immigrate la mediatrice culturale deve prendersi cura anche della operatrice italiana e, in particolare, del disagio che prova nel non potere comprendere le richieste che le vengono portate, cioè della difficoltà di esercitare adeguatamente il proprio ruolo in assenza di comunicazione. Uno degli obiettivi prioritari di questa nuova figura professionale è dunque quello di aiutare le operatrici a decodificare, da un punto di vista linguistico e culturale, le richieste e i comportamenti delle utenti e, sull'altro versante, di farsi capire da loro. La mediatrice culturale in sostanza si prende cura della relazione fra le due e, rende possibile una relazione rispettosa della cultura e della soggettività di entrambe.

Quando parliamo di cultura intendiamo la cultura vissuta, rielaborata individualmente dalla persona.

Non siamo infatti particolarmente rispettose dei sistemi culturali; tutti, compreso il nostro, sono infatti patriarcali, caratterizzati da uno squilibrio nei rapporti di potere fra i sessi.

A tutte le latitudini le donne del mondo stanno portando avanti una critica ai sistemi sociali patriarcali per modificare la propria condizione sociale e personale.

Siamo invece molto rispettose della soggettività singola, della donna che arriva e che è

portatrice di una sua cultura che va capita e rispettata.

La mediatrice linguistico culturale deve quindi occupare una posizione di terzo, essa cioè non è né l'avvocata dei diritti delle donne immigrate, né l'agente di adattamento al servizio di questa nuova utenza. Deve piuttosto facilitare la comprensione fra le due attrici della scena, l'utente e l'operatrice, sapendo comprendere e identificarsi, di volta in volta, nell'una e nell'altra. In questa posizione il tema della vicinanza e della distanza è centrale, come in tutte le professioni di cura; la complessità in più, qui, è che la mediatrice deve misurare distanza e vicinanza non solo rispetto all'utente, ma anche rispetto all'operatrice.

I criteri di selezione

Per svolgere una professione come quella della mediatrice linguistico culturale occorre, a nostro parere, possedere alcuni requisiti.

In primo luogo occorre essere una donna straniera, immigrata in Italia da un certo numero di anni, che ha avuto il tempo, la voglia e la capacità di elaborare personalmente la propria appartenenza a due mondi; solo in questo caso potrà aiutare altre donne a fare questo stesso cammino. Deve avere un titolo di studio di scuola media superiore, o un numero di anni di scuola equivalente, conseguito nel paese d'origine, una discreta conoscenza della lingua italiana, buone attitudini relazionali. Deve inoltre aver frequentato un corso di formazione adeguato che l'addestri

alla professione di mediatrice linguistico culturale.

Un modello di lavoro

Inserire nei servizi la mediatrice linguistico culturale non è sufficiente a garantire un'assistenza adeguata alle donne immigrate e alle loro famiglie.

Spesso quando ciò è avvenuto senza nessuna progettualità del servizio interessato si sono verificati fallimenti dolorosi per tutti gli attori coinvolti. Nella metodologia della nostra associazione è previsto che il servizio faccia un progetto e preveda una serie di modifiche organizzative che permettano un lavoro proficuo della mediatrice insieme alle operatrici italiane. Per esempio nei consultori familiari di Milano e provincia il servizio nomina una referente interna per la mediatrice che possa essere da tramite quotidiano con l'équipe e sia responsabile dell'organizzazione del lavoro con le donne immigrate. La mediatrice è presente per una o due mezzeggiate settimanali nelle quali vengono concentrati gli appuntamenti delle donne straniere utenti del consultorio e programmate le varie attività, per esempio corsi di preparazione al parto. È previsto un colloquio d'accoglienza fatto insieme da mediatrice e operatrice italiana; il colloquio ha l'obiettivo da un lato di comprendere i bisogni della donna e le sue eventuali paure o curiosità nell'accedere per la prima volta al servizio, ed all'altra di far conoscere alla donna stessa il funzionamento del consultorio e le prestazioni

che da esso può ricevere. Solo dopo il colloquio di accoglienza si passa alla prestazione richiesta. La mediatrice è presente se la donna lo desidera nelle visite mediche, nei colloqui sociali e psicologici. È prevista, dopo una valutazione fatta insieme dalla mediatrice e dalla referente, la possibilità che la donna venga accompagnata in altri servizi del territorio. La mediatrice partecipa alle riunioni di équipe e si sta costruendo, pur con fatica, una rete fra i servizi del territorio e gli enti ospedalieri.

Per quanto riguarda gli ospedali il modello che stiamo sperimentando all'ospedale San Paolo e San Carlo nei Centri di salute e ascolto per le donne immigrate, di cui hanno già parlato in precedenza le colleghe di Milano, prevede in primo luogo un approccio integrato tra aspetti medici e psicosociali alla salute e alle richieste delle utenti; un approccio del genere è nuovo per l'ospedale e prevede una integrazione e una mediazione culturale in primo luogo tra le culture professionali diverse di cui sono portatrici le operatrici italiane. Sono presenti inoltre mediatri linguistico culturali di diversa provenienza cinese, marocchina, algerina, filippina, ecuadoregna); sono una presenza costante nell'équipe e il loro contributo è importante nei diversi momenti del lavoro, dall'accoglienza alla visita ginecologica o al colloquio psicologico, alle dimissioni della mamma e del neonato dal reparto. Inoltre pensiamo che una formazione adeguata debba es-

sere data anche alle operatrici/operatori italiani, che si trovano a dover ripensare al proprio modo di lavorare e comunicare con donne e famiglie provenienti da contesti culturali diversi, e hanno bisogno di nuovi strumenti teorici. In questo ultimo anno abbiamo organizzato una formazione alla clinica transculturale, comune a operatrici/ori dei consultori familiari, degli ospedali e alle mediatrici linguistiche culturali gestita da Marie Rose Moro e dalla sua équipe; M. Rose Moro dirige il Centro di consultazione etnopsichiatrica per le famiglie migranti di Bobigny, alla periferia di Parigi, facente parte dell'ospedale universitario Avicenne di Bobigny.

Il nostro modello di lavoro prevede quindi una formazione permanente per tutti, di cui sono parte integrante gli incontri mensili di supervisione condotti da M. Giovanna Caccialupi, all'interno dei quali è possibile nella discussione dei casi e delle difficoltà organizzative quotidiane calibrare la propria pratica, in primo luogo la relazione a volte difficile fra operatrici italiane e mediatrici linguistiche culturali. Lavorare con le donne immigrate infatti non è facile per nessuno, mette costantemente di fronte all'alterità culturale, che se non viene ignorata, è sempre perturbante e sollecita il cambiamento culturale e organizzativo del servizio stesso.

La formazione iniziale

Voglio dire, per concludere, due parole sulla formazione

iniziale ricevuta dalle mediatrici. Le prime mediatrici che hanno cominciato a lavorare con l'Associazione Crinali hanno seguito un corso di formazione iniziale organizzato dall'associazione stessa di circa mille ore, distribuite in due anni; nel corso la formazione teorica si è intrecciata al tirocinio pratico nei consultori e negli ospedali; si è trattato di una formazione specifica all'intervento nei servizi socio-sanitari del settore materno infantile. Le aree che sono state affrontate sono state le seguenti: area medico sanitaria, area sociale e psicologica, area giuridico legislativa, area comunicativa-relazionale in riferimento alla definizione del ruolo, area culturale antropologica.

Parte fondamentale della formazione, è la deontologia professionale, questo per noi è un punto qualificante su cui discutiamo tutti i giorni con le mediatrici che fanno parte della nostra associazione; abbiamo steso insieme un codice deontologico che tutte le mediatrici devono rispettare. Il percorso formativo e il codice deontologico sono più estesamente trattati nel libro "Sguardi a confronto" edito da Franco Angeli.

Voglio qui ricordare solo tre punti della deontologia: il segreto professionale, la traduzione corretta nei due sensi, la conoscenza e il rispetto dei principi di base su cui si fonda il servizio. Un esempio di questo ultimo aspetto è il rispetto del principio di autodeterminazione della donna; in casi di interruzione volontaria di gravidanze, noi abbia-

mo delle mediatrici, per esempio musulmane, che non si sentono di partecipare a questi processi decisionali della donna e fanno obiezione di coscienza. Si muovono quindi in una logica di dichiarazione della propria posizione, in modo che il servizio sappia su che cosa si è d'accordo o su che cosa no, e venga rispettato sia il principio di base su cui si fonda l'operato del servizio sia il diritto della mediatrice di non fare nulla che possa essere contrario ai propri principi religiosi o ad aspetti culturali del proprio quadro di riferimento.

