

✘Giulia Capitani

Una strategia vincente nel campo della salute delle minoranze etniche. La sua caratteristica più significativa è senza dubbio *l'empowerment*, inteso come rafforzamento sia delle comunità che dei singoli. Questo modello di offerta attiva, infatti, basa il suo potenziale di efficacia proprio sulla costruzione di capacità personali e collettive in materia di tutela della salute.

Occuparsi di salute degli immigrati e promuoverla nel contesto della sanità pubblica appare sempre più difficile, in un quadro ormai caratterizzato da continui tagli alle risorse e moniti a ridurre la spesa. **Eppure è proprio in momenti come questi che la salute dei migranti, come di altri gruppi di popolazione a rischio di marginalità, va tutelata, rafforzando i meccanismi di inclusione e garantendo un reale accesso ai servizi:** per vigilare contro l'erosione dei diritti, sempre minacciati quando il discorso pubblico sulla/sulle crisi abbassa il livello di attenzione collettiva, ma soprattutto per ottenere buoni risultati di salute senza sprechi di risorse.

D'altronde, i dati parlano chiaro: limitandoci solo alla Toscana, nel 2010 i migranti regolari costituivano il 9,5% della popolazione regionale (e realizzavano circa il 7% dei ricoveri complessivi), ma i ricoveri per parto delle donne straniere, comprese le irregolari, raggiungevano il 25% del totale, con punte del 32,36% a Empoli, e ben del 53,27% a Prato. Il tasso di ospedalizzazione per IVG nel 2010 è il 2 per mille tra le italiane e il 16 per mille tra le straniere, e più di un terzo delle donne straniere che hanno partorito in Toscana nel 2011 ha effettuato la prima visita oltre la 12° settimana (percentuale che si alza al 35,3% per Firenze, al 45,76% per Grosseto e al 51,83% a Prato). Al di là dello specifico ambito materno infantile, è frequentissimo l'uso improprio del Pronto Soccorso, così come appare allarmante la disinformazione tra i migranti su possibilità e modalità di accesso alle strutture sanitarie regionali, soprattutto per quanto riguarda gli irregolari[1].

Di fronte a tali dati, immaginare e sperimentare strategie di promozione della salute della

popolazione migrante, al di là del perseguire logiche di equità e tutela, diventa una scelta obbligata per evitare l'allargarsi di sacche di inappropriata e inefficienza che il sistema sanitario non può davvero più permettersi.

Cosa fare allora?

Esiste in Europa un modello di intervento che ha dimostrato un buon livello di efficacia nello spingere all'uso appropriato dei servizi le persone migranti: si tratta del **Community Health Educators (CHE) Model**, messo a punto nel 1993 da una ricercatrice dell'Università di Leeds (UK), la dott.ssa Lai Fong Chiu.

Il CHE Model si basa sul reclutamento e la formazione di membri delle minoranze etniche su cui si vuole intervenire, che partecipano poi alla realizzazione di interventi di promozione della salute nei loro quartieri/aree di provenienza.

Attenzione, non si tratta di mediatori linguistico-culturali come siamo abituati a intenderli in Italia, cioè persone straniere con buona conoscenza della nostra lingua che prestano servizio nelle strutture sanitarie (o nelle scuole, negli uffici anagrafe, nei Centri per l'Impiego): i *Community Health Educators* sono persone che, coordinandosi con i professionisti sanitari, lavorano principalmente *fuori* dalle strutture utilizzando le loro reti sociali, ad esempio raggiungendo gli utenti a domicilio, nei luoghi di ritrovo, in occasione di festività o ricorrenze, là dove gli operatori delle ASL, da soli, non potrebbero arrivare.

Si tratta dunque di persone non esperte, con spiccate capacità comunicative, inserite nel gruppo target tanto da godere della fiducia dei connazionali: dopo un opportuno training[2], vengono cominciano a collaborare con le équipes di promozione della salute per sostenere i professionisti sanitari nella progettazione e soprattutto nella realizzazione di interventi.

Quali sono gli elementi metodologici che caratterizzano questo modello?

