



Diversità e pari opportunità

Basi per un'azione efficace
nel microcosmo delle istituzioni sanitarie

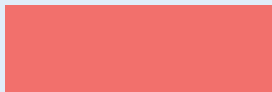
Con DVD **Quando capire è guarire**



A cura di Peter Saladin

Una pubblicazione dell'Ufficio federale della sanità pubblica UFSP
in collaborazione con H+ Gli Ospedali Svizzeri

**Diversità e pari opportunità
Basi per un'azione efficace
nel microcosmo delle istituzioni sanitarie**



Una particolarità della società svizzera è la molteplicità di lingue e culture che la caratterizza da secoli. Inoltre, oggi un quarto circa della popolazione svizzera ha alle spalle una storia di migrazione, principalmente come conseguenza dell'immigrazione di manodopera. Persone di origine, religione e lingua diverse e con diverse capacità, abitudini di vita e stato sociale hanno contribuito a una forte trasformazione culturale e sociale nonché a un cambiamento dei sistemi di valori osservabile nella maggior parte delle società moderne. Non tutti i settori della società tengono sufficientemente conto di questa diversità: uno sguardo autocritico mostra ad esempio che il sistema sanitario svizzero non è adeguatamente preparato per assistere la popolazione migrante; una parte della popolazione migrante è esposta a maggiori rischi di salute e svantaggiata rispetto ai restanti gruppi demografici. Il presente manuale fornisce ai responsabili delle istituzioni sanitarie svizzere – ospedali, cliniche e istituti per lungodegenti – assistenza pratica nell'affrontare i fenomeni sociali della diversità e della migrazione. Il manuale approfondisce i retroscena di diversità e migrazione, descrive le opportunità offerte dalla competenza transculturale e mette in evidenza le sfide imprenditoriali tra diversità e pari opportunità. Esso offre inoltre raccomandazioni orientate all'attuazione per consentire un'azione efficace nel microcosmo delle istituzioni sanitarie. La gestione della diversità aiuta a collocare la propria impresa, a impiegare in maniera mirata le risorse dei collaboratori e ad aumentare così la soddisfazione dei clienti e dei collaboratori.

Sotto il risvolto di copertina c'è un DVD, «Quando capire è guarire. Migrazione globale – soluzioni locali nel settore sanitario», nel quale si trova il testo completo del manuale, compresi gli elenchi di raccomandazioni concrete presentati nel manuale. Sono a vostra disposizione e possono essere elaborati sia con il PC sia con Mac.

L'elemento centrale del DVD è tuttavia il documentario «Quando capire è guarire», che illustra a titolo esemplificativo l'approccio concreto di tre cliniche del complesso ospedaliero Inselspital a Berna con la diversità di pazienti e collaboratori. Questo documentario può essere utilizzato per lanciare discussioni relative ai problemi della pari opportunità nei confronti di diversità e migrazione che emergono peraltro nel manuale stesso.

Diversità e pari opportunità

**Basi per un'azione efficace
nel microcosmo delle istituzioni sanitarie**

**Con DVD: Quando capire è guarire. Migrazione
globale – soluzioni locali nella sanità pubblica**

Diversità e pari opportunità. Basi per un'azione efficace nel microcosmo delle istituzioni sanitarie

A cura di Peter Saladin

Con la collaborazione di Renate Bühlmann, Janine Dahinden, Rahel Gall Azmat, Gerhard Ebner ed Joachim Wohnhas

Una pubblicazione dell'Ufficio federale della sanità pubblica UFSP in collaborazione con H+ Gli Ospedali Svizzeri

© 2006, Ufficio federale della sanità pubblica UFSP, Berna

© 2006, H+ Gli Ospedali Svizzeri, Berna

ISBN 978-3-033-00894-6

Il testo è pubblicato in lingua italiana, tedesca e francese.

In allegato un DVD *Quando capire è guarire. Migrazione globale – soluzioni locali nella sanità pubblica*. A scelta si può vedere il film *Quando capire è guarire* con sottotitoli in italiano, in francese o in tedesco.

Per ricevere un esemplare gratuito rivolgersi a: H+ Gli Ospedali Svizzeri, Direzione, Lorrainestrasse 4A, 3013 Berna, geschaefsstelle@hplus.ch

Per facilitare la lettura, nella presente pubblicazione si fa uso del maschile generico che fa riferimento evidentemente sia alle donne sia agli uomini.

Rilettura e revisione: Peter Frehner, AbisZ Kommunikation, Basilea

Traduzioni dal tedesco: Inter-Translation SA Berna, Giovanni Casagrande, Neuchâtel, Rosita Fibbi, Neuchâtel e Ilaria Curti, Basilea

Progetto grafico e impaginazione: Esther Schreier e Ilaria Curti, Basilea

Videostills: artefakt wort+bild, Berna

Stampato da: Stämpfli Pubblicazioni SA, Berna

Rilegato da: Schumacher AG, legatoria, Schmitten

Caratteri tipografici: Frutiger

Tiratura: 500 copie (italiano), 3500 copie (tedesco), 1000 copie (francese)

Carta: Arctic the Volume 150 g/m² (con certificato FSC), Opalin premium 335 g/m²



Diversità e pari opportunità

Basi per un'azione efficace nel microcosmo delle istituzioni sanitarie

A cura di
Peter Saladin

Con la collaborazione di
Renate Bühlmann
Janine Dahinden
Rahel Gall Azmat
Gerhard Ebner
Joachim Wohnhas

Una pubblicazione dell'Ufficio federale della sanità pubblica UFSP
in collaborazione con H+ Gli Ospedali Svizzeri

Sommario**6_Ringraziamenti**

7_Prefazione

9_Per una lettura rapida

Introduzione

- 15_** Perché questo manuale?
- 17_** Le istituzioni sanitarie – un micro-cosmo variegato
- 18_** Strategia della Confederazione 2002–2007: «Migrazione e salute»
- 19_** Progetto Migrant Friendly Hospitals – rete di ospedali per la popolazione migrante (MFH)

**Migrazione e
competenza transculturale**

- 23_** Migrazione e diversità
- 26_** Competenza transculturale
- 28_** Comunicazione: le lingue straniere in ospedale
- 31_** Ricerca scientifica nell'ambito della migrazione e della salute

**Diversità e migrazione: sfide per
la gestione delle strutture sanitarie**

- 35_** La gestione della diversità
- 37_** Qualità – in contraddizione con efficacia, funzionalità, redditività?
- 38_** Questioni relative al finanziamento

Raccomandazioni

- 44_ Strategia aziendale
- 46_ Rilevamento di informazioni pertinenti per una politica di gestione della diversità
- 47_ Qualità
- 49_ Informazioni di base – Misurazione della soddisfazione di pazienti ospedalieri con background migratorio
- 52_ I collaboratori: portatori e mediatori di competenza transculturale
- 55_ Le procedure medico-infermieristiche
- 61_ Informazioni di base – L'assistenza sanitaria ai sans papiers: l'«Unité mobile de soins communautaires» del Policlinico universitario di Ginevra
- 63_ Interpretariato e traduzione
- 65_ Informazioni di base – L'interpretariato in ospedale: registrare, formare e impiegare in maniera mirata i membri del personale con competenze linguistiche specifiche
- 67_ Informazioni di base – Il servizio telefonico d'interpretariato in ospedale
- 68_ Informazioni di base – Possibilità di impiego di pittogrammi nella comunicazione con i pazienti migranti negli ospedali svizzeri
- 71_ Perfezionamento professionale del personale
- 73_ Informazioni di base – Esempio di un programma quadro per il perfezionamento professionale interdisciplinare relativo a diversità, migrazione e salute negli ambiti dell'ostetricia, dell'assistenza in ospedale, della medicina e del management
- 76_ Servizi centrali

La rete – indirizzi dei servizi specialistici e dei centri di consulenza

- 81_ Autorità federali
- 82_ Autorità cantonali e comunali
- 83_ Organizzazioni non governative (ONG) nazionali
- 85_ Associazioni non governative regionali e altri servizi specialistici
- 86_ Istituti di ricerca
- 87_ Contatti internazionali

Allegati

- 91_ Definizione dei termini nell'ambito della migrazione e della salute
- 95_ La Dichiarazione di Amsterdam – verso ospedali «migrant-friendly» in una Europa diversa sul piano etnoculturale
- 101_ Questionario sulla qualità, tratto dal progetto pilota dell'UE Migrant-Friendly Hospitals
- 106_ Standard nazionali per servizi adeguati in termini culturali e linguistici in ambito sanitario negli Stati Uniti

Riferimenti bibliografici | Materiale informativo | Elenco degli autori

- 111_ Riferimenti bibliografici
- 114_ Materiale informativo
- 115_ Elenco degli autori

Ringraziamenti

Lo studio della diversità della migrazione e delle pari opportunità offre l'occasione di considerare sotto una nuova luce la qualità del sistema sanitario svizzero e le sue istituzioni. Si è portati a credere che sia eccellente; ma lo è davvero per tutti gli utenti? Se osserviamo senza pregiudizi la situazione, accanto a tanti aspetti positivi si noteranno anche zone d'ombra, percepite soprattutto da quanti, tra stranieri, membri della popolazione migrante o di una minoranza, si trovano malinformati a dover far ricorso ai servizi della sanità svizzera.

Per migliorare questa situazione nell'interesse di tutti è stata realizzata la presente pubblicazione nel quadro del progetto «Migrant-Friendly Hospitals – una rete per la popolazione migrante (MFH)» che l'Ufficio federale della sanità pubblica ha lanciato come parte integrante della strategia globale della Confederazione «Migrazione e salute 2002–2007». La realizzazione è stata affidata a H+ Gli Ospedali Svizzeri.

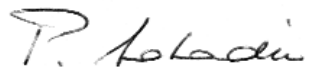
In questa sede desidero ringraziare tutte le persone che con le loro conoscenze, esperienze e impegno personale hanno contribuito alla realizzazione di questa pubblicazione, e in primo luogo quindi i membri dell'équipe editoriale e gli altri autori (pagina 115).

Un ringraziamento speciale va anche ai collaboratori dell'Ufficio federale della sanità pubblica UFSP, e in particolare a P. Aemmer, R. Gall Azmat e Th. Spang, per la direzione e il follow-up del progetto. Ringrazio i collaboratori della Direzione H+ Gli Ospedali Svizzeri per il loro sostegno, e in particolare M. Zweigacker per la gestione amministrativa.

Un contributo essenziale è giunto anche dai rappresentanti degli ospedali, delle cliniche e degli istituti per lungodegenti nonché da parte di molti altri esperti che hanno collaborato attivamente con il gruppo principale e si sono impegnati in particolare nei gruppi di lavoro del progetto «Migrant-Friendly Hospitals – una rete per la popolazione migrante (MFH)». A tutti loro rivolgo sentiti ringraziamenti. I presidenti dei gruppi di lavoro hanno condotto con competenza le discussioni spesso controverse e collaborato in maniera particolarmente intensa alla formulazione delle raccomandazioni. Stiamo parlando di: G. Ebner (Procedure mediche); Ch. Aeschlimann / W. Brunner (Strategia); R. Simon / M. Wietlisbach (Lingua, comunicazione, informazione); H. Rennhard-Hollenweger (Empowerment del personale ospedaliero). A loro va il mio riconoscimento particolare.

I collegamenti all'analogo progetto UE hanno consentito lo scambio di preziose esperienze con i rappresentanti di istituzioni sanitarie e di ricerca estere. Si desidera inoltre ringraziare in questa sede il Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie di Vienna per aver consentito l'accesso ai lavori del progetto UE e per la riproduzione del questionario concernente la qualità (pagina 101).

Peter Saladin



Presidente H+
Responsabile del progetto

Prefazione

Nell'epoca della globalizzazione, la migrazione acquisisce grande importanza. Alla ricerca di migliori condizioni di vita oppure spinti dalla povertà, da guerre, da persecuzioni e catastrofi ambientali, uomini e donne lasciano la loro patria e cercano di costruirsi una nuova esistenza altrove. La riuscita di questo progetto dipende sostanzialmente dalla loro costituzione fisica e psichica. Le persone sane sono in grado di cavarsela meglio in un ambiente per loro insolito. Le difficoltà d'integrazione invece hanno spesso effetti negativi sulla salute.

Dalle indagini scientifiche condotte in Svizzera emerge un chiaro risultato: le condizioni di salute della popolazione migrante sono spesso peggiori di quelle della popolazione autoctona. I migranti sono esposti a maggiori rischi di salute rispetto agli autoctoni e incontrano maggiori difficoltà per accedere al nostro sistema sanitario. Questa disparità di opportunità è ancor più inquietante se si considera che un buon quinto della popolazione complessiva è composto da migranti.

I migranti contribuiscono in misura decisiva al nostro benessere, partecipando al finanziamento del nostro sistema sanitario e, a buon diritto, desiderano potervi far ricorso in caso di bisogno. Anche tra chi opera nel settore sanitario, numerosi sono i migranti o figli di immigrati: essi colorano il lavoro quotidiano con le loro molteplici culture, lingue, formazioni, valori o comportamenti. Senza il loro contributo essenziale le nostre istituzioni sanitarie non potrebbero adempiere il proprio compito.

Quali competenze sono necessarie per curare i migranti in modo ottimale? E come si può ottenere una qualità soddisfacente dell'assistenza sanitaria nonostante esigenze tanto diverse? Il presente manuale si occupa di questo genere di interrogativi.

Si basa su esperienze raccolte nel quadro del progetto Migrant-Friendly Hospitals – rete per la popolazione migrante MFH e fornisce indicazioni pratiche circa il modo in cui le istituzioni sanitarie possono tener conto dei bisogni dei migranti. È auspicabile una cultura aziendale che faciliti l'accesso di persone di entrambi i sessi, di diversa origine e di tutte le classi sociali a prestazioni adeguate.

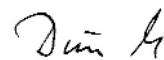
Attualmente i presupposti per la realizzazione di tali obiettivi non sono ideali: gli ospedali e le altre istituzioni sanitarie subiscono severi tagli di bilancio quali misure di risparmio e fanno fronte, al tempo stesso, a esigenze sempre maggiori in termini di qualità e disponibilità a erogare servizi. Un diversity management competente, tuttavia, non solo è in grado di incrementare la qualità e l'efficienza, ma riduce anche a medio termine i costi per l'assistenza sanitaria. Pertanto vi consigliamo di esaminare le strategie delineate nel presente manuale e di inserire la realizzazione di pari opportunità nel settore sanitario ai primi posti dell'elenco delle questioni da affrontare.