Nodi critici

Il punto critico fondamentale delle esperienze in atto di mediazione culturale è la precarietà economica in cui vivono tutte le mediatrici, legata alla precarietà dei progetti. A Milano questi progetti sono finanziati dai fondi regionali della legge 40 sull'immigrazione che hanno durata annuale. I nuovi servizi attivati nei consultori familiari e negli ospedali attraverso questi finanziamenti annuali devono a questo punto essere assunti stabilmente dalle aziende ospedaliere e dalle aziende A.S.L. all'interno della loro struttura e dei loro bilanci; se questo non viene fatto non c'è vita e prospettiva per queste nuove esperienze e quindi per la nuova professione di mediatrice culturale.

Un altro punto critico collegato al primo è l'assenza di riconoscimenti istituzionali del profilo e quindi dell'iter formativo della mediatrice. Attorno a questa questione è

in corso una discussione a livello delle regioni e nazionale; un rischio che come associazione vediamo è che si attivi un processo di riconoscimento istituzionale che snaturi la figura così come si è andata delineando in questi anni; è un rischio riconoscibile in alcuni percorsi universitari che si stanno aprendo da cui le donne immigrate sono praticamente escluse per motivi strutturali, che vanno dal mancato riconoscimento dei titoli di studio ottenuti nei paesi d'origine ai costi di iscrizione e di frequenza.

I punti di attenzione riguardanti la prassi quotidiana riguardano a nostro parere la necessità di una formazione permanente, di una elaborazione continua della relazione a tre, utente, operatrice italiana, mediatrice culturale; nel rapporto operatrici italiane/mediatrici è presente per esempio il rischio della competizione, nel senso che, le operatrici si sentono, a volte, tagliate fuori dalla relazione con l'utente, mentre le mediatrici vedono a volte l'operatrice come una antagonista, invece che una persona con cui collaborare. Per quanto riguarda l'utente, uno dei rischi è quello che le mediatrici stesse si sentono rappresentanti delle utenti straniere, e invece di favorire la espressione della soggettività della donna ne diventano ostacolo. Questo rischio va continuamente monitorato; la supervisione comune a cui accennavo sopra ci sembra fondamentale, proprio per poter elaborare queste difficoltà.

Graziella Sacchetti, Laura Sacchi, Chiara Gregori

Clinica Ostetrico-Ginecologica,
Università degli Studi di Milano,
Azienda Ospedaliera S. Paolo,
Milano

L'organizzazione ospedaliera

Se ci chiediamo dove vanno gli utenti stranieri, soprattutto di prima immigrazione, quando hanno una domanda di salute, urgente o no, sul nostro territorio, la risposta è abbastanza semplice: la, nei loro Paesi, dove non esistono strutture sanitarie complicate, e qui, nel Paese di accoglienza, il luogo riconoscibile e riconosciuto dove ci si rivolge quando non si sta bene è il Pronto Soccorso (identificato anche simbolicamente - senza problemi di lingue diverse - dal segno della Croce Rossa). Ma quale impatto ha avuto, da un lato l'utente straniera e, dall'altro, l'operatore italiano di fronte a questa sempre più numerosa popolazione che ha "invaso" in questi ultimi anni i nostri Pronto Soccorsi? L'impatto è sicuramente "faticoso" per l'operatore e "respingente" per l'utente: la maggior parte delle volte la domanda non corrisponde a una reale urgenza; l'operatore, d'altro canto, in Pronto Soccorso è di solito stressato da molte emergenze, con poco tempo per l'ascolto. La *paziente straniera* invece è sicuramente una paziente che per *problemi linguistici* richiede più tempo, che spesso rende difficile una diagnosi *per impossibilità di una anamnesi corretta* e che, di conseguenza, può avere una *terapia inadeguata*. Va spesso quindi a

configurarsi una *situazione di conflitto*: l'operatore si innervosisce, la paziente non si sente ben curata e *perde fiducia* in quell'operatore e, a volte, anche nell'istituzione a cui si è rivolta.

Di fronte a questo tipo di situazione, un gruppo di operatrici e di operatori dell'Ospedale S. Paolo e dell'Ospedale S. Carlo di Milano hanno deciso di sperimentare un modello di organizzazione che *facilitasse da un lato l'accesso* delle donne straniere a tutte le strutture sanitarie pubbliche durante il loro percorso riproduttivo e, dall'altro, mettesse *gli operatori italiani* in condizione di *capire, diagnosticare e curare meglio* queste *nuove e diverse* pazienti.

Dal novembre 1999 presso due Ospedali di Milano, Ospedale S. Carlo e S. Paolo, si sono aperti due Centri di salute e ascolto per le donne immigrate e i loro bambini: questo progetto, che prevede la collaborazione di due Aziende ospedaliere, di "Criminali", un'Associazione del privato sociale di Milano che si occupa di cooperazione, formazione e ricerca tra donne del Nord e del Sud del mondo, è stato finanziato, tramite l'Ente locale Comune di Milano, dalla Regione Lombardia, Assessorato alla famiglia e Solidarietà sociale, sui fondi della Legge nazionale n. 40 sull'immigrazione.

Gli obiettivi del progetto sono:

- favorire un accesso migliore alle donne straniere ai servizi materno-infantili dell'Ospedale;
- rimuovere gli ostacoli linguistico culturali che impediscono la comunicazione;
- accogliere una domanda globale di assistenza in quanto le donne straniere stesse di solito non pongono solo una domanda di salute, ma spesso formulano una richiesta di aiuto per problemi sociali complessi come la casa e il lavoro;
- sviluppare una metodologia di mediazione culturale;
- sperimentare un modello organizzativo, che fosse riproducibile in altre strutture ospedaliere.

Il Centro prevede un'équipe di operatrici con competenze diverse, che lavorano però in modo integrato; è stata fatta una scelta specifica di genere, tutte le operatrici sono donne, in quanto in molte culture, non solo quella musulmana, le donne preferiscono affidarsi per i problemi riguardanti la maternità e il corpo femminile in genere a personale sanitario femminile (ma non sarà così anche per le donne italiane?). L'équipe è formata da una ginecologa, un'ostetrica, un'assistente sociale, una psicologa e una segretaria; inoltre, sono sempre presenti alcune mediatri-

ci linguistico culturali, che provengono dai paesi le cui donne, più frequentemente accedono ai due Ospedali - arabe, filippine, cinesi, latino-americane, albanesi. La maggior parte delle operatrici sono pagate dal progetto; 4 ore settimanali di una ginecologa e di una ostetrica, la segretaria, i locali e il 10% dei materiali di consumo e delle attrezzature sono fornite dall'Azienda ospedaliera.

Il Centro è aperto tre mezza giornate alla settimana (due mattine e un pomeriggio), l'accesso è libero, almeno per la prima visita; in seguito, soprattutto per le visite in gravidanza si fissa un appuntamento, da un lato per una *sopravvivenza* organizzativa degli operatori, ma, dall'altro, per abituare la donna al sistema da utilizzare per accedere alle nostre istituzioni sanitarie. I servizi offerti dal Centro sono: accoglienza ed individuazione della domanda (momento dell'*accoglienza*, che viene offerta a tutte coloro che si presentano al Centro, anche se sarà impossibile fare la visita ostetrica o ginecologica in quel giorno); servizio di mediazione linguistico culturale; visite ostetriche in gravidanza e in puerperio; ecografie di primo livello; visite ginecologiche; consulenze preconcezionali; visite e certificazioni per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194); colloqui sociali; colloqui psicologici individuali o di coppia; gruppi di preparazione alla nascita; gruppi di discussione su tematiche specifiche (mutilazioni genitali femminili, diritto di famiglia

ecc.); invio ed eventuale accompagnamento ad altri servizi di secondo e terzo livello dell'Ospedale e a strutture territoriali (Consultori familiari); traduzione di moduli e fogli informativi in alcune lingue straniere.

La metodologia di lavoro consiste nell'elaborare un approccio interculturale da parte di tutte le operatrici sia sanitarie che psicosociali e anche delle mediatrici linguistiche culturali: questo prevede degli incontri di supervisione periodici con una esperta nel campo del lavoro interculturale con donne straniere in cui si discutono casi concreti o si affrontano in modo critico alcune modalità organizzative. Inoltre il progetto prevede proprio per quest'anno alcune giornate di formazione sulla clinica transculturale affidate al "Dipartimento di Psicopatologia clinica del bambino e della famiglia" presso l'Università Paris XIII diretta dalla dott.ssa M.R. Moro.