La caratteristica più significativa è senza dubbio *l'empowerment*, inteso come rafforzamento sia delle comunità che dei singoli. Questo modello di offerta attiva, infatti, basa il suo potenziale di efficacia proprio sulla costruzione di capacità personali e collettive in materia di tutela della salute. Le persone straniere formate (quasi sempre donne) da una parte aumentano le loro conoscenze e la fiducia in sé stesse e nel proprio ruolo rispetto ai connazionali, fino a sviluppare spesso vere e proprie capacità di leadership; dall'altra costituiscono una risorsa permanente per il loro gruppo, aumentando in modo costante tra i membri la consapevolezza su specifiche questioni di salute[3]. **Soprattutto questo aspetto appare degno di nota: la capacità di innestare dentro ai gruppi a rischio di marginalità sanitaria e sociale i germi della partecipazione, della consapevolezza**

sul proprio stato di salute, dell'utilizzo appropriato degli strumenti che la sanità pubblica mette a disposizione. Una vera sanità di iniziativa. Ovviamente chi ne esce rafforzato è anche il sistema sanitario che, nella collaborazione con i promotori di salute, aumenta le proprie conoscenze e modifica i comportamenti organizzativi nel senso di una maggiore accessibilità.

Gli interventi si collocano in una dimensione di “*action-learning*”, di quell’ apprendimento attraverso l’azione che appare la strada più efficace per giungere al cambiamento dei comportamenti organizzativi: sperimentando il modello di intervento e poi riflettendo sugli esiti, sulle difficoltà, sugli imprevisti, promotori di salute e professionisti sanitari arrivano a definire le pratiche realmente efficaci in relazione allo specifico problema di salute che vogliono affrontare e alle caratteristiche del gruppo target.

La forza del modello è di basarsi sui network sociali già esistenti: utilizzare, per veicolare messaggi di salute, le reti (parentela, amicizia, vicinato, appartenenza a confessioni religiose o associazioni, ecc) che permeano la vita delle persone, e che spesso hanno particolare significato in contesto migratorio[4].

Il gruppo di Leeds, coordinato dalla Dott.ssa Lai Fong Chiu, ha lavorato in questi anni principalmente sul tema della prevenzione dei tumori femminili, realizzando una serie di progetti che si sono rivolti a vari gruppi “hard-to-reach”:

Communicating Breast Screening (1993, promozione dello screening della mammella), *Woman to Woman* (1995, promozione dello screening alla cervice uterina), *Straight Talking* (2000, promozione dello screening della mammella), oltre a progetti tesi a rafforzare l’health literacy dei gruppi target, come *Communication for Health, Informed Choice for All* e *Smart Choices for smart women* (2005)[5].

Ci sono due aspetti particolarmente rilevanti, che sarebbe interessante applicare anche nel nostro contesto: il fatto di coinvolgere da subito i servizi di *Primary Care*, che sono stati uno dei primi teatri di sperimentazione di questo modello, e il rivolgere l’azione, fin dal 2000, non solo a donne straniere appartenenti a gruppi minoritari (cinesi, pakistane, indiane, bengalesi, haitiane, ecc), ma anche a donne inglesi residenti in zone svantaggiate: a dimostrazione del fatto che lavorare per l’accesso ai servizi degli immigrati sviluppa la capacità del sistema di farsi più accessibile a tutti. E che non solo chi parla una lingua diversa può essere “difficile da raggiungere” per i servizi sanitari.

È pensabile applicare questo modello nella nostra realtà toscana? In realtà c’è già chi ci sta lavorando. Nel 2010 l’Istituto Superiore di Sanità, l’Organizzazione Internazionale delle Migrazioni e l’Albero della Salute-Regione Toscana hanno organizzato

un corso a Prato e uno a Roma, per la formazione di promotori di salute stranieri, ispirandosi dichiaratamente a questo modello; ed è in corso in questi mesi un progetto sperimentale presso la ASL di Arezzo, coordinato da Oxfam Italia, che ha previsto una fase d'aula rivolta a operatori dell'area materno infantile e a promotrici di salute rumene, e ora si sta concentrando sulla progettazione e l'attuazione di interventi di promozione della salute presso la comunità rumena di Arezzo, sul difficile tema delle scelte riproduttive e dell'educazione alla contraccezione per la prevenzione delle IVG. Sarà interessante attendere i risultati per verificarne la replicabilità.

Giulia Capitani, GrIS (Gruppo Immigrazione e Salute) della Toscana

Bibliografia

1. Nuti S, Maciocco G, Barsanti S. Immigrazione e salute. Percorsi di integrazione sociale. Bologna: Il Mulino, 2012.
2. Chiu, Lai Fong (2003). AMCHEM, Application and Management of the Community Health Education Model. Nuffield Institute for Health, 2003.
3. Chiu, Lai Fong. Engaging communities in health intervention research/practice. *Critical Public Health*, 2008; 18:2, 151-9.
Chiu, Lai Fong. Transformational potential of focus groups practice in participatory action research. *Action Research* 2003; 1(2): 165-83: 034207.
4. Chiu, Lai Fong, West, Robert. Health intervention in social context: Understanding social networks and neighbourhood. *Social Science and Medicine* 2007; 65, 1915-1927.
5. Healthcommunication.leeds.ac.uk