Prof. Dr. Thomas Zeltner



Direttore
Ufficio federale della sanità pubblica UFSP

Dr. Markus Dür



Presidente del Dipartimento della Salute
e degli Affari sociali del Cantone di Lucerna
Presidente della Conferenza svizzera
delle direttrici e dei direttori cantonali
della sanità CDS

Per una lettura rapida

Il presente manuale intende assistere le istituzioni sanitarie svizzere¹ – ospedali, cliniche e istituti per lungodegenti – nello sforzo che compiono alla ricerca di una risposta credibile oltre che efficace per i fenomeni sociali di diversità e migrazione che caratterizzano la nostra società. Esso è rivolto in prima linea agli organi direttivi responsabili della politica aziendale. Il loro approccio, abile e consapevole, alle questioni legate alla diversità e alla migrazione e l'accurata ponderazione di opportunità e rischi nella pianificazione e attuazione delle relative misure rappresentano i presupposti per il successo degli interventi. L'orientamento di fondo è portare aiuto a coloro che ne hanno bisogno.

La parte introduttiva del manuale (da pagina 15 a pagina 19) è dedicata alla strategia della Confederazione nell'ambito della migrazione e della salute nonché al progetto «Migrant-Friendly Hospitals». I concetti principali sono definiti da pagina 91 a pagina 94. Il capitolo «Migrazione e competenza transculturale» (da pagina 23 a pagina 31) presenta questioni sociologiche ed etnologiche nonché ricerche legate a diversità, migrazione e salute. L'importanza della comunicazione in un contesto caratterizzato dalle lingue straniere viene elaborata sulla base di casi tratti dall'attività clinica quotidiana. I discorsi relativi alle sfide aziendali risultanti da diversità e migrazione (da pagina 35 a pagina 39) trattano la gestione della diversità, la qualità dei servizi, i principi di efficacia, funzionalità e redditività nonché questioni legate ai finanziamenti.

La parte principale del manuale (da pagina 43 a pagina 78) formula raccomandazioni indirizzate agli organi direttivi delle strutture sanitarie. Esse servono ad analizzare con spirito critico la politica aziendale alla luce di diversità e migrazione e a fornire consigli pratici per le necessarie misure da adottare.

La diversità descrive – senza connotazione di valore – la presenza di differenze personali e sociali, dovute a origine, sesso, lingua, capacità, età, stili di vita e status sociale come elemento costitutivo delle società moderne. La migrazione, intesa come movimento di una persona o di un gruppo di persone oltre ai confini amministrativi, politici e geografici di un paese con il desiderio di stabilirsi in maniera definitiva o provvisoria in un luogo diverso da quello d'origine, produce diversità sociale. La gestione delle diversità mira a un approccio positivo e riflessivo nei confronti di queste differenze, al fine di individuare norme che consentano a un'azienda, ai suoi clienti e collaboratori di agire con successo. Le basi generali a tal fine sono costituite dai principi della dignità umana e delle pari opportunità, il cui rispetto nel lavoro quotidiano richiede una particolare attenzione da parte delle istituzioni sanitarie. La competenza transculturale a tutti i livelli significa «la capacità di cogliere e comprendere mondi individuali in una situazione particolare e in contesti diversi e di adeguarvi i modi d'agire» (pagina 26).

Le raccomandazioni sono suddivise per settori d'attività: strategia, rilevamento dei dati, qualità, politica del personale, procedure mediche e infermieristiche, interpretariato e traduzione, perfezionamento professionale dei collaboratori e servizi centrali. Le informazioni di base in merito a singoli campi illuminano singoli aspetti.

Le **raccomandazioni** possono essere riassunte come segue:

→ Le basi aziendali quali mandato, missione, strategia, portafoglio delle offerte e pianificazione delle risorse, devono riferirsi espressamente alla realizzazione di una politica aziendale che tenga conto delle diversità e della migrazione. Grazie ad adeguati progetti di sviluppo dell'organizzazione, si promuove una disamina critica dei principi in vigore e si

Per una lettura rapida

| Peter Saladin

Introduzione

Migrazione e
competenza transculturale

Sfide per la gestione
delle strutture sanitarie

Raccomandazioni

¹ Quando non si tratta espressamente di un ospedale, di una clinica specializzata (di riabilitazione, psichiatrica) o di un istituto per lungodegenti, nel seguito del testo verrà fatto uso di volta in volta di termini quali «istituzione/i sanitaria/e», «istituzione/i», «impresa/e» o «azienda/e».

Basi aziendali

Dati specifici	delineano nuovi orientamenti forgiati nell'azione. La convinzione personale e il modo di agire degli organi direttivi sono presupposti necessari per il successo. → Il variegato microcosmo delle istituzioni sanitarie può essere identificato grazie a dati specifici relativi alla singola istituzione e ai servizi erogati, alle sue dimensioni, che influiscono sul successo dell'istituzione. Questi dati non servono per escludere ma bensì per integrare. In tale contesto si rispettano le norme di protezione dei dati.
Qualità della struttura, delle procedure e dei esiti	→ Le misure per il miglioramento della qualità della struttura, delle procedure e dei esiti includono espressamente anche gli aspetti relativi alla diversità e alla migrazione. Il fatto di tenerne conto è il criterio chiave per un'offerta di servizi orientata verso i pazienti e i clienti. Chi tiene conto delle differenze delle rispettive situazioni di partenza può organizzare strutture e procedure efficienti, che consentano risultati adatti a tutte le situazioni.
Competenze dei collaboratori	→ Devono essere individuate, messe a frutto e promosse le molteplici competenze dei collaboratori diversi per origine, lingua, appartenenza religiosa e status sociale. Esse rappresentano, infatti, un'opportunità per la realizzazione della competenza transculturale nell'organizzazione. Le basi di politica del personale, i servizi del personale, le direttive concernenti l'assunzione e la promozione così come la prassi relativa a informazione e comunicazione devono tener conto di questa situazione.
Procedure medico-infermieristiche	→ Le procedure medico-infermieristiche devono essere concepite in base a un approccio che considera il paziente come una persona responsabile. Le procedure per il ricovero regolare, il ricovero d'urgenza, la diagnosi, il trattamento e le dimissioni sono coerenti con questa impostazione. Va attribuita la massima importanza alla comprensione reciproca, in particolare attraverso il consenso informato, quando si scambiano informazioni tra persone che parlano lingue diverse o che differiscono quanto a capacità di comprensione della lingua locale. Il coinvolgimento di personale poliglotta in diverse situazioni è disciplinato per iscritto e riconosciuto nell'istituzione. Le risorse individuali dei pazienti e dei pensionanti² e del loro ambiente sono consapevolmente messe a frutto e incentivate.
Mediazione linguistica	→ Al fine di superare le barriere linguistiche devono essere definite e disciplinate nell'istituzione le diverse possibilità di mediazione linguistica. A seconda dei bisogni e in base a pre-requisiti definiti, occorre rivolgersi a interpreti esterni (eventualmente per telefono), impiegare collaboratori poliglotti come interpreti ad hoc, impiegare ausili visivi e linguistici (pittogrammi o dizionari), rivolgersi a familiari e persone di riferimento nonché consegnare traduzioni scritte. È compito degli organi direttivi disciplinare le possibilità d'intervento e creare i presupposti necessari a tal fine. I mezzi personali e finanziari necessari devono essere stanziati in maniera tale che la soglia di accesso ai singoli strumenti sia più bassa possibile e esente da discriminazione.
Formazione del personale	→ I collaboratori devono essere continuamente e sistematicamente formati al fine di garantire la qualità del trattamento in un contesto in continuo mutamento. In questo modo i collaboratori acquisiscono sicurezza nell'avvicinarsi a persone di origine, lingua, religione e classe sociale diverse. Si riducono in tal modo lo stress e i comportamenti errati, si evitano costi inutili e si aumenta l'efficienza. I contenuti e le forme del perfezionamento professionale devono essere adeguati alle esigenze dell'istituzione. Alle raccomandazioni è allegato un programma quadro.
Servizi centrali	→ Il personale dei servizi centrali di un'istituzione – gestione dei ricoveri e delle dimissioni, i servizi telefonici, i servizi d'informazione e documentazione, i servizi per questioni dei pazienti (ad esempio: regolamento delle visite) – nonché il personale dei servizi alberghie-

² Il termine «paziente» si riferisce a «malati» e «persone che chiedono aiuto» in ospedale o in clinica; con il termine «pensionanti» s'intendono le persone che vivono negli istituti per lungodegenti.

ri, dei servizi religiosi e dei servizi sociali dispone delle conoscenze e abilità necessarie per affrontare le diverse esigenze dei singoli e dei gruppi.

- Le istituzioni sanitarie si avvalgono della rete nazionale e internazionale nella quale operano (da pagina 81 a pagina 88). Questo consente il sostegno e l'aiuto reciproco oltre che lo scambio delle conoscenze più recenti e delle esperienze acquisite. La letteratura scientifica, suddivisa per settori, approfondisce singoli temi (da pagina 111 a pagina 113). I relativi riferimenti sono riportati negli allegati. La Dichiarazione di Amsterdam – verso ospedali «migrant-friendly» in una Europa diversa sul piano etnoculturale del 2004 stabilisce i criteri per lo sviluppo futuro (da pagina 95 a pagina 100).

Rete nazionale e internazionale

Il presente manuale deve essere il punto di partenza per una discussione approfondita delle istituzioni sanitarie relativa ai temi della diversità, delle pari opportunità e della migrazione, allo scopo di fornire servizi ottimali per tutti i gruppi della popolazione. La pratica concreta condurrà a nuove conoscenze che, a loro volta, potranno sfociare in miglioramenti futuri.

Destinatari

Introduzione



Introduzione

Perché questo manuale?

Il presente manuale è rivolto ai dirigenti di ospedali, cliniche e istituti per lungodegenti.¹ Esso ha l'obiettivo di aiutare con esempi e consigli pratici i responsabili delle istituzioni sanitarie nello sforzo di trovare una risposta imprenditoriale credibile e di successo al fenomeno sempre più diffuso della diversità e della migrazione.

Tre sfide risultano centrali a tale proposito:

- Le aspettative dei pazienti e dei pensionanti² nei confronti della cura ospedaliera o ambulatoriale e del ricovero presso istituzioni sanitarie variano in misura sempre maggiore a seconda della diversa origine, cultura, lingua, valori, particolarismi sociali e individuali nonché del diverso comportamento in caso di salute o di malattia. Non si tratta unicamente di persone che nel corso degli ultimi anni e decenni sono giunte nel nostro Paese in seguito a fenomeni di migrazione e che vivono qui; anche la migrazione all'interno della Svizzera, da nord a sud, da ovest a est e dalla campagna alla città, crea situazioni per le quali il diverso, l'altro, diventa tema centrale a tutti i livelli di un'istituzione sanitaria.
- Dall'esperienza passata e da indagini scientifiche condotte risulta che lo stato di salute della popolazione migrante e delle minoranze è spesso peggiore di quello della popolazione autoctona. Molte sono le ragioni di questa situazione: differenze di risorse personali, squilibri sociali e diverso accesso alle istituzioni sanitarie. Occorre garantire il rispetto dei valori centrali della Costituzione federale di cui agli articoli 2, 7 e 8, anche e soprattutto in ambito sanitario, nonché per quanto possibile il rispetto dei principi delle pari opportunità, della dignità umana e dell'uguaglianza davanti alla legge.
- Numerose sono le persone di origine straniera tra i dipendenti di ospedali, cliniche e istituti per lungodegenti: personale medico e infermieristico, e lavoratori delle altre differenti e numerosi professionalità ospedaliere. Senza di loro le istituzioni sanitarie svizzere non sarebbero in grado di svolgere il loro compito.

La migrazione è una delle cause della diversità, ma non l'unica. Questa si fonda infatti su vari aspetti dell'evoluzione della vita in società, su fattori economici e politici e si manifesta in diverse esigenze, richieste e comportamenti umani. Tenuto conto di questa situazione, una direzione previdente e competente di un'istituzione sanitaria si porrà tra l'altro le seguenti domande alle quali darà una risposta a livello strategico e operativo:

- Gli organi direttivi sono consapevoli dell'importanza, delle proporzioni e delle conseguenze di diversità e migrazione in seno alla loro istituzione?
- Com'è possibile garantire la qualità dei servizi medico-infermieristici e amministrativi, tenuto conto della diversità di esigenze di pazienti, pensionanti e collaboratori?
- Come si possono promuovere le competenze professionali e sociali dei collaboratori, affinché essi possano dare il meglio di sé in questo contesto diversificato?
- Come si possono mettere a frutto, per l'azienda nel suo complesso, le esperienze e le competenze specifiche di singoli collaboratori in relazione a diversità e migrazione?
- È un obiettivo dell'istituzione trattare con rispetto le persone che le sono affidate e garantire loro pari opportunità?
- Come si può rispondere alle aspettative e misurare il grado di soddisfazione dei pazienti e dei pensionanti rispetto ai servizi erogati da un'istituzione e il grado di soddisfazione del personale per quanto riguarda il posto di lavoro?

Perché questo manuale?

| Peter Saladin

Sfide

Problematiche centrali

1 Quando non si tratta espressamente di un ospedale, di una clinica specializzata (di riabilitazione, psichiatrica) o di un istituto per lungodegenti, nel seguito del testo verrà fatto uso di volta in volta di termini quali «istituzione/i sanitaria/e», «istituzione/i», «impresa/e» o «azienda/e».

2 Il termine «paziente» si riferisce a «malati» e «persone che chiedono aiuto» in ospedale o in clinica; con il termine «pensionanti» s'intendono le persone che vivono negli istituti per lungodegenti.

Responsabilità degli organi direttivi

Il presente manuale si rivolge pertanto espressamente agli organi direttivi, in quanto responsabili dello sviluppo aziendale. Esso riprende le esperienze di istituzioni svizzere ed estere e fa riferimento ad un'ampia letteratura scientifica, direttamente destinata agli operatori sanitari. Gli organi direttivi dovrebbero verificare in che misura le linee guida della loro istituzione si conformano alle esigenze di una gestione intelligente della diversità, grazie all'aiuto di questo manuale e alla suddivisione sistematica dei temi affrontati. Una direzione aziendale che pone l'accento sul singolo individuo non può non tener conto in modo coerente degli aspetti della diversità e della migrazione nell'erogare servizi a pazienti e pensionanti.

Gli autori sono consapevoli che la diversità e la migrazione creano fatti e situazioni sempre nuovi. Il contesto nazionale e internazionale muta le condizioni sociali, economiche e politiche di diversità e migrazione e viceversa. Nel presente manuale si tiene conto dei fatti noti al momento della pubblicazione e se ne traggono raccomandazioni per la direzione di istituzioni sanitarie. È compito dei dirigenti sviluppare una politica coerente oltre che adeguata alle singole esigenze.

Per la spiegazione di concetti relativi a diversità e migrazione si rimanda alle pagine 91-94.