Diversamente da quello che avviene in un ambulatorio normale ospedaliero, nel Centro le figure professionali sono presenti in contemporanea, quindi in realtà uno degli aspetti innovativi è il lavoro *interdisciplinare dell'équipe*, che normalmente non è utilizzato all'interno di un ospedale, anzi specifico dell'attività ospedaliera e l'invio a *ultraspecialisti* che si "passano" la paziente da uno all'altro, senza quasi mai parlarsi tra loro. Un altro aspetto innovativo del progetto è la *disponibilità del servizio di mediazione linguistico culturale*.

Chi è la mediatrice linguistico culturale? È una donna straniera, che proviene da paesi in via di sviluppo, che ha nella sua storia un percorso migratorio elaborato, che conosce la lingua italiana e la lingua del paese da cui proviene, che ha un titolo di studio superiore nel paese d'origine e che è stata formata sia a livello teorico che pratico, in particolare le mediatrici culturali con cui lavoriamo hanno frequentato un corso biennale di 900 ore organizzato dall'Associazione Crinali. L'inserimento della mediatrice linguistico culturale in un contesto rigido e inflessibile come l'Ospedale non è sicuramente semplice, soprattutto la presenza di un terzo in un rapporto tradizionalmente a due come e quello tra medico e paziente può creare difficoltà e diffidenza - "ci vuole più tempo per la traduzione", "non sono sicuro che la mediatrice traduca tutto quello che la paziente ha detto..." e così via - E anche la mediatrice deve trovare la sua posizione *equidistante*, o meglio *equivicina*, sia dalla donna immigrata che spesso chiede una alleanza incondizionata, sia dall'operatrice che rappresenta l'istituzione, per poter svolgere il meglio possibile quel ruolo di *ponte* che permetta una miglior comprensione della lingua, ma anche di codici culturali molte volte tanto diversi e difficili da accettare. In questo senso il lavoro in *équipe* del Centro, con un costante confronto di competenze e di professionalità è sicuramente una buona palestra che permette sia all'operatrice italiana che alla

mediatrice di sperimentare un rapporto diverso e quasi sempre molto soddisfacente per l'utente, l'operatrice e la mediatrice linguistico culturale.

Un altro punto innovativo è la *continuità di assistenza della donna*, prima e dopo il parto: infatti il progetto, che continua anche quest'anno, prevede la costruzione di una rete funzionante con il Consultorio familiare. Gli ambiti su cui cercheremo di proporre delle linee guida da applicare per le donne immigrate sono: la contraccezione dopo il parto e dopo una IVG, un percorso accompagnato dal Consultorio all'Ospedale per il parto (visita alla sala parto), un invio in rete dall'Ospedale a domicilio per un puerperio più protetto e con meno solitudine.

La popolazione che è afferita ai nostri Centri in nove mesi di funzionamento e di circa 700 donne con 1700 prestazioni effettuate; la provenienza delle donne è per la maggior parte il Nord Africa (Maghreb), Centro America, Cina, Filippine, Europa dell'Est. La maggior parte di queste donne abita a Milano (80%), più del 50% ha una scolarità medio alta, il 90% ha un'età tra i 19 e i 39 anni, il 50% non ha una assistenza sanitaria e presumibilmente neppure un permesso di soggiorno; il 25% sono disoccupate, il 23% sono colf o assistono gli anziani e le arabe soprattutto sono casalinghe. I contenuti più frequenti dei colloqui psicosociali sono stati:

- colloqui pre e post IVG
- relazioni familiari difficili
- depressione
- situazioni mediche specifici

che (sterilità e diagnosi prenatale)

- aiuto sui percorsi istituzionali (casa, lavoro, permessi di soggiorno)
- informazione sugli aspetti giuridici dell'immigrazione
- abbandoni o non riconoscimenti materni
- aiuto per collocare ragazze madri in Comunità

Per valutare il raggiungimento degli obiettivi del progetto è meglio attendere almeno un anno di lavoro. Ha senso invece analizzare i nodi critici finora incontrati e pensare ad eventuali proposizioni positive.

Il primo punto critico è *la precarietà del progetto e dei suoi finanziamenti*. I soldi stanziati dalla Regione devono passare dal Comune, poi vanno al capofila del progetto che è una delle Aziende ospedaliere e poi, a catena, all'altra Azienda ospedaliera e all'Associazione Crinali. Tutti questi passaggi, che sono ovviamente indispensabili, portano a dei ritardi di acquisizione dei fondi che più volte ci hanno fatto rischiare di chiudere il Centro. Inoltre ogni anno bisogna ripresentare i progetti nuovi - su bandi proposti dalla Regione - e spesso i tempi "politici" della Regione non coincidono con i tempi reali dell'assistenza che non può essere programmata, ma la cui domanda arriva senza interruzione nelle nostre istituzioni. Credo che questo sia un problema da porre ai responsabili delle nostre istituzioni, sia regionali che delle nostre Aziende ospedaliere e delle nostre Direzioni generali, le

quali si dovrebbero mettere nell'ottica di assumere questo progetto all'interno dell'attività aziendale.

Il secondo punto critico riguarda la necessità di elaborare un *profilo professionale* e il successivo *riconoscimento della figura del mediatore linguistico culturale*. Tutti parlano della indispensabilità di questa nuova figura professionale, sembra che la mediatrice linguistico-culturale debba risolvere tutti i nostri problemi di rapporto con l'utenza straniera, ponendola a volte sul piano di "una picco-

la antropologa" oppure considerandola un figura para-sanitaria. È invece tempo che prima a livello nazionale (Commissione CNEL in collegamento con il Ministero del Lavoro) e poi a livello regionale venga definito un profilo professionale con riconoscimento nei ruoli regionali, proponendo contenuti teorici e tempi di tirocinio dei corsi di formazione, accreditando scuole di formazione che utilizzino l'esperienza di chi fino ad ora ha lavorato in questo campo e che poi vengano monitorate in itinere.

Terzo punto critico, l'acquisizione di un *atteggiamento diverso, interculturale o transculturale* degli operatori: in questo senso ha sicuramente valore la parte formativa specifica che abbiamo attivato con le giornate di formazione sulla clinica transculturale, ma molto bisognerà fare per riuscire a trovare una modalità nuova di lavoro tra operatori con diversa competenza, valorizzando le reciproche conoscenze per una diagnosi e una terapia più appropriata. Questo per i medici soprat-

tutto è molto difficile, ma è ciò che l'utenza sia straniera che italiana ci chiede.

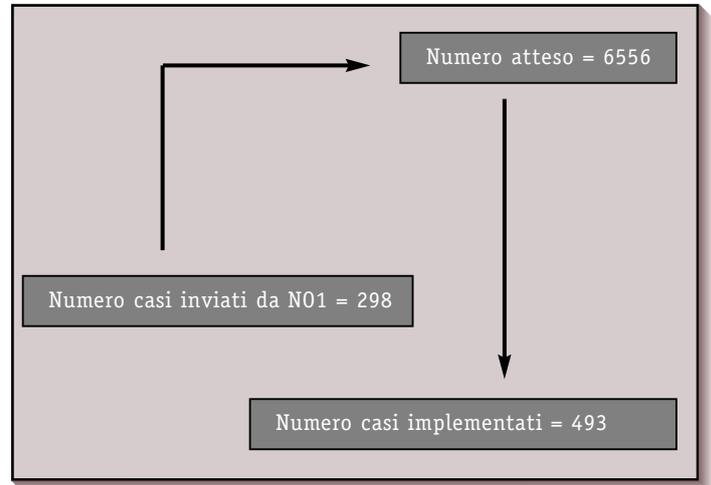
E infine per ciò che riguarda la costruzione della *rete con il territorio*, credo che più che un punto critico, sia *una sfida*: la popolazione delle donne immigrate con i suoi bisogni "globali" di assistenza forse ci obbliga come operatori a trovare risposte integrate per tutte le donne e per tutte le famiglie che verranno ai nostri Servizi, di qualsiasi colore o lingua o provenienza siano.

ISTAT al dicembre '99 che riferivano di una popolazione immigrata conosciuta di 1.270.553 unità di cui 229.851 unità senza cittadinanza italiana e 40.000 unità con cittadinanza italiana. Per tentare di risolvere questo tipo di problematiche all'interno del G.L.N.B.I. (Gruppo di Lavoro Nazionale per i Bambini Immigrati) della Società Italiana di Pediatria è stata fatta la proposta di istituire un sistema informativo che avrebbe altresì dovuto fungere da osservatorio permanente della condizione di immigrato in età pediatrica.