Le istituzioni sanitarie – un microcosmo variegato

Gli ospedali, le cliniche e le istituzioni per lungodegenti sono spesso considerate un mondo a parte, una città nella città, con una propria cultura e con regole specifiche. In esse si rispecchiano e si riuniscono realtà personali e sociali: ne va della salute se non addirittura della vita degli uomini. In esse si manifesta in modo immediato la realtà di una società diversificata e mobile.

Nel 2004, gli stranieri permanentemente residenti in Svizzera costituivano il 21,8% della popolazione residente.¹ Il numero delle persone con background migratorio è in realtà ben superiore a questo livello. Per motivi personali, professionali, economici o politici, questi individui vivono nel nostro Paese, in modo permanente o transitorio. Essi contribuiscono notevolmente al benessere del nostro Paese; partecipano al finanziamento del sistema sanitario svizzero e vi fanno ricorso in caso di bisogno.

Fattori economici, sociali e politici fanno del fenomeno della mobilità e della migrazione una costante dello sviluppo. Milioni di turisti, di uomini d'affari e di persone in viaggio per altre ragioni vengono nel nostro Paese o lo attraversano e all'occorrenza fanno ricorso alla nostra sanità. Lo stesso vale, in senso inverso, per gli svizzeri all'estero.

Nel 2003² 36473 persone residenti all'estero sono state curate negli ospedali svizzeri usufruendo di servizi stazionari o semistazionari; questa cifra corrisponde al 2,7% di 1,3 milione di pazienti. Supponendo che le persone con una storia di migrazione alle spalle ricorrano al sistema sanitario in uguale misura rispetto agli svizzeri, si aggiungerebbe un 22% circa: nel complesso, quindi, facendo una stima, circa un quarto dei casi trattati negli ospedali pubblici e privati svizzeri riguarda stranieri o persone che risiedono all'estero. Vi sono in ogni caso grandi differenze tra le singole istituzioni, a seconda dei servizi erogati e/o della posizione geografica.

Anche il mondo all'interno delle istituzioni sanitarie equivale a un microcosmo. In tutte le categorie professionali, gli stranieri o svizzeri con un background migratorio rappresentano una parte considerevole della popolazione. Nelle grandi istituzioni sanitarie, questa percentuale sale fino all'80%. La percentuale di occupati stranieri nel settore ospedaliero era del 28% nel 2001 (ultimo dato disponibile) rispetto al 24,4% dell'occupazione complessiva in Svizzera.³ I collaboratori provengono dai paesi d'origine più svariati. Con le loro diverse culture, le loro lingue, le loro formazioni, i loro valori e i loro comportamenti contribuiscono a caratterizzare la quotidianità ospedaliera. Spesso, tuttavia, le loro risorse, che potrebbero essere impiegate per conseguire dei miglioramenti della qualità, rimangono inutilizzate. Le istituzioni sanitarie hanno assunto queste persone come lavoratori. Ma vengono percepiti anche come esseri umani? La cultura aziendale è preparata per utilizzare la loro diversità come opportunità per lo sviluppo dell'azienda? Possono difendersi in caso di discriminazione? E vengono costruiti i ponti necessari alla promozione dell'integrazione?

Tenuto conto di questi presupposti è evidente che le istituzioni sanitarie necessitano di una politica aziendale attiva, previdente e competente a livello transculturale, che sia rispettosa di tutti i pazienti, di tutti i pensionanti e di tutti i lavoratori.

Le istituzioni sanitarie – un microcosmo variegato

| Peter Saladin

Proporzione di stranieri
della popolazione residente



1 Ufficio federale di statistica
UST (2005) La population étrangère en Suisse. Neuchâtel

2 Ufficio federale di statistica
UST (2005) Statistique médicale 2003. Neuchâtel

3 Ufficio federale di statistica
UST (2003) Beschäftigte im Gesundheitswesen. Ergebnisse der Betriebszählung 2001, Beschäftigtenstatistik (BESTA). Neuchâtel

Strategia della confederazione 2002–2007: «Migrazione e salute»

| Petra Aemmer

Strategia della Confederazione 2002-2007: «Migrazione e salute»

Il sistema sanitario svizzero è in parte insufficiente per quanto riguarda l'assistenza alla popolazione migrante, come dimostrano sia la ricerca, sia la pratica. Parte della popolazione migrante è esposta a grandi rischi di salute; i migranti sono inoltre svantaggiati rispetto ad altri gruppi della popolazione. Se si desidera raggiungere l'obiettivo e soddisfare l'esigenza della «salute per tutti», è necessario agire.

La strategia della Confederazione «Migrazione e salute 2000-2006» è il risultato di un'ampia indagine condotta tra gli esperti del settore e di un'estesa procedura di consultazione. La strategia è stata elaborata dall'Ufficio federale della sanità pubblica UFSP in collaborazione con l'Ufficio federale della migrazione UFM e con la Commissione federale degli stranieri CFS in vista dell'obiettivo definito dall'Organizzazione mondiale della sanità OMS «Salute per tutti nel secolo XXI» ed è stata approvata dal Consiglio federale nel mese di luglio 2002. Nel maggio 2005 il Consiglio federale ne ha prolungato la durata di un anno, sino alla fine del 2007.

L'obiettivo a lungo termine è la creazione di una sanità che tenga conto dei bisogni di una società che muta con le migrazioni e dei bisogni dei diversi gruppi di utenti.

Per migliorare l'accesso alla sanità e all'erogazione di servizi specifici, la strategia suddivide le misure da adottare in cinque ambiti di intervento, indicati qui di seguito per ordine di priorità:

Cinque ambiti di intervento

1. Formazione (formazione e perfezionamento professionale)
2. Informazione, prevenzione e promozione della salute
3. Assistenza sanitaria
4. Offerta di terapie per i rifugiati e i richiedenti l'asilo che hanno subito dei traumi
5. Ricerca (basi, valutazione, monitoraggio)

L'attuazione della strategia avviene in stretta collaborazione con gli uffici federali interessati nonché con cantoni, città, opere assistenziali, organizzazioni non governative e istituti di ricerca. Ulteriori informazioni relative alla strategia sono disponibili sul sito www.bag.admin.ch.

www.bag.admin.ch

Assistenza sanitaria

La presente pubblicazione si occupa del settore d'intervento (3.) relativo all'assistenza sanitaria. Si tratta soprattutto di eliminare quelle barriere d'accesso alla regolare assistenza sanitaria in ospedali, cliniche e istituti per lungodegenti, che sono spesso più alte per i migranti di quanto non lo siano per gli autoctoni. Inoltre, si tratta di garantire la qualità dell'assistenza anche in situazioni nelle quali la diversità dei pazienti richiede un'attenzione particolare. A tale scopo, l'UFSP e H+ Gli Ospedali Svizzeri hanno firmato alla fine del 2003 un contratto che incarica H+ della realizzazione del progetto Migrant-Friendly Hospitals – rete di ospedali per la popolazione migrante (MFH) (pagina 19). Questo progetto riprende, tra le altre cose, un progetto analogo ormai concluso realizzato in 12 ospedali di altrettanti Stati dell'Unione Europea (www.mfh-eu.net).

www.mfh-eu.net

Progetto MFH

Progetto Migrant-Friendly Hospitals – rete di ospedali per la popolazione migrante (MFH)

Gli obiettivi del progetto, che durerà dal 1. 12. 2003 al 30. 11. 2007, sono:

- la creazione di una rete di istituzioni sanitarie che si contraddistinguono per le particolari competenze nell'assistenza alla popolazione migrante;
- la trasmissione di nozioni e know how grazie a uno scambio di esperienze del personale medico, infermieristico e amministrativo direttamente interessato;
- l'elaborazione di raccomandazioni e standard di «best practice» in quanto a competenza transculturale nonché la loro pubblicazione e diffusione;
- la promozione e il sostegno di misure concrete nelle istituzioni sanitarie; il progetto dispone di un pool di risorse dal quale possono essere garantiti finanziamenti iniziali per progetti innovativi per le istituzioni sanitarie.

P. Saladin è stato incaricato di dare attuazione al progetto. Un gruppo centrale aperto a tutte le istituzioni sanitarie favorisce lo scambio di idee ed esperienze e l'elaborazione di raccomandazioni rivolte alle istituzioni sanitarie. Tali raccomandazioni sono state elaborate prevalentemente in gruppi di lavoro e sono confluite in questa pubblicazione. Un gruppo consultativo di specialisti del settore della migrazione e della salute accompagna e sostiene il progetto.

Sino a fine giugno 2006 sono stati finanziati dal pool menzionato 15 progetti e studi per un totale di CHF 605 879.

Al momento della pubblicazione del presente manuale non è stato ancora deciso se la rete sarà definitivamente istituzionalizzata. L'obiettivo è di garantire che i processi che hanno preso avvio con il presente progetto possano continuare nel tempo grazie a iniziative sul piano organizzativo e agli sforzi comuni delle istituzioni sanitarie.

Informazioni dettagliate sul progetto Migrant-Friendly Hospitals – rete di ospedali per la popolazione migrante (MFH) – sono disponibili su Internet: www.hplus.ch ► Accesso diretto ► Migrant Friendly Hospitals.

Progetto Migrant-Friendly Hospitals – rete di ospedali per la popolazione migrante (MFH)

| Peter Saladin

Scambio di esperienze

Finanziamento

Migrazione e competenza transculturale

Migrazione e diversità

In questo contesto la migrazione è intesa come movimento di una persona o di un gruppo di persone oltre ai confini amministrativi o politici di un paese e da un'unità geografica a un'altra con il desiderio di stabilirsi definitivamente o temporaneamente in un luogo diverso da quello di origine.¹ L'idea che gli uomini siano stanziali per natura e che la migrazione costituisca l'eccezione potrà forse apparire vera solo ad un primo sguardo superficiale. Da sempre in realtà l'uomo è in movimento, alla costante ricerca di nuove o migliori condizioni di vita. L'uomo è sempre migrato: nell'antichità, all'epoca dei Vichinghi, durante la colonizzazione o l'emigrazione transatlantica di massa degli europei verso il Nord America nel secolo XVIII e XIX. Dalla fine della seconda guerra mondiale, le proporzioni dei movimenti di migrazione sono costantemente aumentate a livello globale, fino a coinvolgere tutte le regioni del mondo. Non vi è praticamente area geografica che non sia toccata da questi movimenti, siano essi di emigrazione, immigrazione o transito. Stephen Castles², un sociologo delle migrazioni contemporaneo, parla, in relazione alla dimensione globale delle migrazioni nel secolo XX, di una «Age of Migration». Questo termine è oramai divenuto corrente come metafora per l'onnipresenza delle migrazioni. Stando alle stime, all'inizio del secolo XXI il 3,0% della popolazione mondiale ovvero 200 milioni di persone erano migranti internazionali. Questo dato corrisponde a 1 persona su 35, in altre parole i migranti nel mondo sono tanti quanti gli abitanti del Brasile, il quinto paese al mondo per popolazione.³

Sino all'inizio del secolo scorso, la Svizzera era un paese da cui si emigrava. Nel corso dell'industrializzazione è tuttavia aumentata la domanda di manodopera, e dalla metà del secolo XIX si è fatto sempre più ricorso a lavoratori stranieri. Durante la prima guerra mondiale, la percentuale di stranieri diminuì, ma dopo la seconda guerra mondiale in Svizzera serviva ulteriore manodopera e fino alla seconda metà degli anni '80 si fece quindi nuovamente ricorso al reclutamento all'estero. La politica d'immigrazione svizzera è stata determinata in ampia misura da motivi di carattere economico ed è sempre stata almeno in parte al servizio del mercato del lavoro.⁴ Dagli anni '80 la politica d'ammissione svizzera si è fatta sempre più restrittiva. Una delle conseguenze di questa politica è stato l'aumento continuo della percentuale di persone che giungono in Svizzera attraverso la via dell'asilo facendo valere ragioni d'ammissione non economiche ma umanitarie. Tuttavia, i nuovi ingressi attraverso la via dell'asilo sono stati sempre nettamente inferiori ai permessi per lavoratori migranti.

Nel 2004 la percentuale della popolazione straniera residente in Svizzera era pari al 21,8%, di cui una minima parte, ovvero il 3,4% degli stranieri, pari a 55 100 persone, aveva ottenuto l'asilo.⁵

Storicamente, la maggior parte della popolazione migrante che si recava e si reca in Svizzera è di origine europea; negli ultimi anni, tuttavia, si osserva una crescente diversificazione. La percentuale di cittadini provenienti da paesi extraeuropei è cresciuta continuamente, e nel 2004 era pari al 14,6% della popolazione straniera (238 000).⁶ La popolazione migrante, ovvero tutte le persone non nate in Svizzera indipendentemente dalla loro cittadinanza nonché i relativi figli (la cosiddetta seconda generazione), rappresenta senza dubbio un gruppo demografico molto eterogeneo in quanto a origine, età, caratteristiche familiari e criteri socio-professionali. Le persone con un background migratorio si possono trovare attualmente in

Migrazione e diversità

| Janine Dahinden



La Svizzera: dall'emigrazione all'immigrazione

La diversità della popolazione migrante

1 International Organization for Migration IOM (2003) Facts and Figures on International Migration. Migration Policy Issues 2

2 Castles S und Miller M J (1993) The age of migration: international population movements in the modern world. Houndmills [ecc.]: MacMillan

3 The Global Commission on International Migration (2005) Migration in an Interconnected World: New Directions for Action. Report of the Global Commission on International Migration. www.gcim.org

4 Piguet E (2005) L'immigration en Suisse depuis 1948. Une analyse des flux migratoires vers la Suisse. Seismo, Zurigo e

Wicker HR (2003) Einleitung: Migration, Migrationspolitik und Migrationsforschung.

In: Wicker HR, Fibbi R und Haug W (a cura di) Migration und die Schweiz. Seismo, Zurigo, 12-62

5, 6 Ufficio federale di statistica UST (2005) La population étrangère en Suisse. Neuchâtel

Diversità e pluralità quali
elementi di società moderne

tutti i gruppi sociali e le posizioni professionali. Essi sono diversi per le condizioni di soggiorno e per i motivi che li hanno spinti a migrare. Non abbiamo in nessun caso a che fare con una massa omogenea di migranti, ma piuttosto con un mosaico variegato e diversificato di persone diverse.

Responsabile del grande pluralismo dell'attuale società svizzera non è tuttavia la sola immigrazione. Da molto tempo conosciamo infatti una varietà linguistica e culturale, simbolizzata ad esempio dai diversi gruppi linguistici. Cionondimeno, negli ultimi anni la Svizzera è caratterizzata da un forte mutamento culturale e sociale come si può peraltro osservare nella maggior parte delle società moderne. La caratteristica più importante è una pluralizzazione degli stili di vita, dei modi di vita, delle lingue e dei sistemi di valori. La sociologia imputa questa diversificazione a diversi fattori: la democratizzazione dei sistemi formativi, l'introduzione di sistemi di assicurazione sociale negli Stati sociali così come la diffusione dell'economia di mercato.

Migrazione e pari opportunità

Dovuta almeno in parte alla migrazione, la diversità, ha un'altra conseguenza. L'origine determina oggi sempre più le opportunità di accedere a risorse sociali quali la formazione, i posti di apprendistato, i posti di lavoro ma anche i servizi del sistema sanitario, con conseguenze negative per la popolazione migrante: determinati gruppi immigrati sono rappresentati in misura proporzionalmente eccessiva negli strati inferiori della società. Essi sono inoltre discriminati nell'accesso ai posti di lavoro (a parità di qualifica dei candidati svizzeri).⁷

Questo stato di cose si rispecchia anche nel fatto che una parte della popolazione migrante non ha la medesima possibilità di accesso ai servizi sanitari degli autoctoni ed esistono barriere per un'adeguata assistenza sanitaria. La migrazione può pertanto impedire l'accesso ad una situazione di pari opportunità anche in una società democratica. Oltre ai fattori noti che spiegano le disparità all'interno di una società, quali la classe sociale o il sesso, oggi le differenze sono sempre più dovute anche alla nazionalità e all'etnicità.

La diversità
e le istituzioni sanitarie

Ma che cosa comporta una tale diversità per le istituzioni dell'assistenza sanitaria? I pazienti riflettono questa diversità. Il personale medico e curante si trova in misura sempre maggiore a far fronte, nell'attività lavorativa quotidiana nei reparti, nei policlinici ma anche nei servizi ambulatoriali, a migranti le cui pratiche sociali, i cui valori o le cui scelte sono loro sconosciuti per certi versi; questo fatto è destabilizzante per il personale. Se a ciò si aggiungono problemi di comunicazione di carattere linguistico e culturale, vi è il rischio che aspetti importanti della vita e delle esperienze dei migranti sfuggano all'attenzione e sfocino quindi in cure non adeguate. Le istituzioni di assistenza sanitaria devono affrontare il compito di adeguare i loro servizi in maniera tale da tener conto di tale diversità e da ottenere pari opportunità e la partecipazione di tutti i pazienti, come richiesto dall'Organizzazione mondiale della sanità OMS.

Due approcci

A tale fine occorre adottare contemporaneamente due approcci:

→ Il primo consiste nel perseguire una politica orientata alle differenze in generale. La migrazione in questo caso viene interpretata come dato di fatto, (con) causa e conseguenza della società pluralistica. Salute e migrazione sono pertanto parte di un Diversity Mainstreaming valido anche in altri ambiti della società. Con questo termine s'intende un modo di procedere per il quale le differenze sul piano individuale o collettivo (sesso, classe sociale, livello di formazione, appartenenza culturale e esperienza di migrazione) sono integrate in una prospettiva più ampia. La migrazione in questo caso è solo uno dei tanti

⁷ Fibbi R, Kaya B und Piguet E
(2003) Le passeport ou
le diplôme? SFM. Neuchâtel

aspetti che occorre considerare in questo tipo di management. L'obiettivo è di raggiungere le pari opportunità nel rispetto della diversità.

- Un secondo approccio consiste nel ricorso a servizi specifici per la migrazione. In molti casi questi servizi sono indispensabili, ad esempio nella comunicazione. I servizi specifici della migrazione devono consentire pari opportunità ai migranti.

Per le istituzioni sanitarie, affrontare globalmente la diversità significa verificare, quando sia meglio adottare un approccio di apertura generale delle istituzioni e quando invece non sia d'uopo ricorrere a misure mirate a soddisfare bisogni specifici dei migranti.



Competenza transculturale

| Dagmar Domenig

Competenza transculturale

La competenza transculturale è la capacità di cogliere e comprendere mondi individuali in situazioni particolari e in contesti diversi e la capacità di adeguarvi i modi d'agire. Gli specialisti competenti sul piano transculturale percepiscono i migranti come individui che operano in contesti specifici e non come rappresentanti di culture cosiddette straniere. La culturalizzazione dei migranti poggia, infatti, sull'ipotesi che siano stati socializzati in una determinata cultura, chiaramente singolarizzabile, con norme e valori predefiniti, e che si comportino pertanto in maniera specifica alla loro cultura.

In un mondo sempre più globalizzato, con un elevato grado di mobilità, concetti culturali rigidi di questo tipo non hanno tuttavia più alcuna validità, poiché non corrispondono quasi più alla realtà di vita dei migranti. La transculturalità invita inoltre a scoprire non solo le differenze, ma anche le comunanze e ad impedire situazioni di rifiuto ed esclusione grazie a un reciproco venirsi incontro e comprendersi. La competenza transculturale mette al centro l'incontro tra specialisti e membri della popolazione migrante e consiste in sostanza in una capacità d'interazione professionale in un contesto di migrazione. A tale fine gli specialisti devono imparare in una prima fase a considerare più attentamente il proprio mondo e le proprie esperienze di vita personali in un processo di autoriflessione. Solo successivamente essi saranno in grado di classificare e comprendere meglio anche il mondo e le esperienze di vita dei migranti. L'attuazione coerente di un atteggiamento competente in termini transculturali richiede pertanto agli specialisti la disponibilità a entrare in relazione con una tematica estremamente complessa e la capacità di mettere in discussione o di accantonare i propri modelli di comportamento e punti di vista familiari.^{1, 2}

Gli specialisti competenti in materia transculturale si impegnano affinché i migranti possano far valere il loro diritto alle pari opportunità in ambito sanitario nonostante barriere linguistiche e altre barriere tipiche della migrazione. Un atteggiamento competente in termini transculturali deve basarsi sul rispetto per la dignità umana, sul principio delle pari opportunità e sul divieto della discriminazione. Infatti, ai sensi dell'articolo 2 della Costituzione federale, la Confederazione svizzera «provvede ad assicurare per quanto possibile pari opportunità ai cittadini».

L'articolo 7 della Costituzione federale garantisce la dignità umana, e in base all'articolo 8 nessuno può essere discriminato, in particolare a causa dell'origine, della razza, del sesso, dell'età, della lingua, della posizione sociale, del modo di vita, delle convinzioni religiose, filosofiche o politiche, e di menomazioni fisiche, mentali o psichiche.³

In particolare, affermazioni culturalizzanti possono celare atteggiamenti razzisti che contribuiscono a far sì che la dignità umana dei migranti nell'assistenza sanitaria venga violata e che essi siano discriminati a causa della loro origine, del loro modo di vita e delle loro convinzioni. La sola culturalizzazione non può ancora essere definita un comportamento razzista; di razzismo si parla solo se cosiddette differenze vengono valutate negativamente e qualcuno viene escluso o danneggiato in seguito a differenze supposte.⁴

Un'istituzione competente in termini transculturali riconosce inoltre le capacità specifiche e transculturali di collaboratori con un background di migrazione e la loro importanza cruciale nella cura dei migranti e pertanto nell'intera organizzazione. Essa s'impegna affinché questi ultimi non subiscano alcuno svantaggio al momento dell'assunzione, durante il lavoro, nel perfezionamento professionale e nella promozione rispetto ai collaboratori autoctoni.

Eliminare le barriere

1 Domenig D (2001a) Einführung in die transkulturelle Pflege. In: Domenig D (a cura di) Professionelle transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Hans Huber, Berna, 139-158

2 Domenig D (2001b) Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz. Hans Huber Berna

3 Costituzione federale, 18. 12. 1998 (RU 1999 2556)

4 Memmi A (1999) Le racisme: description, définitions, traitement. Gallimard, Paris

L'implementazione della competenza transculturale è un compito trasversale che deve essere affrontato a tutti i livelli e in tutti gli ambiti di un'istituzione sanitaria. Le offerte formative o l'intervento degli interpreti possono contribuire a cambiare il comportamento di singoli specialisti; però i miglioramenti nell'assistenza sanitaria ai migranti saranno solo puntuali se non vengono messe a disposizione le necessarie strutture o non vengono modificati, talvolta anche profondamente, i rapporti nelle organizzazioni in campo sanitario. Con un'integrazione completa della prospettiva transculturale in tutte le questioni pertinenti all'assistenza sanitaria esiste invece l'opportunità di eliminare effettivamente le barriere d'accesso ai migranti in modo che anch'essi ricevano, nell'ambito dell'assistenza sanitaria, un trattamento consono alla loro storia, al loro mondo e alle loro attuali condizioni di vita.

Competenza transculturale come compito trasversale



**Comunicazione:
le lingue straniere in ospedale**
| Alexander Bischoff

Comunicazione: le lingue straniere in ospedale

La diversità in un ospedale comporta tra le altre cose anche una molteplicità di lingue. L'assenza di una lingua comune crea barriere linguistiche. Le cosiddette barriere linguistiche sono tuttavia piuttosto lacune linguistiche: non vi è niente che divida attivamente gli interlocutori, ma vi è piuttosto un vuoto, una spaccatura che rende impossibile comunicare. Nell'attività clinica, le barriere linguistiche sono percepite sempre più chiaramente, ma ancora oggi, spesso, non si riconosce che possano anche avere conseguenze dirette sul piano clinico. Ecco tre esempi di conseguenze cliniche dovute a barriere linguistiche. Le citazioni sono tratte da storie di pazienti stranieri curati in un policlinico.¹ Sono suddivise in base alle principali conseguenze nella cura dei pazienti; ai tre esempi elencati seguono quindi brani tratti dalla letteratura internazionale, soprattutto anglosassone.²

1. «L'olfatto non può essere verificato in assenza di adeguate conoscenze linguistiche.» «Si sarebbe potuto risolvere la questione con un esame delle urine prelevate di giorno e di notte. Purtroppo però non è stato possibile farlo capire al paziente per ragioni di carattere linguistico.»

Risultati emersi dagli studi: spesso i pazienti allogliotti parlavano meno delle loro condizioni di salute (rispetto agli anglofoni) e le loro dichiarazioni durante le visite venivano spesso ignorate. Chiarimenti preventivi erano più rari nel caso dei pazienti che parlavano una lingua straniera, e la lingua straniera impediva uno screening sistematico del cancro presso le donne. Quando però i pazienti allogliotti presentavano patologie palesi, si effettuavano molti più esami diagnostici, presumibilmente per compensare le insufficienti possibilità di comprensione.

2. «Tenuto conto dei problemi linguistici e dei continui cambiamenti della situazione abitativa, molto probabilmente la paziente non ha assunto correttamente i medicinali per lungo tempo.»

Risultati emersi dagli studi: le persone di lingua straniera hanno mostrato una peggiore compliance nell'automonitoraggio della glicemia. In un altro setting le persone alloglotte mostravano semplicemente una minore adesione alle indicazioni terapeutiche.

3. «Il paziente ha capito male: prendeva l'insulina un giorno su due invece di misurare la glicemia un giorno su due!»

Risultati emersi dagli studi: è più raro che le persone alloglotte siano invitate a presentarsi per una visita di controllo ed esse stesse sono tornate più raramente nell'istituto di riferimento. Inoltre, presso gli allogliotti sono state osservate più spesso complicazioni dovute all'assunzione di medicinali.

Queste conseguenze negative e – come mostrano gli esempi – a volte gravi delle barriere linguistiche non devono essere considerate ineluttabili dagli ospedali. Un'istituzione sanitaria migrant-friendly dispone di due opzioni: o si formano dei collaboratori interni che comunicano quindi nella lingua dei pazienti e garantiscono il servizio d'interpretariato, o le istituzioni fanno ricorso a interpreti esterni che hanno seguito un'adeguata formazione.

Trovare gli specialisti che parlano la lingua dei pazienti di lingua straniera o metterli in condizione di imparare la lingua è senz'altro una strategia opportuna. Nella letteratura specialistica si possono trovare documenti che provano che i pazienti preferiscono un dottore che parli la loro lingua a un interprete. In Svizzera si stanno facendo degli sforzi per individuare e incentivare il potenziale di esperti con un background migratorio e le relative conoscenze linguistiche. Determinate istituzioni tengono conto del fattore del plurilinguismo già quando assumono i collaboratori.

Difficoltà insorte
nel corso dell'anamnesi

Difficoltà a garantire l'adesione alle
indicazioni terapeutiche (compliance)

Difficoltà a garantire
una cura adeguata

Superare le barriere linguistiche

1 Bischoff A, Kurth E, Schneider M, Hoffmann S, Heuss L-TI (2005) «A-Care»: Gesundheitsversorgung und -kosten von Asylsuchenden in Basel. Rapporto di ricerca per l'Ufficio federale della migrazione. Institute of Nursing Science. Università di Basilea ed Ospedale universitario di Basilea

2 Indicazioni bibliografiche possono essere richieste all'autore. I riferimenti principali sono comunque contenuti nei seguenti testi:
Flores G (2005) The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. Med Care Res Rev 62(3): 255-299
e
Jacobs E, Chen AH et al (2006) The need for more research on language barriers in health care: a proposed research agenda. Milbank Q 84(1): 111-133

- 3** Jacobs E A et al (2001)
The impact of interpreter
services on delivery of health
care to limited English proficient
patients.
J Gen Intern Medicine
16: 468-474
- 4** Bischoff A et al (2003)
Improving communication
between physicians and
patients who speak a foreign
language.
British Journal of General
Practice 53: 541-546
- 5** Green A (2005) Interpreter
services, language concordance
and health care quality.
J Gen Intern Medicine
20(11): 1050-1056

Verrà affrontata più tardi (pagina 65) la questione delle situazioni e dei settori specifici nei quali appare opportuno impiegare personale poliglotta come interpreti ad hoc. Vi è allegato un elenco con i principali criteri per decidere, nella quotidianità della clinica, quando occorre far ricorso a collaboratori poliglotti e quando piuttosto a interpreti qualificati. Si raccomanda di creare strutture organizzative che consentano di organizzare in maniera efficiente l'impiego dei collaboratori poliglotti come interpreti. Al fine di garantire la qualità di tali interventi si raccomandano formazioni che preparino i collaboratori poliglotti a un intervento come interpreti.

La strategia della Confederazione indica come prioritaria la creazione di servizi d'interpretariato con interpreti qualificati. Nelle grandi città svizzere esistono già questi servizi. La certificazione e professionalizzazione di questi interpreti nel frattempo ha raggiunto uno stadio tale che vi è ormai una unità de doctrine circa le competenze necessarie e il ruolo professionale degli interpreti.

Questa evoluzione è frutto di sforzi di diverse istituzioni statali e non statali, quali l'Ufficio federale della sanità pubblica, la Commissione federale degli stranieri, l'Ufficio federale della formazione professionale e della tecnologia (per quanto riguarda l'istituzionalizzazione di un nuovo mestiere) e l'organizzazione INTERPRET fondata nel 1999. Questa organizzazione costituisce l'effettiva piattaforma per la professionalizzazione dell'interpretariato e della mediazione interculturale, in particolare nel settore pubblico.