È stata fatta quindi una prima indagine multicentrica su "carta" che ha avuto, penso, il merito principale di iniziare a sperimentare un modello di sistema informativo che avrebbe poi aperto la strada alla possibilità di informatizzazione

e che ha stimolato d'altra parte successive e più significative ricerche, quali quella recente di Bona e Zaffaroni sulle nascite di bambini stranieri in una trentina di punti nascita in Italia.

Fig. 1. Partecipazione attesa se tutti i Centri avessero inviato i circa 300 record richiesti.



La prima indagine del G.L.B.I., eseguita nei primi anni '90 si basava sull'utilizzo di schede informative a struttura modulare che poteva essere utilizzata, a seconda delle sedi di erogazione delle prestazioni, nelle sedi di

nomico del bambino e del suo contesto familiare.

Da subito era apparso evidente che i tempi di esecuzione di un sistema informativo costruito su un modello cartaceo erano troppo lunghi rispetto ad una realtà quale

ne sono state davvero tante. Una prima versione del Data base che richiedeva minime competenze informatiche è subito naufragata perché il livello di alfabetizzazione informatica era sorprendentemente troppo basso e perché la disponibilità di PC dei Centri partecipanti era spesso nulla di più che un pio desiderio.

La proposta che è stata comunque e con caparbieta portata avanti nell'ambito dei lavori del G.L.B.I. era di arrivare attraverso passi successivi ad una informatizzazione finale di parte delle attività che costituiscono i compiti istituzionali quotidiani, tale che facilitasse, da una parte, l'esecuzione delle proprie attività nelle sedi di lavoro e fosse, d'altra parte, in grado di fare giungere attraverso automatismi di trasferimento alcune significative informazioni prodotte ad una sede centrale. Si proponeva ancora che questa sede centrale fosse in grado di processarli in "tempo reale" per poi renderli disponibili sotto forma di indicatori e/o elaborazioni più complesse.

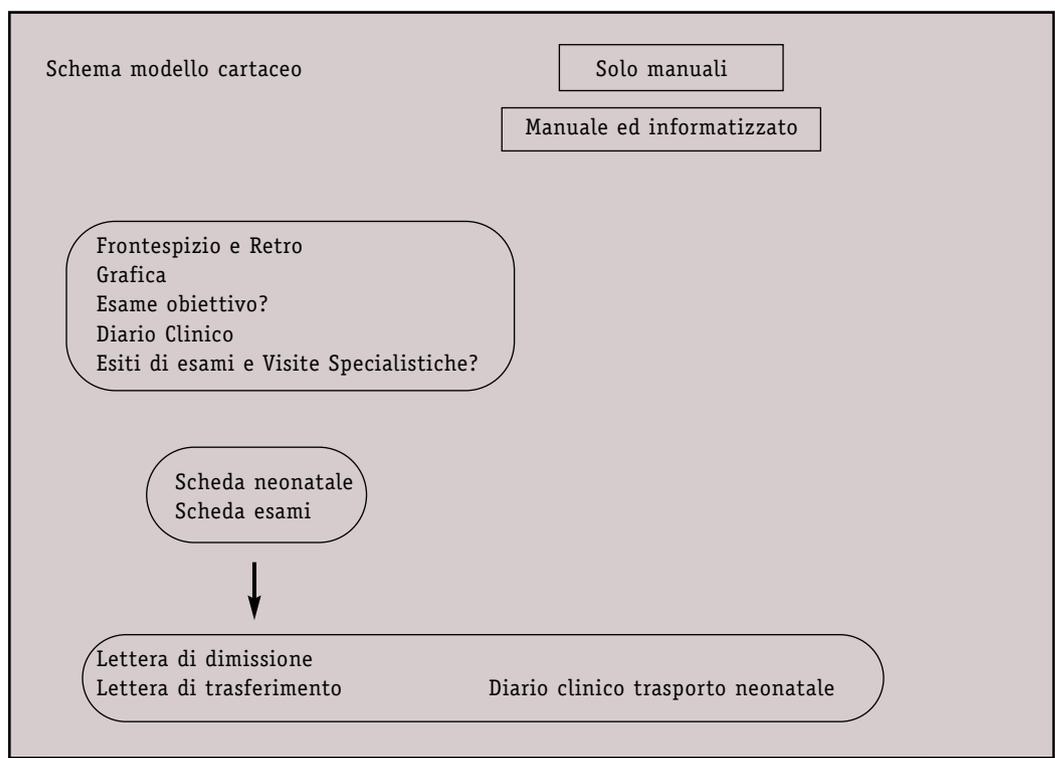
nooooo

Pronto soccorso, nei punti nascita, negli ambulatori pediatrici e nei reparti ospedalieri. In tali schede venivano raccolti, oltre a dati di interesse sanitario, anche informazioni sullo stato socio-eco-

quella della immigrazione che mutava rapidamente ed esigeva analisi e risposte in tempi molto più brevi. Così è nata la volontà di tentare di informatizzare il sistema; così è nato il "Data-base dei bambini immigrati".

Ma non è stato facile. A fronte di un interesse iniziale importante per questo ulteriore passo avanti, le difficoltà di ordine tecnico e successivamente anche di demotivazio-

Fig 2. Schema del Data-base gestionale per punti nascita.



Ma per arrivare a questo bisognava procedere per gradi. Bisognava far metabolizzare il passaggio dall'archiviazione su carta alla archiviazione elettronica. Bisognava cambiare la mentalità corrente ed imparare ad avere fiducia sulle possibilità che l'informatizzazione non dovesse essere un qualcosa che necessariamente complicava la vita, ma anzi qualcosa che poteva semplificarla ed offrire innumerevoli vantaggi.

Così si è arrivati ad una seconda versione del Data-base arricchita di automatismi tali che rendevano non più necessaria una sia pure minima competenza informatica, ma che non era ancora aderente alla proposta iniziale.

In questa fase è doveroso ricordare l'impegno fondamentale della Fondazione ISMU di Milano che è entrata a tutto campo nel progetto con entu-

siasmo e contributi sostanziali.

Questa nuova versione del Data-base non è rimasta "muta". Nel frattempo le "macchine" erano arrivate o stavano arrivando sui tavoli dei partecipanti. Con attività di sostegno incessante fornita via e-mail, per fax e per telefono siamo riusciti ad avviare e rendere operativi 22 Centri sui 50 che si erano resi disponibili.

Si è riusciti così ad avviare un sistema informativo basato sulla partecipazione di Centri disseminati su tutto il territorio nazionale che implementando il proprio data-base (non ancora "gestionale"), inviavano con un automatismo periodico via e-mail un file contenente tutti i propri dati ad una sede centrale, la sede ISMU di Milano. Si sarebbe potuta così edificare una grossa Banca-dati che at-

traverso l'elaborazione o l'interrogazione estemporanea delle proprie informazioni complessive avrebbe potuto fornire le più svariate indicazioni in tempi rapidi e restituire agli stessi Centri partecipanti il debito informativo. La partecipazione, nonostante l'entusiasmo iniziale espresso, però, non è stata certamente adeguata come si può vedere dalla fig. 1.

Le cause sono state diverse ma quelle che hanno attirato la nostra attenzione più delle altre sono state ancora di ordine tecnico-organizzativo e motivazionale. Le cause di ordine tecnico-organizzativo si devono riferire sostanzialmente alla distanza tra le sedi di produzione dei dati e le sedi di imputazione ed alle difficoltà di accesso agli strumenti informatici. Tanto che per questa precisa esigenza avevamo fornito sche-

de cartacee aggiuntive per cercare di risolvere il problema delle difficoltà di accesso. Ma il problema maggiore rimaneva la motivazione. Nonostante l'entusiasmo dimostrato per questo progetto, solamente pochi Centri si sono impegnati a fondo per il suo successo.

Attraverso l'analisi di questa esperienza siamo poi giunti alla conclusione che non sarebbe stato corretto studiare una categoria di persone, gli immigrati, avulsa dal suo contesto, il paese ospitante. Dovevamo pertanto studiare contemporaneamente i bambini italiani, in ricerche caso-controllo. Anche da questo punto di vista il Data-base doveva essere riorientato. E così, dopo le tante difficoltà incontrate ma con ancora un residuo entusiasmo per la proposta iniziale, stiamo per ripartire nel 2001,

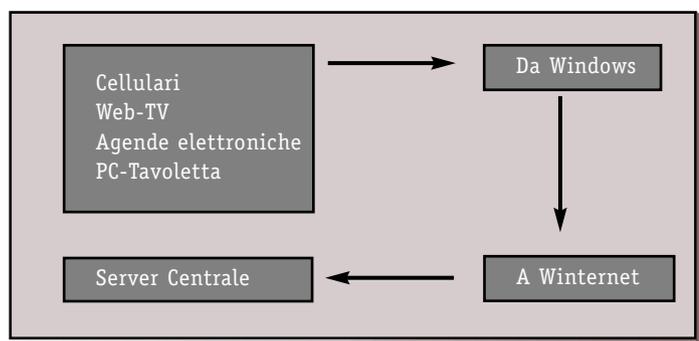


Fig. 3. Ipotesi di sviluppo della "Rete" informatica.

con una nuova versione del Data-base.