Solo da pochi anni si dispone, anche se in misura ancora limitata, di indagini relative a risultati di cure e trattamenti per i quali la comunicazione è garantita dalla presenza degli interpreti. Il primo studio che ha dimostrato un miglioramento della qualità delle cure grazie all'intervento di interpreti è stato eseguito a Chicago.³ I pazienti accompagnati da interpreti si sono presentati con maggiore regolarità ai controlli successivi, hanno rispettato più attentamente le prescrizioni di medicinali e mostrato maggiore interesse in misure preventive quali la diagnosi precoce del cancro e le vaccinazioni.

Altri studi si sono occupati della soddisfazione dei pazienti, rivelatasi maggiore – senza eccezioni – nei casi in cui la presenza di interpreti facilitava la comunicazione tra specialisti e pazienti di lingua straniera. Uno studio relativo all'intervento condotto a Ginevra ha dimostrato che la comunicazione con pazienti di lingua straniera è migliorata non appena il corpo medico ha trovato il modo di collaborare con gli interpreti. La qualità della comunicazione e delle cure è stata valutata migliore dai pazienti alloglotti dopo l'introduzione del «trialogo», una formazione relativa a colloqui con la mediazione dell'interprete.⁴ A conclusioni analoghe giunge anche Green.⁵

Non sempre è possibile trovare interpreti professionisti in maniera rapida e semplice. In questi casi il servizio d'interpretariato telefonico è un'alternativa alla situazione ottimale di servizi d'interpretariato sul posto (face-to-face) (pagina 67). Il servizio d'interpretariato telefonico fa risparmiare tempo e denaro quando, grazie alla mediazione, sono necessarie meno prestazioni mediche e il trattamento può essere portato più rapidamente a buon fine, contribuendo peraltro alla soddisfazione di pazienti e specialisti.

Lo studio «A-Care» cita il caso del medico che, dovendo curare un paziente alloglotta, era riuscito ad evitare che la situazione precipitasse grazie all'intervento di un interprete. Il medico aveva annotato al riguardo: «Vi era divergenza di opinione con il paziente che, viste le crescenti possibilità di cura, richiedeva sempre maggiori prestazioni. È stato possibile eliminare le divergenze grazie all'aiuto dell'interprete e chiudere così il caso.»

Interpreti ad hoc

Interpreti qualificati

Efficacia dell'impiego di interpreti

Interpretariato telefonico

Ricerca scientifica nell'ambito della migrazione e della salute

| Janine Dahinden

Studio delle cause



Monitoraggio della salute

Ricerca attuale

Ricerca scientifica nell'ambito della migrazione e della salute

In Svizzera fino a una quindicina di anni fa la ricerca attribuiva poca importanza al tema migrazione e salute. Nel frattempo la situazione è decisamente cambiata. Il campo di ricerca della salute della popolazione migrante è affrontato da diverse prospettive, con discipline e con metodi diversi. Se all'inizio dominavano soprattutto la prospettiva medica e quella epidemiologica nonché i metodi quantitativi, negli ultimi anni è andato affermandosi sempre più anche un approccio basato sulle scienze sociali.

Dal punto di vista medico ed epidemiologico ci si è concentrati sullo studio delle cause e della diffusione di condizioni sanitarie e risultati nella popolazione migrante, ovvero su specifiche incidenze e prevalenze di fenomeni sanitari quali ad esempio la diffusione di malattie infettive (ad esempio la tubercolosi), HIV o malattie cardiache e circolatorie. Dal punto di vista delle scienze sociali sono invece centrali gli argomenti delle pari opportunità e della diversa percezione di salute e malattia o la ricerca di soluzioni per problemi che si riscontrano nell'assistenza della popolazione migrante.

Il fatto che continuino a mancare risposte chiare alla tematica del nesso tra migrazione e salute dipende dal fatto che si tratta di un campo molto complesso. Spiegazioni causali e univoche rimarranno sempre insoddisfacenti in questo ambito; la popolazione migrante è troppo variegata e troppe sono le variabili significative per la salute. Gli esperti sono unanimi nell'affermare che la sola nazionalità dice poco sulla salute. Lo stato giuridico, la durata del soggiorno, la situazione prima della partenza, la classe sociale, l'approccio nei confronti del cambiamento socioculturale, il sesso, l'attività professionale, le esperienze di discriminazione o anche le strutture familiari costituiscono fattori che influenzano le condizioni di salute.

In Svizzera è stata Regula Weiss¹ con la sua opera «Macht Migration krank?» la prima a presentare una panoramica differenziata in questo ambito di ricerca. Nel suo libro collega le prospettive relative alle scienze sociali, psichiatriche e somatiche alla situazione dei migranti. Essa sostiene la tesi che non è la migrazione in quanto tale a fare ammalare, ma il contesto strutturale e la dotazione personale di risorse, sia prima della migrazione, sia nel processo di postmigrazione.

Di recente è stato condotto per la prima volta in Svizzera un ampio sondaggio fra diversi gruppi di migranti, il cosiddetto monitoraggio della salute della popolazione migrante in Svizzera per conto dell'Ufficio federale della sanità pubblica. In questo studio sono stati sollevati e analizzati aspetti della situazione sanitaria ma anche del comportamento sanitario (ad esempio comportamenti salutari o a rischio). Attendiamo con interesse i risultati, tanto più che potranno essere confrontati direttamente con i dati della popolazione svizzera del sondaggio sulla salute.

Al centro dell'interesse della ricerca vi sono comunque anche questioni quali la necessità di capire in che misura la popolazione migrante riceva un'adeguata assistenza medica e di cure. Il ricorso ai servizi sanitari da parte della popolazione migrante è in parte diverso rispetto a quello della popolazione svizzera. Barriere economiche, linguistiche e amministrative rendono più difficile il pari accesso all'assistenza sanitaria per i migranti.

La ricerca attuale varia molto a seconda dei temi come anche dei gruppi target. Gli ambiti tematici che attualmente vengono elaborati sono ad esempio l'invecchiamento della popolazione migrante con le rispettive prevalenze sanitarie, la salute sessuale e riproduttiva dei migranti o le conseguenze sanitarie di esperienze di violenza o traumatiche legate alla migrazione. Anche la salute sul posto di lavoro è oggetto di interesse sempre maggiore.

¹ Weiss R (2003)
Macht Migration krank?
Eine transdisziplinäre Analyse
der Gesundheit von
Migrantinnen und Migranten.
Seismo, Zurigo

Al tempo stesso la ricerca deve orientarsi al Diversity Mainstreaming. Concretamente ciò significa:

1. Si pone la questione dei contesti nei quali fattori specifici della migrazione o l'origine siano indicatori rilevanti della salute, e in quali casi siano invece altre variabili quali il sesso o la classe sociale a risultare predominanti.
2. Si noti che sinora le ricerche nell'ambito della Public Health sono state ben poco influenzate dal Diversity Mainstreaming. La migrazione come tema e variabile sta facendo molto lentamente ingresso nelle singole discipline di ricerca; in altre parole, a livello di contenuti, la pluralizzazione della società si rispecchia solo marginalmente nella ricerca.
3. Allo stato attuale s'impone una prospettiva comparativa, ovvero occorre elaborare maggiormente le questioni legate alla ricerca in un confronto tra paesi.



Diversità e migrazione: sfide per la gestione delle strutture sanitarie



Diversità e migrazione: sfide per la gestione delle strutture sanitarie

La gestione della diversità

La gestione di un'istituzione sanitaria è un compito complesso. Numerose richieste di pazienti, pensionanti, dei diversi gruppi di collaboratori, delle autorità di regolamentazione della Confederazione e dei Cantoni e di chi sostiene le spese – ovvero gli assicuratori e la mano pubblica – sono divergenti tra di loro e in parte si contraddicono. La pressione economica sulle finanze, da un lato, e le esigenze sempre maggiori di qualità e disponibilità della prestazione, dall'altro, generano situazioni difficili. A ciò si aggiunge la limitata libertà d'azione di determinate istituzioni a causa della loro dipendenza da meccanismi politici superiori.

In questo contesto, diversità e migrazione rappresentano un'ulteriore sfida con opportunità e rischi. Verrà percepita dalla direzione delle istituzioni sanitarie e dai collaboratori? Che cosa bisogna fare per radicare la competenza transculturale in tutti i settori dell'azienda? Vi sono risorse disponibili per le relative attività tenuto conto dei mezzi pur sempre limitati? Sono veramente benvenuti questi pazienti e pensionanti «diversi»?

La gestione della diversità riguarda la capacità di un'istituzione di assolvere il proprio compito tenendo conto della diversità delle persone a lei affidate, e di riuscirvi con vantaggio sia per i diretti interessati sia per l'istituzione. Decisiva, per questo modo di vedere, è una cultura aziendale all'insegna del reciproco apprendimento e dell'apertura. Punti forti e punti deboli dei singoli diventano spunto per evoluzioni positive. Il principio cardinale è la non discriminazione.¹

Ogni persona che entra in un'istituzione sanitaria si considera, a giusto titolo, un caso unico; ognuno si presenta con modi di pensare e bisogni diversi. Lo stesso vale per il personale.

Compito della direzione è di organizzare l'azienda in maniera tale che queste diversità individuali vengano riconosciute e rispettate e che ne risulti il massimo vantaggio possibile sia per i singoli interessati, sia per l'azienda. Ciò che è diverso non deve essere considerato come un elemento di disturbo, non deve essere percepito come un inconveniente, ma deve piuttosto diventare un fattore di successo dell'assistenza e di cure soddisfacenti, anche se può sembrare in contrasto con la routine o se, di primo acchito, sembra richiedere più lavoro. Tener conto delle differenze è un presupposto fondamentale per processi efficienti. L'arte consiste nell'equilibrare le esigenze contraddittorie della molteplicità, dovuta alla diversità e della standardizzazione delle procedure aziendali, al fine di trarne il massimo beneficio possibile.

L'azienda tuttavia deve anche stabilire di quali esigenze individuali specifiche non è possibile tener conto, se in questi casi esistano eventuali alternative e quali esse siano. L'attuazione di una politica globale della diversità si rivela pertanto la chiave per una politica aziendale orientata ai clienti, efficiente e competitiva.

Per affrontare questa situazione con successo, si dispone di conoscenze ed esperienze in merito ai processi di sviluppo dell'organizzazione e dei relativi strumenti dirigenziali strategici e operativi.² Gli strumenti tecnici e specialistici della gestione aziendale però non sono sempre sufficienti soprattutto in seno alle istituzioni che si occupano di situazioni limite della vita umana – nascita, malattia, morte. Occorre anche un chiaro appoggio della politica aziendale

La gestione della diversità

| Peter Saladin

Opportunità e rischi

Diversità e standardizzazione

L'uomo al centro

¹ La Dichiarazione di Amsterdam – verso ospedali «migrant-friendly» in una Europa diversa sul piano etnoculturale (2004). Vedi pagina 95

² Grossmann R (2005) Umsetzung einer MFH-Strategie. Überlegungen zu Kooperation und Steuerung in der Organisation: Erkenntnisse der Organisationsentwicklung für den Umgang mit Migrantinnen und Migranten und kulturellen Unterschieden in der Organisation Spital. Relazione, Berna, 22. Agosto 2005.
www.hplus.ch ► Accesso diretto
► MFH

su una base etica comprovata. Prendere realmente sul serio il principio «L'uomo al centro», che si trova in tutti i modelli, si rivela un punto di partenza centrale per la concezione e l'attuazione di una politica aziendale che tenga conto della diversità e della migrazione. Due sono i principi da mettere in particolare evidenza in questo contesto: la dignità umana e le pari opportunità.

La dignità umana

La dignità umana è un bene giuridico inalienabile e riconosciuto, esige particolare attenzione e prudenza da parte delle istituzioni sanitarie, poiché l'individuo si trova in una situazione particolarmente vulnerabile tale per cui viene spesso a dipendere interamente dal personale curante. La dignità umana va rispettata indipendentemente da origine, lingua, sesso, religione, status sociale ed economico e attuali condizioni di salute.

Le pari opportunità

Situazioni diverse – in quanto a rischi e opportunità maggiori o minori – portano gli uomini a rivolgersi a un'istituzione sanitaria: una nascita, un incidente grave, una malattia curabile o meno, l'età. Le circostanze che precedono il ricovero si sottraggono di norma all'influsso dell'istituzione. In base al principio delle pari opportunità occorre che le istituzioni creino presupposti affinché ogni persona, indipendentemente da origine, lingua, sesso, religione, status sociale ed economico nonché attuali condizioni di salute, possa usufruire di ricovero, cure e trattamenti adeguati alla propria situazione in base agli standard specialistici.

Aspetti centrali
della gestione aziendale

Questi due principi costituiscono i punti cardinali di ogni lavoro professionale in un'istituzione sanitaria. La loro attuazione nella routine dell'attività lavorativa quotidiana, esige un'organizzazione consapevole delle strutture e delle procedure mediche, infermieristiche, amministrative e tecniche. Non si tratta pertanto di attribuire semplicemente un label etico, da applicare alla politica aziendale; non si tratta neanche di un'opzione di importanza secondaria o accessoria, ma bensì di aspetti centrali della gestione aziendale.

Questo approccio presuppone una capacità di riflettere sulle proprie azioni. È «riflettendo sui nostri valori e punti di vista che si possono individuare i nostri pregiudizi e le posizioni etnocentriche e avvicinarci pertanto, possibilmente senza prevenzione, a ciò che consideriamo estraneo. Pertanto, solo la consapevolezza circa la relatività dei propri valori e comportamenti o le infinite possibilità di variazione delle pratiche sociali e dei punti di vista individuali, porta alla competenza transculturale, poiché solo allora è possibile inserire correttamente il comportamento, non solo degli altri ma anche di se stessi, all'interno di contesti socioculturali». ³

3 Domenig D (2001b)
Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz. Hans Huber, Berna, 39

Qualità – in contraddizione con efficacia, funzionalità, redditività?

Si presuppone che i principi giuridici sanciti dalla legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) (art. 32 e art. 58)¹, dalla legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF) (art. 48 e art. 54)², dalla legge federale sull'assicurazione militare (LAM) (art. 25)³ e dalla legge federale sull'assicurazione per l'invalidità (LAI) (art. 26 bis)⁴ siano sufficientemente noti. La letteratura specialistica tratta abbondantemente questi temi.

Si tratta ora di chiarire in breve due questioni, senza anticipare le raccomandazioni che seguono, né ripetere considerazioni generali relative ai criteri di efficacia, funzionalità e redditività illustrati nella letteratura:

- La migrazione e la diversità esigono misure particolari nella politica della qualità e nell'attuazione dei criteri di efficacia, funzionalità e redditività?
- Se la risposta a questo primo quesito è positiva, di quali aspetti particolari occorre tener conto?

I criteri di qualità in termini medici, di cura, infrastrutturali e amministrativi di un'istituzione si basano su standard nazionali e internazionali, norme giuridiche, direttive e disposizioni interne. Scopo di queste disposizioni è di norma quello di fissare una standardizzazione, anche se ciò comporta automaticamente il rischio di generalizzare anche in casi in cui un modo di procedere personalizzato sarebbe più appropriato. Tener conto delle esigenze di diversità e migrazione significa investire in maniera consapevole e a lungo termine nei servizi personali e pertanto nelle qualità individuali. Occorre identificare le esigenze specifiche e tenerne conto nello sviluppo dell'organizzazione e della qualità. In base all'esperienza non si può partire dal presupposto che ciò avvenga automaticamente. La qualità non si ottiene quindi con un livellamento uniforme senza criterio, ma bensì tenendo conto della diversità (pagina 47).

Considerazioni analoghe si possono fare in relazione ai criteri di efficacia, funzionalità e redditività. In primo luogo si potrebbe supporre che le esigenze legate a diversità e migrazione comportino maggiore lavoro e compromettano la redditività dell'azienda. In realtà è il contrario: non tener conto di situazioni speciali, comporta solitamente maggiore lavoro, perturbazioni dell'attività, disservizi, servizi insufficienti o eccessivi. Lo stesso vale per l'efficacia e l'opportunità. Chi vuol fare di ogni erba un fascio non tiene conto della molteplicità.

Questo porta alla seconda domanda: di quali aspetti particolari occorre tener conto? Quanto detto in precedenza ha messo in evidenza le esigenze di base che caratterizzano un'istituzione sanitaria orientata alla diversità e «migrant-friendly». Come queste possano poi essere attuate nell'attività lavorativa quotidiana, deve scaturire da un'azione volontarista dell'azienda adeguata ai diversi campi d'attività, alle varie forme di organizzazione e ai diversi processi di un'istituzione sanitaria. Le raccomandazioni indicate a partire da pagina 47 forniscono suggerimenti al riguardo.

Qualità – in contraddizione con efficacia, funzionalità, redditività?

| Peter Saladin

Criteri di qualità

Adempimento dei criteri di efficacia, funzionalità e redditività senza tener conto della diversità

1 RS 832.10 (RU 1995 1328)
Legge federale del 18 marzo
1994 sull'assicurazione malattie
(LAMal)

2 RS 832.20 (RU 1982 1676)
Legge federale del 20 marzo
1981 sull'assicurazione contro
gli infortuni (LAINF)

3 RS 833.1 (RU 1993 3043)
Legge federale del 19 giugno
1992 sull'assicurazione militare
(LAM)

4 RS 831.20 (RU 1959 857)
Legge federale del 19 giugno
1959 sull'Assicurazione per
l'invalidità (LAI)

Questioni relative al finanziamento

| Peter Saladin

Rimborso delle prestazioni secondo la LAMal

Nessun rimborso per le prestazioni che riguardano i migranti

Questioni relative al finanziamento

Si presuppone che i meccanismi di finanziamento federali e cantionali degli ospedali, delle cliniche e degli istituti per lungodegenti svizzeri siano già noti. In questo capitolo si mettono in luce specifiche questioni relative ai finanziamenti legati alla diversità e alla migrazione.

Secondo la concezione giuridica dell'Ufficio federale della sanità pubblica, tutti gli abitanti della Svizzera – ai sensi della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) – devono obbligatoriamente avere un'assicurazione di base. Chi, in caso di malattia, non è ancora affiliato a una cassa malati riconosciuta, viene assegnato a una cassa dalle autorità competenti di un cantone.

In questo modo si garantisce che un'istituzione sanitaria che fornisce prestazioni riconosciute ai sensi della LAMal, venga adeguatamente indennizzata. Nella prassi l'attuazione di questi principi comporta spesso grandi difficoltà amministrative e finanziarie, in parte diverse da cantone a cantone, per superare le quali occorrono norme chiare e oculate, al fine di rispettare le pari opportunità e la non discriminazione.

A tale proposito si pongono in particolare tre domande:

1. Un dispendio di tempo proporzionalmente grande, a volte necessario, nel quadro della cura e del trattamento di migranti (ad esempio per problemi di comprensione) viene indennizzato a parte?

Se si applica una tariffa oraria, valgono le stesse regole impiegate per i pazienti autoctoni? Risulta che nelle tariffe non calcolate in base al tempo (forfait) non è previsto nessun indennizzo separato. Di conseguenza si tiene troppo poco conto, in termini qualitativi, delle esigenze della popolazione migrante – a seconda della disponibilità dei collaboratori nelle istituzioni sanitarie: ciò rappresenta un rischio! Questa problematica deve essere contemplata nel quadro della rinegoziazione o del riordinamento di tariffe forfettarie (ad esempio nel quadro di Swiss DRG).

2. Le prestazioni legate alla migrazione devono essere registrate a parte, anche se attualmente non è ancora previsto alcun indennizzo al riguardo?

H+ Gli Ospedali Svizzeri raccomanda di organizzare i singoli sistemi di registrazione delle prestazioni in modo da documentarle compiutamente. Si creano così le basi argomentative per successive discussioni con le autorità e con chi sostiene le spese. Per la fase acuta il sistema Rekole® dichiarato vincolante da H+ Gli Ospedali Svizzeri fornisce le necessarie basi.

3. I costi per gli interpreti possono essere fatturati nel quadro di un trattamento conforme alla LAMal?

Nella legislazione federale e nelle leggi cantionali non esistono disposizioni che riferiscano se e a quali condizioni si può ricorrere a interpreti e se occorre assumersi le eventuali spese. Ciò risulta molto sorprendente se si considera che viene dichiarato, in modo esplicito o implicito, ed è considerato indiscusso l'obbligo di informazione esauriente come diritto fondamentale dei pazienti – e in particolare prima di un intervento, di diagnosi mediche e di una psicoterapia.

In una sentenza, il Tribunale federale ha negato espressamente che l'art. 25 della LAMal faccia obbligo di assumersi i costi per interpreti.¹

La legislazione e la giurisprudenza a livello nazionale e cantonale non forniscono risposte a numerosi quesiti circa la considerazione della dignità umana, delle pari opportunità e della non discriminazione dei migranti. Nel quadro dei futuri lavori legislativi occorrerà garantire la giusta considerazione a tale problematica.² In particolare occorre esigere che la LAMal,

¹ Sentenza non pubblicata del Tribunale federale K 138/01 del 31.12.2002

² Ayer A und Gilbert M (2005) Die Rechte des migrierten Patienten: Welche Rechtsgrundlagen bestehen für die Arztkonsultation in Gegenwart eines Dolmetschers? Studio eseguito per conto dell'Ufficio federale della sanità pubblica. Berna

venga adeguata in maniera tale che i servizi d'interpretariato valgano come costi fatturabili. Nonostante questa situazione sia svantaggiosa, è compito di ogni istituzione cercare di attuare nel quadro del proprio margine d'azione imprenditoriale, soluzioni compatibili con i principi illustrati nella presente pubblicazione. Possibili soluzioni sembrano essere voci di bilancio create ad hoc, il finanziamento tramite donazioni, fondi alimentati dai doni dei pazienti o contributi di fondazioni. È incoraggiante che molte istituzioni abbiano in questo modo trovato soluzioni innovative.

Soluzioni innovative



Raccomandazioni



Raccomandazioni

La parte che segue presenta delle raccomandazioni per la realizzazione di strutture e procedure aziendali che tengano conto delle tematiche della diversità e della migrazione. Esse sono strutturate per temi, propongono obiettivi specifici, forniscono suggerimenti per la loro realizzazione e indicano procedure di valutazione.

Per i lettori che hanno omesso di leggere le pagine precedenti riassumiamo di seguito i punti salienti:

La competenza transculturale esige innanzitutto una verifica autocritica del proprio modo di agire, dei propri punti di vista e del proprio linguaggio. Le misure proposte in questa sezione sono da intendersi come processi di sviluppo che presuppongono una conoscenza reciproca e che devono essere elaborati e realizzati di comune intesa. Bisogna evitare di escludere, rifiutare o stigmatizzare l'altro. Questo tipo di interazione sociale richiede tempo e deve naturalmente essere voluto e sostenuto da entrambe le parti. Inoltre, per lo sviluppo di una politica aziendale orientata ai pazienti, sono necessarie risorse personali e finanziarie, che devono essere messe a disposizione dalla direzione dell'azienda. Infine, l'orientamento politico dell'azienda alla diversità deve essere nell'interesse dell'istituzione stessa, dei pazienti, dei pensionanti e dei collaboratori.

Queste raccomandazioni si basano sulle conoscenze e sulle esperienze di numerose istituzioni sanitarie, ma anche di istituzioni private e pubbliche, nonché di aziende al di fuori del settore sanitario, in Svizzera e all'estero. Le ricerche e i progetti cofinanziati dalla rete MFH (pagina 19) servono ad approfondire singoli aspetti e contribuiscono a concretizzare le raccomandazioni relative all'attuazione di una politica aziendale «migrant-friendly» e orientata alla diversità.

Le raccomandazioni indicano «good practices». Non vi è alcuna pretesa di esaustività. Naturalmente rimane compito di ogni istituzione pianificarne autonomamente la realizzazione e adottare eventuali nuove misure specifiche al proprio mandato. Nel corso del tempo ci si augura che ne risultino delle «best practices». La letteratura a disposizione sul tema è molto ampia (pagina 111). Si rimanda in particolare agli studi effettuati nel quadro del già menzionato progetto UE.¹ È inoltre disponibile un numero in costante crescita di strumenti pratici (pagina 114). Si rimanda ancora una volta alle definizioni alle pagine 91-94.

Raccomandazioni

| Peter Saladin

Strategia aziendale

| Peter Saladin

Strategia aziendale

Per tenere debitamente conto nella prassi aziendale delle conoscenze acquisite e dei principi illustrati è necessario ricorrere a misure target-oriented a tutti i livelli della gerarchia manageriale. Se gli organi direttivi riconoscono e fanno propria questa esigenza, la sostengono in maniera credibile e attuano le misure necessarie, tutto il personale se ne farà carico, mettendo in moto i relativi processi di trasformazione.

A tale riguardo, occorre in primo luogo superare l'idea di problema. Gli interessati non costituiscono un «gruppo problema» su cui intervenire per colmarne le lacune. Un approccio di questo tipo avrebbe un carattere stigmatizzante. La politica della diversità impedisce di suddividere gli esseri umani in categorie. Parte piuttosto dal presupposto che è necessaria un'evoluzione comune di tutte le persone coinvolte, per conseguire il massimo beneficio possibile per l'azienda in termini di qualità e redditività.

Checklist – Strategia aziendale

Direzione dell'istituzione	☐ È acquisita la volontà della direzione dell'istituzione di operare tenendo conto di diversità e migrazione e si agisce di conseguenza	Obiettivo
	☐ Considerare gli esempi di altre istituzioni, anche del settore industriale	Suggerimenti per l'attuazione
	☐ Organizzare workshop e eventi formativi con specialisti	
	☐ Rendere accessibile la letteratura	
	☐ Definire l'orientamento ai pazienti nel quadro della politica della diversità	
	☐ Decisione della direzione in merito all'avvio di un progetto di sviluppo dell'organizzazione	Valutazione delle misure
Processo di sviluppo dell'organizzazione	☐ È stato lanciato il progetto di sviluppo dell'organizzazione che tiene conto in maniera paritaria di capacità, disposizioni e valori delle persone	Obiettivo
	☐ Le regole del gioco, le procedure, le strutture e i rapporti di cooperazione sono sviluppati di comune intesa	Suggerimenti per l'attuazione
	☐ Incaricare gruppi di persone di eseguire i lavori preliminari	
	☐ Definire un'accurata procedura per il progetto	
	☐ Raccogliere i dati relativi alla realtà della diversità e della migrazione all'interno dell'istituzione e nel contesto in cui si trova	
	☐ Tener conto delle iniziative in corso	
	☐ Rilevare le esigenze, le potenzialità e le risorse	
	☐ Rendere partecipi quanti, tra i membri del personale, hanno un background migratorio	
	☐ Ricorrere a specialisti esterni (ad esempio istituti universitari, organizzazioni non governative specializzate) per avere un punto di vista effettivamente esterno	
	☐ Gestione della qualità riferita allo sviluppo dell'organizzazione	Valutazione delle misure

Obiettivo	I principi relativi alla politica della diversità (pari opportunità, rispetto della dignità umana, considerazione di circostanze ed esigenze individuali di pazienti, pensionanti e collaboratori) sono contenuti nel mandato, nel modello aziendale e nei fondamenti strategici (vedi anche La Dichiarazione di Amsterdam a pagina 95)	Base strategica
Suggerimenti per l'attuazione	Far approvare dai massimi organi direttivi responsabili i principi relativi alla politica della diversità	
Valutazione delle misure	Controlling aziendale strategico	
Obiettivo	La possibilità di introdurre servizi medico-infermieristici, terapeutici o e di realizzare infrastrutture di supporto (ad es. consultazioni mediche nella lingua dei pazienti) è esaminata, e, se necessario, è concretizzata	Servizi specifici per migranti
Suggerimenti per l'attuazione	- Mettere l'accento sui servizi erogati in cliniche ostetrico-ginecologiche, pediatriche e psichiatriche e nei servizi di pronto soccorso - Chiarire i bisogni delle comunità immigrate - Rispettare le pari opportunità e il principio di non discriminazione	
Valutazione delle misure	- Gestione della qualità - Controlling finanziario	
Obiettivo	Le esigenze legate alla diversità e alla migrazione sono ancorate nelle strutture organizzative	Strutture organizzative
Suggerimenti per l'attuazione	- Creare o indicare le unità organizzative responsabili dell'attuazione delle misure in materia di diversità e migrazione - Definire compiti, competenze e risorse	
Valutazione delle misure	Controlling aziendale	
Obiettivo	I principi deliberati vengono applicati in tutta l'azienda	Attuazione
Suggerimenti per l'attuazione	- Definire nella pianificazione annuale gli obiettivi e le misure particolari specifici della diversità e della migrazione - Rendere partecipi quanti, tra i collaboratori, sono migranti - Ricorrere a specialisti esterni (ad esempio istituti universitari, organizzazioni non governative specializzate) - Istituire una rete fissa per le questioni legate alla migrazione con organizzazioni partner e specialistiche - Dedicare uno spazio specifico a questo argomento nelle comunicazioni regolari (ad esempio rapporto annuale, informazioni per il personale, comunicazioni relative alla giornata del malato, testi in occasione di ricorrenze) - Istituire possibilità di controllo e di sanzione	
Valutazione delle misure	- Gestione della qualità - Sondaggi tra i pazienti (pagina 49)	

Rilevamento di informazioni pertinenti per una politica di gestione della diversità

| Peter Saladin

Rilevamento di informazioni pertinenti per una politica di gestione della diversità

Per tener conto di diversità e migrazione è indispensabile disporre di dati e informazioni pertinenti. Infatti, solo in questo modo si possono orientare i servizi in maniera mirata, secondo le diverse esigenze e le risorse disponibili e valutare se tutti i gruppi target ricevono servizi della qualità auspicata. Quali sono le informazioni necessarie? Dove reperirle? Come? Quando procurarsele? Come devono essere trattati i dati in seno all'istituzione? A tale proposito occorre distinguere i dati e le informazioni di carattere personale dai dati e dalle informazioni di carattere sanitario e amministrativo.