Nel frattempo l'alfabetizzazione informatica in ambiente sanitario è progredita a passi di gigante. Le nuove norme per l'accreditamento delle strutture sanitarie hanno iniziato ad imporre che una certa documentazione sanitaria per la necessità di visibilità dovesse essere sempre di più compilata con strumenti informatici. Viene attualmente suggerita con forza almeno la videoscrittura per la compilazione di lettere di dimissione, di trasferimento, per la refertazione delle proprie prestazioni.

Con queste premesse il nuovo sforzo per proporre una terza versione del Data-base potrebbe essere coronato da successo. Questo nuovo Da-

ta-base rifletterà quelli che erano gli aspetti peculiari della proposta iniziale. Costruire un Data-base gestionale che produca "dati" durante l'attività quotidiana degli operatori sanitari e faciliti, invece che complicare, i propri compiti istituzionali. La versione iniziale si occuperà dei punti nascita, e dopo un periodo di sperimentazione che si prevede di almeno 6 mesi, potrà essere aperta ad altre sedi di attività, quali, in sequenza, quelle ambulatoriali, di Pronto soccorso ed infine dei reparti di degenza.

Il Data-base gestionale proposto, nella sua versione iniziale che riguarda i punti nascita, come schematizzato nella fig. 2, è costruito intorno a due documenti: la

"scheda neonatale" e la "scheda esami". La scheda neonatale è un documento "istituzionale" che compare in tutte le cartelle neonatali e viene normalmente compilata a mano in parte dalle infermiere della Nursery che as-

sistono ai parti ed in parte dai medici presenti. La scheda esami è un documento che normalmente non viene compilato. Dalla compilazione informatizzata di questi due documenti deriva gran parte delle informazioni che concorrono a formare la lettera di dimissione, la lettera di trasferimento e tutta la restante "reportistica" gestionale di un punto nascita, semplificandola. Il resto delle informazioni aggiuntive provengono dalla compilazione conclusiva direttamente sui documenti (lettera di dimissione, di trasferimento, ecc.).

Bibliografia

- ¹ ISTAT, *Rapporto annuale. La situazione del Paese*, 1999.
- ² Piano Sanitario Nazionale 1998-2000.
- ³ UNICEF, *L'Immigrazione in Italia*, Il Mondodomani n. 1, gennaio 2000.
- ⁴ Salvioli GP, *Il bambino immigrato: una nuova realtà per la Pediatria*, Riv Ital Pediatr 1994;20:229.
- ⁵ Bona G, Zaffaroni M, *"Il bambino immigrato". Lo stato di salute dei neonati*. Atti Convegno Pediatrico di Aggiornamento della Sezione Emilia Romagna della SIP, Bologna 9-10 dicembre 1994, pag 17.
- ⁶ G.L.N.B.I. della S.I.P., *I bisogni sanitari del bambino immigrato: utilizzo di una scheda informativa a struttura modulare per un'indagine multicentrica a livello nazionale*, Riv Ital Pediatr 1993;19/S4:133.

L'insieme dei dati forniti dalle compilazioni previste afferisce (in assenza di identificativi degli utenti) alla Banca dati centrale implementandola.

In questo modo con uno sforzo non superiore a quello eseguito per obblighi istituzionali si può ottenere un archivio personale dei propri assistiti ed implementare una Banca dati centrale con un flusso di dati rilevante, pari a quello del totale dei propri assistiti.

Non si può non concludere con un pensiero alla evoluzione tecnologica che in tempi non troppo lunghi ci porterà ad abbandonare i "vecchi" PC e ad avere tra le mani nuovi strumenti (fig. 3), quali il PC-Tavoletta che risolveranno istantaneamente tutti i problemi connessi alla distanza tra le sedi fisiche del nostro quotidiano lavoro e le sedi di implementazione e produzione di dati. I PC-Tavoletta, leggerissimi, connessi in rete ad un server centrale via etere, costituiranno "al letto" dei nostri assistiti tutto il "carello visita" con il suo carico di cartelle cliniche, radiografie ecc. Tutto il necessario per avere sotto controllo informatizzato la salute dei nostri assistiti e, contemporaneamente, un archivio utile per realizzare un sistema informativo totale.

Mi auguro che con queste prospettive non troppo lontane l'impegno del Gruppo di lavoro conduca al successo questo terzo tentativo di informatizzazione della Banca-dati dei bambini immigrati.

Salvatore Geraci
Area Sanitaria Caritas di Roma

Il supporto del volontariato

Nell'ambito della promozione della salute degli immigrati, il volontariato sanitario ha espresso in Italia un ruolo particolarmente significativo. Possiamo dire che da metà degli anni settanta fino all'emersione piena del diritto con la Legge 40 del 1998, l'attenzione alla salute degli immigrati in termini di assistenza, di politica sanitaria, di ricerca scientifica e di sperimentazione di modelli relazionali è stata scandita da intuizioni, impegno e proposte nate prevalentemente dal mondo variegato del volontariato.

Non deve sorprendere quindi che oggi, nel momento in cui è emerso in forma ordinaria il diritto all'assistenza sanitaria per i cittadini immigrati, uno dei partner individuato come strategico per il lavoro di rete e per assicurare efficacia ed efficienza ad alcuni interventi di promozione della salute è certamente il volontariato.

Citato esplicitamente nel Piano sanitario nazionale, nella legge sull'immigrazione, nel suo regolamento d'attuazione e nella circolare del Ministero della Sanità sul tema, il coinvolgimento del volontariato è stato ripreso da varie delibere regionali e da protocolli aziendali. Ci sembra opportuno fare alcune precisazioni in quanto parlare di volontariato oggi in

una società in rapida trasformazione sociale, economica ed organizzativa, è difficile e si può facilmente cadere in superficiali generalizzazioni. D'altro canto, anche il volontariato ha accezioni spesso diverse tanto che spinge alcuni a parlare di *volontariati*, altri ad escluderlo da ciò che viene definito "terzo settore" (né Stato, né mercato) ed a richiederne l'inclusione in un "quarto settore" per accentuarne le caratteristiche che sono gratuità, spontaneità, condivisività... E specificamente il volontariato è dare il meglio di sé, farsi carico responsabilmente delle persone e dei loro bisogni, operare con spirito di servizio; è gratuità la disponibilità a cambiare le nostre abitudini, i nostri atteggiamenti, se ciò è richiesto dal bene delle persone.

Certo è che lo Stato si riorganizza definendo nuovi ambiti di azione spesso in modo decentrato, e, soprattutto, mette in movimento nuovi protagonisti, proprio tra questi emerge nell'ambito sociale, culturale ed ambientale il volontariato ancora con una infinità specifica di accezioni, intendimenti, propositi, progetti. Eppure il ruolo dello Stato ed il ruolo del volontariato paradossalmente sono strettamente legati e non si può parlare dell'uno senza parlare dell'altro:

Le proposte di integrazione dei servizi disponibili per il superamento delle aree critiche

in una battuta potremmo dire che tanto è più forte uno Stato in ambito di protezione sociale, almeno in termini normativi-programmatori, tanto più il volontariato è attivo, profetico, non coartato a semplice supplente o tappabuchi. Più lo Stato delega o non gestisce una sua propria responsabilità di governo delle situazioni difficili, socialmente emarginanti, più il volontariato perde la propria essenza innovativa, anticipatoria, e pur di non avere un mero ruolo di supplenza, acquista un ruolo di denuncia e di stimolo anche se spesso è schiacciato dall'impegno quotidiano.