Anche per i quadri dirigenti e i responsabili del personale può risultare utile disporre di informazioni relative a risorse e competenze transculturali dei collaboratori. Non si tratta in alcun caso di mettere in risalto differenze o di dare giudizi di valore. Le indicazioni relative alle competenze individuali messe a disposizione a titolo facoltativo devono consentire di promuovere, rafforzare e valorizzare le risorse. A tale riguardo si rimanda specificamente alla pagina 52.

Naturalmente vanno rispettate le leggi federali e cantonali relative alla protezione dei dati.

Checklist – Rilevamento di informazioni e dati sociodemografici specifici

Dati sociodemografici di pazienti e pensionanti	■ Sono stati raccolti i dati e le informazioni necessari per la realizzazione e il monitoraggio di una politica aziendale orientata alla diversità e «migrant-friendly» ■ Sono regolate le modalità di rilevamento, utilizzo, conservazione e distruzione dei dati ■ I responsabili sono formati di conseguenza	Obiettivo
	■ Far definire le regole dalla direzione dell'istituzione ■ Al momento del ricovero, oltre ai dati standard della statistica medica e amministrativa, sarebbe utile rilevare anche: luogo di nascita, nazionalità alla nascita, nazionalità attuale, religione, competenze linguistiche, tipo di permesso di soggiorno ■ Rilevare ulteriori dati e informazioni pertinenti per l'attività della propria istituzione (ad es. occupazione)	Suggerimenti per l'attuazione
	■ Controlling della qualità nel quadro della verifica della politica aziendale «migrant-friendly» e orientata alla diversità e della protezione dei dati ■ Verifica dell'adeguatezza dei dati rilevati	Valutazione delle misure
Informazioni personali relative alle risorse	■ Sono disponibili informazioni relative all'uso e allo stimolo del potenziale dei collaboratori ■ Far definire le regole dalla direzione dell'istituzione ■ Rilevare, al momento dell'assunzione, le informazioni relative a particolari risorse di collaboratori (facoltativo) sul piano della diversità e migrazione: competenze linguistiche, capacità e conoscenze particolari dovute a esperienze professionali precedenti, capacità e conoscenze particolari in relazione a realtà di vita, religioni, reti sociali diverse	Obiettivo
		Suggerimenti per l'attuazione
	■ Controlling della qualità nel quadro della politica del personale	Valutazione delle misure

Qualità

Il management sistematico della qualità non solo è previsto dalla legislazione, nel quadro della legge federale sull'assicurazione malattie (cfr. a tale riguardo art. 58 LAMal e art. 77 OAMal), bensì fa parte dello standard aziendale di qualsiasi struttura sanitaria e socioassistenziale. I postulati della politica della diversità e della migrazione devono essere incorporati nei principi della gestione della qualità. Il fatto di tener conto della diversità è l'indicatore principale dell'orientamento ai pazienti e ai clienti. Una struttura sanitaria adempie al proprio compito solo se riesce a fornire prestazioni concepite su misura e di qualità per tutte le persone che le vengono affidate. E questo indipendentemente dall'origine, dalla religione, dallo stato sociale e dalle diverse caratteristiche individuali dell'utenza. Se questi principi e gli standard che ne derivano entrano a far parte della routine quotidiana di pratiche cliniche, infermieristiche e terapeutiche, producono un valore aggiunto e benefici per l'istituzione, per i pazienti, per i pensionanti e per gli operatori sanitari.

Per ulteriori informazioni si rimanda ai questionari relativi alla qualità del progetto UE sugli ospedali «migrant-friendly» (pagina 101) e alla nota aggiuntiva relativa al sondaggio tra i pazienti (pagina 49).

Qualità

| Peter Saladin

Checklist – Qualità

Obiettivo	☐ Principi specifici della diversità e della migrazione sono definiti nei documenti di base relativi alla gestione della qualità	Documenti di base della gestione della qualità
Suggerimenti per l'attuazione	☐ Sensibilizzare i responsabili della qualità ☐ Avviare il progetto di verifica della gestione della qualità	
Valutazione delle misure	☐ Audit esterno	
Obiettivo	☐ Nella struttura direttiva e organizzativa si tiene conto, a tutti i livelli, delle esigenze specifiche in termini di diversità e migrazione	Qualità della struttura
Suggerimenti per l'attuazione	☐ Nominare i responsabili delle questioni specifiche a diversità e migrazione ☐ Costituire una commissione interdisciplinare per le questioni transculturali ☐ Includere in tutti i settori d'attività norme relative a compiti e competenze ☐ Garantire la rappresentanza dei collaboratori con background migratorio ☐ Verificare e adeguare manuali dell'organizzazione e dei progetti, direttive e standard	
Valutazione delle misure	☐ Audit organizzativo	
Obiettivo	☐ Nelle procedure mediche, infermieristiche e terapeutiche nonché nei servizi alberghieri e amministrativi vengono considerate le esigenze specifiche in termini di diversità e migrazione	Qualità delle procedure
Suggerimenti per l'attuazione	☐ Tener conto dei criteri dell'efficacia, dell'opportunità e della redditività ☐ Mettere a disposizione le necessarie risorse personali e finanziarie e renderle riconoscibili in quanto tali	
Valutazione delle misure	☐ Analisi delle procedure	

Qualità dell'outcome	☐ Aspetti specifici per la popolazione migrante sono registrati nel quadro dei rilevamenti outcome	Obiettivo
	☐ Tener conto di aspetti specifici della migrazione nei rilevamenti dell'outcome in corso	Suggerimenti per l'attuazione
	☐ Stabilire gli aspetti da esaminare nel quadro della codifica medica	
	☐ Inserire aspetti specifici alla migrazione nel dossier (elettronico) dei pazienti	
Sondaggio tra i pazienti (pagina 49)	☐ Organizzare lo scambio di esperienze per il personale medico e infermieristico	
	☐ Documentare i risultati in manuali, standard, ecc.	
	☐ Gestione della qualità	Valutazione delle misure
Servizi di reclamo e di mediazione (relazioni con il pubblico)	☐ I sondaggi tra i membri della popolazione migrante in merito alla qualità del ricovero, del trattamento e della cura sono standardizzati	Obiettivo
	☐ Verificare la qualità degli attuali metodi di sondaggio del grado di soddisfazione di pazienti e pensionanti alla luce delle problematiche migratorie	Suggerimenti per l'attuazione
	☐ Gestione della qualità	Valutazione delle misure
	☐ È garantito l'accesso della popolazione migrante ai servizi di reclamo e di mediazione	Obiettivo
	☐ Verificare gli strumenti esistenti dal punto di vista delle circostanze specifiche alla migrazione (ad es. conoscenza non sufficiente della lingua, scetticismo nei confronti dei reclami)	Suggerimenti per l'attuazione
	☐ Informare la popolazione migrante in merito al loro diritto di far ricorso a tali servizi	
	☐ Definire le possibilità di sanzione	
	☐ Gestione della qualità	Valutazione delle misure

Informazioni di base

Misurazione della soddisfazione¹ dei pazienti ospedalieri con background migratorio

Sintesi di uno studio effettuato per la rete MFH²

| Denise Efionayi

| Urszula Stotzer

| Philippe Wanner

1 Trattasi di un termine di uso corrente. Proponiamo di utilizzare altri termini più neutri che non rimandano a un giudizio così globale, quali ad esempio sondaggio tra i pazienti o feedback dei pazienti.

2 Lo studio può essere scaricato dal sito: www.hplus.ch ► Accesso diretto ► MFH.

Lo si può inoltre ordinare presso il Forum svizzero per lo studio delle migrazioni e della popolazione SFM: Stotzer U, Efionayi-Mäder D, Wanner Ph (2006) Mesure de la satisfaction des patients migrants en milieu hospitalier. Analyse des lacunes existantes et recommandations. Neuchâtel

3 Il censimento della popolazione del 2000 mostra in effetti che quasi il 40% delle persone ricoverate negli ospedali pubblici non hanno il passaporto svizzero. Il calcolo tiene in ogni caso conto solo delle persone il cui domicilio è legato all'ospedale. Si tratta pertanto di una stima approssimativa che non può senz'altro essere generalizzata.

In Svizzera, la popolazione migrante costituisce in generale un'elevata percentuale dei pazienti ospedalieri; in alcuni reparti ospedalieri è presente in misura superiore alla media (pronto soccorso, reparti di maternità). Dati affidabili a livello svizzero, tuttavia, non ve ne sono.³ Le migrazioni internazionali contribuiscono alla pluralizzazione degli stili di vita nella società, e di questo occorre tener conto nella valutazione della qualità dei servizi medici. La soddisfazione dei pazienti assume in questo contesto un significato chiave.

Che le affermazioni relative alla soddisfazione dei pazienti migranti nella letteratura internazionale siano contraddittorie, è dovuto essenzialmente al fatto che gli strumenti per il rilevamento della soddisfazione non sempre risultano adeguati e comportano spesso svariati problemi metodologici. Infatti sinora si è rivolto troppa poca attenzione allo sviluppo di adeguati strumenti di rilevamento del grado di soddisfazione della popolazione migrante.

In Svizzera la questione non è ancora stata oggetto d'indagine, sebbene essa sia determinante per una buona gestione della qualità e goda attualmente di grande considerazione in ambito ospedaliero. Per colmare questa lacuna e indagare le diverse possibilità di azione per gli ospedali svizzeri è stata eseguito uno studio che comporta tre moduli:

- Panoramica della letteratura internazionale, prevalentemente anglosassone.
- Incontri con esperti nei campi della qualità in ospedale, della migrazione e della salute, nonché con aziende che si occupano di sondaggi.
- Incontri con rappresentanti della popolazione migrante di origini diverse.

Questo modo di procedere diversificato consente di mettere a confronto le esperienze internazionali e svizzere e i punti di vista dei migranti e di formulare raccomandazioni che tengano conto della situazione ospedaliera in Svizzera.

Poiché la situazione di minoranze o gruppi con background migratorio varia molto da un paese all'altro, è difficile individuare best practices per il contesto svizzero; tuttavia, uno sguardo alla letteratura a disposizione consente di trarre interessanti conclusioni che riguardano sia il grado di soddisfazione dei migranti, sia gli strumenti d'indagine.

La soddisfazione dei migranti è più difficile da rilevare rispetto a quella della popolazione autoctona, poiché nella procedura di rilevamento possono intervenire fattori esterni che non sono direttamente attinenti alla qualità dei servizi. Tra questi ad esempio la lingua locale (o quella parlata dal personale medico-infermieristico). Anche aspetti socioculturali influenzano la percezione dello stato di salute: ad esempio aspettative diverse riguardanti i servizi o le discriminazioni degli stranieri. Questi fattori possono creare una distanza sociale che, da un lato, compromette la percezione della qualità della prestazione e, dall'altro, influenza la fiducia nel sistema di assistenza. A questo si aggiungono altri fattori strutturali quali ad esempio l'età, la classe socioeconomica e le condizioni di salute.

Nel caso dei metodi d'indagine quantitativi, nei questionari relativi alla soddisfazione mancano variabili affidabili e univoche per il rilevamento delle persone di origine immigrata; queste variabili sarebbero utili per identificare i gruppi che possono trovarsi a dover far fronte a particolari difficoltà.

Nel caso delle minoranze, la proporzione di coloro che partecipano ai sondaggi è spesso inferiore a quella degli autoctoni, e questo può distorcere i risultati oppure far sì che in determinati casi non si raggiunga il numero necessario di partecipanti per poter confrontare i risultati tra diversi gruppi. I sondaggi telefonici o appelli a partecipare a questi sondaggi - come è di uso corrente negli Stati Uniti - permetterebbero di ottenere un risultato migliore.

Lo «stile» della risposta, ovvero il comportamento specifico nel rispondere alle domande, rappresenta un problema particolare, quando si utilizzano criteri che esigono una valutazione personale e in particolare quando si devono interpretare i risultati. L'utilizzo di scale di valutazione (per indicatori dei risultati) unitamente a risposte che poggiano su dati di fatto (per la valutazione delle procedure), potrebbe attenuare questo problema.

Risultati delle ricerche internazionali

I metodi qualitativi, come i colloqui personali o i focus group, vengono raramente utilizzati nei sondaggi tra i pazienti; infatti questi metodi non permettono di rilevare grandi quantità di dati perché troppo costosi. Essi sono invece generalmente raccomandati allo scopo di identificare le possibilità di migliorare le metodologie o per approfondire temi specifici per i quali i questionari quantitativi non forniscono informazioni. Tuttavia, la loro efficacia è notevole, quando si tratta di raggiungere gruppi di persone che non figurano nei classici sondaggi quantitativi relativi alla soddisfazione.

La situazione in Svizzera: risultati e raccomandazioni

In Svizzera gli ospedali eseguono regolarmente sondaggi del grado di soddisfazione, siano essi organizzati internamente o commissionati a fornitori di servizi esterni. La misurazione della qualità viene solitamente effettuata con diversi mezzi standard. Tuttavia essi non sempre sono adatti per raggiungere pazienti con un background migratorio e per sondarne l'opinione. Stando ai risultati della nostra indagine, sinora nessun ospedale ha adottato le misure necessarie per migliorare i sondaggi relativi alla soddisfazione tra i migranti. Le lacune sono presenti non solo nei metodi d'indagine, ma anche nei questionari stessi.

Lacune e raccomandazioni nei metodi d'indagine

Bisogna innanzitutto ricordare che dopo le dimissioni il questionario viene inviato per posta. Questo modo di procedere risulta problematico nel caso di determinati gruppi di stranieri particolarmente mobili, quali ad esempio le persone con situazioni di dimora precarie. Sussiste dunque un rischio di distorsione. I migranti meglio integrati sono rappresentati in misura superiore alla media nei sondaggi relativi alla soddisfazione.