Pur scegliendo di non parlare di volontariato in senso stretto, in queste poche battute vogliamo sottolineare la complessità del fenomeno che diviene ulteriormente articolato se lo coniughiamo al tema della promozione della salute per soggetti deboli e non tutelati. Eppure proprio ciò ci permette di uscire dall'*impasse* e più che fare teoria sul volontariato o sui volontariati, possiamo portare testimonianza di come un volontariato specifico, quello sanitario per immigrati clandestini, colmando un vuoto

istituzionale abbia fatto emergere un diritto, sdoganandolo, in un processo che potremmo dire di "storia naturale del volontariato" che va dalla risposta pronta e concreta ad un bisogno (anni ottanta), all'analisi del bisogno e dei meccanismi che lo producono, macro e micro, da un'attenta azione di promozione della persona, lavorando in rete, coinvolgendo vari protagonisti ed infine traducendo il bisogno in 'vertenza' politica non solo con la denuncia (fine anni ottanta, inizio novanta) ma anche con proposte politicamente percorribili ed accettabili. Proprio nell'ambito sanitario per gli immigrati, il volontariato laico e confessionale ha coniugato l'essenza propria dell'essere volontari e forse, con formule innovative, potrà tracciare nuove strade di partecipazione per futuri scenari.

Pur essendo il fenomeno migratorio in Italia una realtà ormai consolidata da tempo con connotazioni di strutturalità e quindi non una condizione emergenziale, la sanità pubblica solo recentemente si è data una organizzazione, almeno dal punto di vista normativo e programmatico, che permette

ieri

(fino al decreto Dini 1995)

fase dell'esclusione

diritti negati e nascosti

assistenza: i pionieri - effetto migrante sano

dialettica dei rapporti

(medicina delle migrazioni, approccio transculturale, mediazione)

messa in rete

denuncia

azione di "lobby"

proposta politico-programmatica

oggi

(fino al progetto obiettivo)

fase dell'accesso ai servizi

sdoganamento e certezza del diritto

emersione di aree critiche

lavoro di rete (azione enzimatica)

lavoro di "programmazione"

formazione degli operatori

domani

fase della fruibilità

possibile rischio di disuguaglianze

il ruolo dipenderà dal ruolo dei servizi pubblici

offerta attiva aree critiche

(servizi a bassa soglia di accesso ed alto impatto relazionale)

mediazione relazionale a tutto campo

(nuovi cittadini, società civile, ambito sanitario)

"Volontariati"

per la salute degli immigrati.

l'accesso alle strutture sanitarie da parte degli immigrati. Per anni essi ne sono stati di fatto esclusi o per legge (i clandestini) o per problemi burocratico-amministrativi (regolari che non si riuscivano ad iscriversi al SSN). L'assistenza sanitaria a queste persone è stata garantita proprio da gruppi di volontari che in diverse parti d'Italia, con diverse modalità, si sono organizzati in ambulatori medici assimilabili a quelli di I livello del SSN, che inizialmente sono sorti in molte grandi città (Roma, Milano, Bologna, Genova, Palermo, Catania, Messina, Torino, Verona, Pisa, Firenze ...) ed in alcuni piccoli centri interessati dal fenomeno (Trevi- so, Manfredonia, Mazara del Vallo, Matera, Ladispoli, Morena, ...). Più o meno integrati con altri servizi, hanno tutti

operato con la massima professionalità e competenza (la collaborazione con Istituti universitari, con l'Istituto Superiore della Sanità, con enti di ricerca italiani ed esteri ne sottolineano l'alto livello raggiunto); oltre a fornire una risposta concreta ad un bisogno, in questi anni hanno maturato una esperienza unica e preziosa in termini clinici ma soprattutto organizzativi e relazionali che sono stati base reale per le scelte programmatiche che attualmente lo Stato sta facendo per questo specifico argomento.

È proprio questo aspetto che vorremmo sottolineare e cioè la capacità di gestire un fenomeno in qualche modo emergenziale in quel periodo, leggere i contenuti, denunciare le ingiustizie e proporre dei percorsi di reale integrazione,

nel nostro caso di tipo sanitario.

E se gli inizi degli anni ottanta sono stati caratterizzati dalla nascita di questi centri sanitari (nel 1979 a Genova e successivamente a Bologna, nel 1982 a Roma, nel 1987 a Milano e Palermo e così via), gli inizi degli anni novanta hanno avuto come caratteristica la capacità di questi centri di collegarsi più o meno stabilmente, di scambiarsi dati e considerazioni, di stabilire strategie comuni. Infatti proprio nel 1990 nasce la Società italiana di medicina delle migrazioni (SIMM) e da quell'anno tutti i più importanti gruppi, inizialmente di volontariato e successivamente anche con operatori appartenenti a strutture pubbliche, ogni due anni si incontrano a Palermo per condividere espe-

rienze e darsi obiettivi comuni.

Proprio dalla analisi scientifica condivisa, ancora oggi quando periodicamente affiora la paura dell'immigrato 'portatore di malattie' legato soprattutto a pregiudizi e spesso a strumentalizzazioni politiche di dati inconsistenti, si è potuto definire e sostenere il "profilo di salute" dell'immigrato mettendo in evidenza come più che "untori" sia giusto parlare di persone sane, auto-selezionate spesso alla partenza e che si ammalano per le condizioni in cui sono costrette a vivere ed a lavorare. Ed ancora si deve allo studio di questi gruppi la definizione di una "medicina transculturale", cioè attenta alle diversità, che in definitiva è stata occasione per rileggere anche il nostro modo di fare medicina non solo in termini

di tecnologia ed efficienza, ma soprattutto in termini di relazione ed umanità.

La metà degli anni novanta è stata connotata da una naturale evoluzione dell'impegno volontario a favore di chi di fatto era escluso dalla tutela della salute, con una presa di coscienza dei diritti negati e nascosti. Si è quindi passati da una fase di denuncia, anche circostanziata, di inadempienze e ritardi (alcuni convegni hanno scandito delle tappe importanti) al 1995 quando si è arrivati ad una proposta di legge che potesse garantire il diritto alla salute e all'assistenza per tutti gli stranieri presenti nel nostro paese. Dal luglio 1995 è iniziato un costante dialogo con le massime autorità sanitarie del nostro Paese, in particolare con i vari Ministri della Sanità che si sono nel tempo succeduti. Si è in qualche modo attuata quella volontà innovativa che lo Stato con una nuova legislazione sta cercando di realizzare e cioè che "fin dall'inizio della sua elaborazione la programmazione sociale pubblica debba ascoltare i movimenti di volontariato... e discuterne con loro le prospettive; si tratta di rendere la società civile il coprotagonista ordinario della vita della comunità". Da questa dialettica nasce la nuova legge sull'immigrazione con particolare riferimento agli articoli sanitari dove le istanze presentate dal volontariato, e non solo, diventano norme dello Stato, dove le preoccupazioni per evitare meccanismi di esclusione diventano le linee programmatiche del Piano sanitario nazionale.

Rappresentanti di organismi di

volontariato, alla luce della loro esperienza sul campo, sono chiamati a tavoli dove le scelte diventano pubbliche, le indicazioni diventano politiche sociali e sanitarie.

Un ruolo, quello del volontario, in evoluzione ma che continua ad avere senso se non diviene di mera rappresentanza ma continua ad avere una forte connotazione esperienziale, di impegno nel quotidiano e libero da ogni condizionamento.

Prima di concludere, guardando al futuro, dove in questo specifico campo ancora molto c'è da lavorare, anche alla luce della tendenza che fa del volontariato una risorsa 'ordinaria' forse snaturandolo dei suoi principi originali, proponiamo un altro elemento di riflessione.

Nel Vangelo di Luca è scritta la parabola del *buon samaritano*: sulla strada da Gerusalemme a Gerico, un viandante incappò in alcuni briganti che lo percossero e lo rapinarono di tutto ciò che aveva, poi lo abbandonarono ferito sulla strada.

Passò di lì un sacerdote, lo vide ma non si fermò, passò un levita lo vide e non si fermò. Invece un samaritano, un uomo qualunque, ne ebbe compassione, lo medicò, lo accompagnò in una locanda...

Questa la storia narrata da Luca, da qui parte una parabola laica scritta da Augusto Battaglia, attualmente deputato e da tempo operatore impegnato nel campo del sociale a Roma, leggermente modificata per adattarla al nostro scenario.

"Il fatto si seppe ed in breve tempo il buon samaritano fu chiamato da più parti a rac-

contare l'episodio. Parlò nel tempio.

Tenne edificanti conferenze ai giovani. Lo stesso Erode, che non mancava di un certo senso pratico, lo volle conoscere e pensò che poteva essere utile chiedere al Samaritano di assicurare, dietro compenso, un servizio permanente di assistenza sulla strada di Gerusalemme per tutti i passanti e i viaggiatori che si fossero sentiti male. Il buon samaritano fu sorpreso per l'improvvisa sensibilità di un governante che a dire il vero non godeva di tanta buona fama. Ma pensò che la forza della sua testimonianza poteva avere ammorbidito quel cuore di pietra. E soprattutto pensò che con quel provvidenziale sostegno, la sua bontà, la solidarietà che sentiva imperativamente di dover esprimere, avrebbe potuto raggiungere molti più bisognosi. Accettò così la convenzione.

E fu scelta saggia. Ben presto il servizio fu assicurato anche sulla via per l'Egitto e, durante il periodo estivo, persino sul Mar Morto [...] e il buon samaritano non sapeva più come dividersi tra il lavoro caritatevole a favore dei malati, dei lebbrosi, degli emarginati abbandonati sulle strade, e la richiesta pressante, a volte soffocante, di diffondere buoni sentimenti e la sua edificante esperienza in conferenze, riunioni, incontri ed ancora attraverso le cronache, gli annales, gli acta diurna [...] Finalmente un nuovo editto: «... bisogna recuperare gli emarginati, educare e non punire...» dicevano. Ma come educare senza ripulire le strade da tanta sozzura che offendeva la sensibilità di tutti? Il samaritano ne

fece una crociata. Anzi non capiva come tanta gente si ostinava a non comprendere la bontà della sua opera e del fatto che pur con qualche costrizione, i malati e i lebbrosi cacciati dalle strade, sottratti agli occhi di tutti, lavati, nutriti e ripuliti acquistavano una nuova dignità[...]. E il samaritano divenne un eroe della carità. Squilli di tromba annunciarono la cerimonia dell'alloro. Purtroppo fu Erode e non Pilato a porre il mitico serto sulla testa ormai canuta del buon samaritano. Pilato purtroppo lasciò la cerimonia anzitempo. Dovette presenziare al supplizio di un pericoloso esaltato che crocifiggevano là vicino. Sul Golgota".

Quanto sopra scritto è una sollecitazione o una provocazione soprattutto per me stesso, per l'organizzazione di cui faccio parte, in genere per il variegato mondo del volontariato.

Non sappiamo quale sia il futuro del volontariato sanitario per gli immigrati, ci auguriamo che rimanga sempre sulla strada, vicino a chi ha dei bisogni per dare delle risposte concrete, per denunciare le ingiustizie ed impegnarsi per i diritti dei più deboli (un impegno collettivo che è insito nell'esercizio della solidarietà), per mettersi in gioco personalmente e professionalmente (un impegno individuale di condivisione per non fermarsi all'esteriorità).

È una strada faticosa, non ricca di certezze, ma piuttosto di dubbi, impegno e nello stesso tempo curiosità ed occasioni. È una strada che penso valga la pena di percorrere ancora.

Bibliografia

- AA.VV., Documento preparatorio III Convegno Nazionale sul Volontariato, Foligno, 1998.
- Franzoni G., *La solitudine del samaritano*. Roma: Theoria 1993.
- Geraci S. (a cura di), *Immigrazione e salute: un diritto di carta? Viaggio nella normativa internazionale, italiana e regionale*. Roma: Anterem 1996.
- Geraci S., *Quale tutela sanitaria per gli immigrati? Da una politica dell'oblio, alla consapevolezza di un diritto*. In IV e V Con-

sensus Conference sulla immigrazione - Atti. Palermo, 1998.

- Geraci S. (a cura di), *Approcci transculturali per la promozione della salute. Argomenti di medicina delle migrazioni*. Roma: Anterem 2000.
- Pasini G., *Le politiche sociali nell'attuale contesto socio-culturale-economico e politico. Aspetti Pastorali*. XXIV Convegno Nazionale delle Caritas Dioces., Modena, 1998.
- Tavazza L., *Il volontariato nella transazione*. Relazione alla V Consensus Conference sull'immigrazione. Università di Palermo, SIMM, Palermo, 1998.

(segue da pag. 113): **Nascere Stranieri**

un adeguato livello di salute per tutte le persone immigrate, nel rispetto delle tradizioni dei paesi di origine.

Nota

Centri e Collaboratori allo studio nazionale multicentrico del Grup-

po di Lavoro per il Bambino Immigrato della Società Italiana di Pediatria: Acqui Terme (Robusto C.), Bergamo (Giozani M.), Bologna (Salvioli G.P., Sandri F., Ambrosioni G., Dalla Vecchia S., Lanzoni A., Lucchi L., Venturi V.), Bra (Zannino L.), Casale Monferato (Liverani M.E.), Catania (Musumeci S., Cimino V., Polizzi B., Rodanò A.), Chieti (Barbante E., Pietrangeli M., Sabatino G.),

Cremona (Rossoni R.), Cuornè, Ivrea (Giarretto G.), Erba (Caligari G.C.), Firenze (Rubaltelli F.F., Barni S., Pezzati M.), Melegnano (Acerbi L.), Milano (Podestà A., Valenti M.), Modena (Cappella M., Cavazzuti G.B., Gallo C., Pancaldi E.), Novara (Bona G., Cigolotti A.C.), Palermo (Cataldo F., Ziino L., Catalano G., Didato M.A., Fazio M., Fazzolari Nesci A., Sotera V.), Pinerolo (Gelato

G.), Roma (Ranno O., Marzetti F., Ngalikpima J.C., Zacché C.), S.G. Rotondo (Bisceglia M.), Sassari (Porcu A., Meloni T., Oggiano R., Porcu S.), Scafati (Esposito L., Galizia G.), Taranto (Di Comite A., Pilone R.), Torino (Fabris C., Gomirato G., Guala G., Paniccia P., Savant Levet P., Testa A.), Vaprio (Rondanini G.F.), Vercelli (Cerruti Mainardi P., Crivelli S.), Vigevano (Guala A.).

Bibliografia

- 1 Caritas di Roma, *Immigrazione. Dossier Statistico 2000*. Roma: Anterem 2000.
- 2 Salvioli G.P., Sandri F., *Immigrazione e salute in età pediatrica: l'assistenza al bambino immigrato*, Edit. Symposia - Pediatria e Neonatologia, 1994;2(3):501-529.
- 3 Bona G., Zaffaroni M. et al., *Verso una società multi-etnica. I nati in Piemonte e Valle d'Aosta negli anni 1989-1993*, Riv. Ital. Pediatr. 1995;21(5):706-711.
- 4 Bona G., Zaffaroni M. et al., *Lo stato di salute dei neonati con genitori immigrati. Indagine epidemiologica multicentrica nell'Italia Nord Occidentale*, Neonatologia 1996;10(3):131-141.
- 5 American Academy of Pediatrics. Committee on Community Health Services, *Health care for children of immigrant families*, Pediatrics 1997;100:153-156.
- 6 Bona G., Zaffaroni M. et al., *Stato di salute dei neonati figli di immigrati*, Riv. Ital. Pediatr. 1998;24:713-718.
- 7 Cataldo F., Marino V. et al., *Immigrazione e salute: indagine multicentrica sul bambino immigrato in Sicilia*, Riv. Ital. Pediatr. 1999;25(Suppl. al n. 3):38-41.
- 8 Bona G., Zaffaroni M., *L'integrazione del bambino straniero e della sua famiglia*, Ospedale & Territorio, 1999;1(Suppl. 1):17-20.
- 9 Clarke M., Clayton D.J. et al., *Asian mother's risk factors for perinatal death: the same or different? A 10 years review of Leicestershire perinatal deaths*, Brit. Med. J. 1988;297:384-387.

- 10 Husley T.C., Alexander G.R. et al., *Hyaline membrane disease: the role of ethnicity and maternal risk characteristics*, Am. J. Obstet. Gynecol. 1993;168:572-6.
- 11 Lyon A.J., Clarkson P. et al., *Effect of ethnic origin of mother on fetal outcome*, Arch. Dis. Child. 1994;70:F40-F43.
- 12 Nesbitt A., Lynch M.A., *African children in Britain*, Arch. Dis. Child. 1992;67:1402-1405.
- 13 Bertollini R., Di Lallo D. et al., *Caratteristiche neonatali e mortalità infantile nei figli di immigrati a Roma negli anni 1982-88*, Riv. Ital. Pediatr. 1991;17:296-302.
- 14 Gennari M., D'Andrea M.S., *Assistenza sanitaria agli extracomunitari irregolari e clandestini. Obblighi del medico*, Fed. Medica, 1995;13:26-30.
- 15 Lonni A., *I diritti di Odisseo. Appunti sparsi in materia di immigrazione*. Alessandria: Edizioni dell'Orso, 1998.
- 16 Salvioli G.P., Sandri F., *Immigrazione e salute: le nuove frontiere della pediatria italiana*, Doctor Pediatria, 1996;11(3):7-13.
- 17 Freeman H.P., Payne R., *Racial injustice in health care*, N. Engl. J. Med. 2000;342:1045-1047.
- 18 Geraci S., *Immigrazione e salute: un diritto di carta? Viaggio nella normativa internazionale italiana e regionale*, Roma: Ed. Anterem 1996.
- 19 Bona G., Zaffaroni M., *Infanzia straniera ed emarginazione*, Atti VI Consensus Conference sulla Immigrazione. SIMM (pag. 23-31). Palermo, maggio 2000.
- 20 Zaffaroni M., Bona G. et al., *L'emarginazione del bambino immigrato*, Riv. Ital. Pediatr. 1999;25:707-712.

A cura di
Mauro Buscaglia*, Piero
Curiel**, Giambattista
Massi***, Giorgio Pardi****

* Primario Divisione Ostetrica e
Ginecologica, A.O. Ospedale S.
Carlo Borromeo, Milano

** Primario Divisione Ostetrica e
Ginecologica - Ospedale
Misericordia e Dolce Prato

*** Direttore Clinica Ostetrica
e Ginecologica -
Università degli Studi Firenze

**** Direttore Clinica Ostetrica e
Ginecologica, Azienda
Ospedaliera S. Paolo, Milano

Il documento conclusivo del
Convegno "Nascere stranieri:
maternità e immigrazione"
(che si è tenuto dal 29/11 al
2/12/2000 a Prato e a Firen-
ze, organizzato dalla Clinica
Ostetrica Ginecologica di Fi-
renze; dall'Ospedale Misericordia
e Dolce di Prato; dalla
Clinica Ostetrica e Ginecologica
dell'Ospedale S. Paolo e
dell'Ospedale S. Carlo Borromeo
di Milano) da cui sono
stati tratti i contributi più
significativi per la realizzazione
di questa monografia.

Una serie di indicazioni in-
dirizzate a tutti gli operato-
ri, le organizzazioni, le isti-
tuzioni che lavorano nel
campo dell'assistenza agli
immigrati.

Osservatorio epidemiologico

Sono emerse con chiarezza le
carenze dei dati epidemiologici
esistenti sulla salute materno-
infantile degli immigrati, anche
in ragione dell'estrema variabilità
dei flussi migratori condizionati
da cause esterne (guerre, care-
stie, ecc.) che modificano ve-
locemente il quadro delle po-
polazioni presenti.

Proposte operative

Poiché anche dal punto di vi-
sta sanitario i diversi gruppi
etnici presentano problemati-
che diverse, è necessario di-
sporre in tempo reale di una
approfondita conoscenza dei
flussi migratori sia a livello
nazionale che a livello regio-
nale, in particolare coordina-
ndo quelle Regioni (Lom-
bardia, Triveneto, Toscana,
Lazio, Puglia) dove si osserva
la maggior concentrazione di
immigrati.

Monitoraggio applicazione Legge 40

Si è constatato come la Legge
40 e i successivi collegati che
regolamentano l'assistenza
sanitaria agli immigrati siano
variamente applicati a livello
nazionale e non siano spesso
ancora completamente cono-
sciuti nelle stesse istituzioni
sanitarie.

Appare pertanto opportuno
che gli Assessorati alla Sanità
regionali informino adegua-
tamente e monitorizzino at-
tentamente l'applicazione
della Legge 40.

Istituzione e organizzazione servizi per l'assistenza alle gestanti immigrate ed ai loro bambini

È apparso evidente il bisogno
di organizzare servizi stabili
per l'assistenza a questa po-
polazione. Questo deriva dalle
oggettive difficoltà di ac-
cesso di queste utenti ai ser-
vizi sanitari, dalla possibilità

di usufruire della mediazione
culturale, dall'esigenza di
sottrarre questa utenza all'uso
improprio del Pronto Soccorso
ed, infine, dalla necessità di
raccolgere dati sanitari ed
epidemiologici specifici sul
problema.

Non appare allo stato attuale
proponibile un modello unico
di servizio valido per tutta la
realtà nazionale, ma, a se-
conda delle situazioni locali,
devono essere privilegiati i
servizi più appropriati alle
realtà specifiche, tenendo
conto della presenza e della
funzionalità di alcuni servizi
come i Consultori familiari o i
Poliambulatori territoriali
collegati o meno con gli
Ospedali, i medici ed i pedia-
tri di base.

Assieme ai problemi dell'as-
sistenza perinatale, è evi-
dente nella popolazione im-
migrata un aumentato ricorso
all'IVG, seppure mal valu-
tabile in termini di inciden-
za data l'incertezza sull'ef-
fettiva presenza di stranieri
in Italia. Appare comunque
urgente ed essenziale effet-
tuare una vasta azione
informativa e preventiva ri-
guardo alla contraccezione,
tenendo conto delle caratte-
ristiche religiose, culturali e
delle tradizioni dei vari
gruppi etnici.

Mediazione culturale

In tutta l'attività rivolta al-
l'assistenza alle gravide im-

migrate, la mediazione cultu-
rale risulta chiaramente di
fondamentale importanza,
non solo per le utenti, ma
anche per il lavoro degli opera-
tori sanitari e per la funzio-
nalità dei servizi stessi.

È pertanto necessario che
questa nuova figura profes-
sionale venga, con tempi e
modalità adeguate, ricono-
sciuta e regolamentata; la
sua presenza deve essere
estesa anche ad altri servizi
sanitari.

È altresì urgente che, anche
in collaborazione con le Asso-
ciazioni che già operano nel
settore, vengano programma-
ti corsi specifici adeguata-
mente riconosciuti di forma-
zione per mediatori linguisti-
co-culturali.

Formazione del personale medico e non medico

Nell'ambito della formazione
dei medici di base, degli spe-
cialisti ostetrico-ginecologi e
pediatri, delle ostetriche e
degli infermieri professionali,
devono essere individuati
percorsi appropriati di forma-
zione e di acquisizione di co-
noscenze sugli aspetti cultu-
rali delle popolazioni immi-
grate, nonché sugli specifici
problemi sanitari, epidemio-
logici e clinici.

Corsi di informazione e for-
mazione su questi problemi
devono essere organizzati ur-
gentemente anche per il per-
sonale già in servizio.

Ricerca

Sugli aspetti particolari della salute materno infantile dei pazienti immigrati è necessario che si sviluppino ricerche appropriate al fine di individuare problemi emergenti e relative possibilità di interventi clinici adeguati.

Per quanto riguarda l'interruzione volontaria di gravidanza è importante conoscere i motivi (difficoltoso accesso alla contraccezione, aspetti culturali ecc...) per i quali vi è una domanda di aborto volontario sempre più consistente da parte di questa popolazione.

Rapporti con il territorio

Soprattutto in previsione dell'aumento di richieste di tale tipo di assistenza è auspica-

bile che si sviluppi un adeguato rapporto tra gli Ospedali pubblici, in cui oggi è essenzialmente concentrata tale assistenza, ed i Consultori familiari e pediatrici, i Poliambulatori, i medici di base, i pediatri di base, ecc.

Rete tra i servizi pubblici, privati e le associazioni di volontariato

È di fondamentale importanza che i rapporti tra servizi pubblici e privati e le Organizzazioni di volontariato, che con grande merito e capacità organizzativa hanno in questi anni spesso vicariato alle carenze istituzionali, vengano rafforzati ed in qualche modo integrati in una rete stabile di collaborazione.

Informazione e consenso

Si devono attivare tutti gli strumenti opportuni per offrire alle pazienti immigrate le informazioni più complete e comprensibili sui problemi relativi alla loro salute, anche per permettere l'espressione di un valido consenso informato sulle procedure sanitarie proposte. Devono essere altresì date informazioni su altri aspetti dell'assistenza fornita (alimentazione, assistenza religiosa, ecc.) e si deve inoltre pensare ad organizzare le strutture in modo da accogliere al meglio i cittadini stranieri anche riguardo al cibo e altri aspetti importanti della vita quotidiana. È necessario pertanto disporre di materiale informativo scritto, tradotto in varie lingue, che

possa essere utilizzato nelle diverse sedi.

Salute generale degli immigrati

Gli aspetti specifici della salute riproduttiva delle pazienti immigrate non sono che una parte del problema complessivo delle condizioni di salute e di assistenza sanitaria di tutta la popolazione immigrata, seppure quello nel quale si concentrano attualmente la maggior parte dei ricoveri. È necessario che, con un modello analogo a quello seguito per gli aspetti specifici materno infantili, vengano affrontati al più presto, in modo complessivo e adeguato, i problemi di salute generale di tutta la popolazione immigrata presente in Italia.