Dagli incontri con gli esperti risulta inoltre che i sondaggi scritti non sono adatti per determinati migranti. Non sono adeguati alla situazione delle persone che comprendono male o non comprendono affatto la lingua del posto. Particolarmente toccati da questo fatto sono coloro che hanno un permesso di soggiorno precario e sono inclini a diffidare dei questionari ufficiali. Non comprendono perché venga chiesta la loro opinione e credono che in ogni caso essa conti ben poco. Per questo non vedono alcun vantaggio nel rispondere. Questo atteggiamento è dovuto al fatto che viene spiegato in misura insufficiente come sono utilizzati i risultati dei sondaggi.

Infine, in determinati casi anche la lingua sembra essere un fattore di esclusione dei migranti dai sondaggi. In linea di massima dovrebbero ricevere il questionario tutte le persone che sono state dimesse dall'ospedale durante il periodo di tempo convenuto per l'analisi. In alcuni ospedali, tuttavia, non vengono inviati questionari a quei pazienti che non comprendono la lingua del questionario (informazione tratta dai dossier dei pazienti).

Le difficoltà menzionate possono essere superate solo con una migliore informazione dei pazienti circa gli obiettivi, le procedure e l'utilità dei sondaggi. Al contempo devono essere applicate in misura maggiore procedure alternative che consentano uno scambio individuale, ad esempio i sondaggi telefonici. Infine si dovrebbero fare ulteriori sondaggi nel quadro dei focus group o prendere in considerazione colloqui personali.

Lacune e raccomandazioni relative agli strumenti impiegati

Ai limiti della procedura si aggiungono anche i punti deboli legati agli strumenti di misurazione. Esistono infatti delle mancanze, in particolare per quanto riguarda il rilevamento di dati sociodemografici che caratterizzano il background migratorio e l'utilizzazione delle versioni linguistiche esistenti dei questionari.

Gli strumenti di misurazione impiegati in Svizzera non comprendono variabili sociodemografiche che consentano l'identificazione dei pazienti con un background migratorio e pertanto un'analisi dei dati raccolti. Questo dato di fatto è oggetto di critica anche nella letteratura. Sarebbe opportuno in particolare conoscere la cittadinanza alla nascita (o la cittadinanza attuale), il luogo di nascita e eventualmente il tipo di permesso di soggiorno.

Sebbene i questionari utilizzati in Svizzera siano in parte disponibili in varie lingue – perlopiù in francese e tedesco, in parte anche in italiano e in inglese –, l'utilizzo di queste diverse versioni solleva dei problemi (disponibilità, qualità, comparabilità). In ogni caso è auspicabile individuare la «lingua preferita» o la «lingua conosciuta bene» dai pazienti. È preferibile farlo al momento del ricovero o eventualmente delle dimissioni dall'ospedale per poter offrire una versione adeguata del questionario.

Si potrebbe introdurre, dopo sufficienti test, questionari tradotti nelle lingue più diffuse (ad es. in albanese, spagnolo, portoghese, serbo-croato e turco) per i migranti che non conoscono nessuna delle lingue nazionali. Questo sarebbe possibile se gli ospedali trovassero un'intesa su un numero circoscritto di strumenti e rinunciassero definitivamente ad elaborare autonomamente ciascuno il proprio questionario.

Accanto alla lingua del questionario, che per gli inesperti può rappresentare un ostacolo notevole, occorre tener conto anche del livello della lingua, che non sempre corrisponde al livello di comprensione dei pazienti, indipendentemente dal fatto che appartengano a un gruppo minoritario o alla maggioranza della popolazione. Questo riguarda soprattutto le persone che hanno problemi a leggere e scrivere (analfabeti), persone con un livello di formazione basso e persone la cui lucidità è compromessa dal loro stato di salute. La situazione si fa particolarmente delicata se intervengono varie difficoltà contemporaneamente.

È interessante osservare che molte delle lacune illustrate toccano soprattutto i migranti; tuttavia possono riguardare tutti i pazienti e soprattutto quanti provengono da classi sociali svantaggiate, hanno un basso livello di formazione o si trovano in una situazione professionale precaria. Con questa constatazione si vuole affermare che i questionari destinati generalmente a tutti i pazienti potrebbero rilevare meglio anche la situazione di pazienti con un background migratorio e pertanto rendere superflui regolari sondaggi specifici per questa popolazione.

Questo non significa tuttavia che non debbano essere fatte riflessioni puntuali o compiuti passi concreti per individuare meglio la situazione dei migranti e i loro bisogni: ad esempio con domande sui servizi d'interpretariato o sulle competenze transculturali in ospedale e che si sviluppino metodi d'indagine qualitativi per poter raggiungere meglio e in modo più puntuale determinati gruppi di migranti.

I risultati del presente studio inducono a includere i migranti nei sondaggi previsti per tutti i pazienti (approccio universalistico) e non ad un approccio particolaristico. Il che non esclude peraltro elementi specifici e puntuali come sondaggi supplementari o moduli aggiuntivi per i migranti.

La sensibilità verso le esigenze dei migranti rappresenta per una struttura sanitaria un'eccellente occasione per verificare le qualità della propria attenzione alla diversità dei suoi gruppi target. Si tratta pertanto non solo di un onere supplementare: un approccio di questo genere consente di tener conto delle esigenze di tutti i pazienti nei sondaggi presso i pazienti (mainstreaming). Si potrebbe così accrescere l'interesse dei partecipanti ai sondaggi e aumentare il tasso di risposta dei diversi gruppi di pazienti, in particolare di quelli che solitamente restano fuori dai sondaggi relativi alla soddisfazione, concepiti in genere per i ceti medi o superiori della popolazione.

Per questa ragione il modo di procedere consigliato contribuisce a far sì che si tenga meglio conto della soddisfazione di tutti i pazienti nonché, indirettamente, anche degli specialisti interessati. Un'analisi di queste relazioni parla a favore di un superamento delle attuali opposizioni istituzionali ai cambiamenti. Questa analisi dovrebbe permettere di fare in modo che gli ospedali intraprendano – su base volontaria e non su pressione esterna – i passi necessari per metter mano allo sviluppo e all'attuazione di adeguati strumenti per il controllo della qualità, in un clima di collaborazione costruttiva.



**I collaboratori:
portatori e mediatori
di competenza transculturale**

| Peter Saladin

**I collaboratori:
portatori e mediatori di competenza transculturale**

I collaboratori sono i prestatori d'opera dell'azienda ed esponenti della cultura aziendale. I collaboratori con un background migratorio rappresentano una parte di questa cultura aziendale – che lo vogliano o meno, in maniera più o meno consapevole. Il fatto che nella maggior parte delle istituzioni sanitarie il personale sia molto eterogeneo quanto a origine, lingua, appartenenza religiosa e stato sociale costituisce un'opportunità per la visibilità e la realizzazione di competenza transculturale di un'organizzazione. L'individuazione, l'impiego e la promozione delle molteplici competenze dei collaboratori rappresentano un passo importante nello sviluppo dell'organizzazione.

I collaboratori con un background migratorio vengono percepiti come tali? Costituiscono un fattore di disturbo, un gruppo problematico da integrare? Oppure sono considerati un'opportunità per l'istituzione? Sono rappresentati negli organi dell'istituzione? Possono partecipare, con le loro competenze e capacità, allo sviluppo di una cultura aziendale orientata alla diversità e «migrant-friendly»? Che cosa fa l'istituzione per superare eventuali barriere che ostacolano una loro migliore partecipazione allo sviluppo dell'azienda?

Il perfezionamento professionale del personale in merito a diversità, migrazione e salute è trattato a parte a pagina 71.

Checklist – I collaboratori: portatori e mediatori di competenza transculturale

Politica del personale	- È garantita la realizzazione di pari opportunità e non discriminazione - Si impiegano in maniera ottimale le risorse umane, sociali e specialistiche dei collaboratori in relazione alla mediazione transculturale	Obiettivo
	- Far verificare dai responsabili del personale i principi della politica del personale in vigore - Iscrivere le pari opportunità e la non discriminazione (sul piano salariale, della pianificazione della carriera, del perfezionamento professionale, ecc.) come obiettivi della politica del personale - Definire sanzioni in caso di violazione delle disposizioni - Rilevare i punti di forza, le capacità e la disponibilità alla mediazione transculturale nei dossier del personale (pagina 46) - Garantire la rappresentanza di collaboratori con particolari capacità ed esperienza relativa a tematiche attinenti alla diversità e alla migrazione in organi che si occupano di politica del personale (ad esempio associazioni del personale, commissioni aziendali, comitati organizzativi, organizzazioni di progetti) - Organizzare (se necessario) incontri introduttivi per nuovi assunti con background migratorio	Suggerimenti per l'attuazione
	- Gestione del personale - Colloqui annuali con collaboratori - Resoconti delle partenze	Valutazione delle misure
Servizi per il personale	Individuare e formare ad hoc i collaboratori del servizio personale che si occupano in particolare di questioni relative alla diversità e alla migrazione	Obiettivo
	- Occupare i collaboratori con un background migratorio nel servizio del personale - Indicare persone di contatto e servizi specialistici, al momento dell'assunzione	Suggerimenti per l'attuazione
	Gestione del personale	Valutazione delle misure

Obiettivo	■ Sono state emanate delle direttive per l'assunzione, nelle varie unità, di collaboratori con un background migratorio	Assunzione di collaboratori con un background migratorio
Suggerimenti per l'attuazione	■ Redigere i bandi di concorso in maniera tale che non siano esclusi i potenziali candidati con un background migratorio (ad esempio: lingua principale invece di lingua madre) ■ Illustrare le direttive dell'istituzione riferite alla diversità e alla migrazione nei momenti introduttivi ■ Costruire e promuovere la rete dei collaboratori con un background migratorio ai fini di una collaborazione nella mediazione transculturale ■ Al momento dell'assunzione, rilevare i dati relativi alla migrazione	
Valutazione delle misure	■ Gestione del personale ■ Colloqui con i collaboratori ■ Resoconti delle partenze	
Obiettivo	■ Sono state definite le direttive per la traduzione di norme, comunicazioni e altri documenti di rilievo per il personale ■ È garantito che le informazioni importanti vengano comprese da tutti i collaboratori ■ Si conoscono gli ausili alla traduzione e alla comprensione	Traduzione scritta di direttive del personale
Suggerimenti per l'attuazione	■ Disciplinare il coinvolgimento di collaboratori con un background migratorio ■ Organizzare la collaborazione con i servizi di traduzione e interpretariato ■ Garantire la comprensione in altro modo se non vi è la possibilità di fare le traduzioni	
Valutazione delle misure	■ Valutazione delle singole misure	
Obiettivo	■ È garantita ai collaboratori con un background migratorio l'offerta necessaria per acquisire conoscenze linguistiche relative al gergo professionale	Conoscenze linguistiche relative al gergo professionale
Suggerimenti per l'attuazione	■ Offrire speciali corsi di lingua (corsi diurni o serali) ■ Mettere i quadri direttivi in condizione di poter formare i propri collaboratori nel lavoro quotidiano circa il gergo professionale (il posto di lavoro come luogo di apprendimento)	
Valutazione delle misure	■ Colloqui con i collaboratori ■ Valutazione periodica da parte dei superiori	
Obiettivo	■ Le tensioni presenti tra i collaboratori a causa di differenze etniche o linguistiche o episodi di razzismo vengono affrontate e trattate con successo entro un quadro adeguato	Gestione delle tensioni
Suggerimenti per l'attuazione	■ Rendere note le istanze di mediazione, di supervisione e di intervizione a vari livelli (amministrazione, personale medico e infermieristico, economia e altro)	
Valutazione delle misure	■ Valutazione periodica da parte degli organi direttivi	
Obiettivo	■ Si fa ricorso a organizzazioni di autoaiuto, opere assistenziali, associazioni religiose, responsabili dell'integrazione dei Cantoni e dei Comuni come interlocutori, antenne e risorse	Rete verso l'esterno
Suggerimenti per l'attuazione	■ Designare il responsabile per i contatti con queste organizzazioni ■ Consentire incontri regolari ■ Attuare o sostenere programmi di promozione della salute per i collaboratori	
Valutazione delle misure	■ Sondaggio mirato delle persone coinvolte nella rete	

Progetti mirati per gli immigrati	☐ Sono aperte fonti di finanziamento interne ed esterne per progetti mirati per gli immigrati avviati da collaboratori	Obiettivo
	☐ Tener conto delle richieste relative a progetti mirati per gli immigrati tra le varie proposte	Suggerimenti per l'attuazione
	☐ Menzionare regolarmente i servizi di riferimento interni ed esterni nei mezzi d'informazione interni (ad esempio servizi d'integrazione dei Cantoni e dei Comuni, Commissione federale degli stranieri)	
	☐ Per ogni progetto	Valutazione delle misure
Manifestazioni transculturali	☐ Si organizzano manifestazioni atte a promuovere la comprensione reciproca	Obiettivo
	☐ Aprirsi a realtà di vita diverse e riflettere sui propri valori e pregiudizi (ad es. con corsi di lingua, manifestazioni sociali e formative, eventi culturali come film o teatro, manifestazioni religiose, incontri culinari)	Suggerimenti per l'attuazione
	☐ Valutazione delle singole misure	Valutazione delle misure
Comunicazione interna	☐ La diversità è tematizzata nella comunicazione interna all'istituzione	Obiettivo
	☐ Vengono messi in luce con spirito critico le opportunità e i rischi della politica della diversità	Suggerimenti per l'attuazione
	☐ Affrontare regolarmente l'argomento tramite i mezzi di comunicazione interni ed esterni	
	☐ Programmare rubriche fisse	
	☐ Far parlare i collaboratori con background migratorio	Valutazione delle misure
	☐ Valutazione nel quadro della politica dell'informazione	



Le procedure medico-infermieristiche

Il fatto di tener conto di fattori individuali (della diversity) e di esigenze individuali è oggi giorno parte integrante della garanzia di qualità. La letteratura e le esperienze cliniche acquisite ci insegnano che nell'ambito delle cure della popolazione migrante occorre tener conto di alcune particolarità.

La qualità di diagnostica, terapia, compliance e «follow-up» deve evidentemente essere garantita anche nel caso della popolazione migrante. La comprensione linguistica svolge un ruolo centrale in tal senso; occorre inoltre considerare soprattutto eventuali particolarità nell'insorgenza e nelle caratteristiche della malattia, nella concezione della malattia e nel ricorso ai servizi sanitari, senza tuttavia sopravvalutare questi aspetti. Spesso invece si attribuisce eccessiva importanza a fattori culturali (come ai concetti di salute e malattia, ai ruoli sessuali, ai valori in generale), e troppo poca importanza alle differenze sociali (quali il reddito, la situazione lavorativa, la rete sociale).

Per chiarezza, le procedure medico-infermieristiche sono suddivise, di seguito, in base alle classiche procedure per i pazienti: ricovero normale, ricovero d'urgenza, diagnostica, trattamento e dimissioni.

Le procedure medico-infermieristiche

| Gerhard Ebner

Ricovero normale

Già al momento del ricovero occorre porre le basi per la cura e il «follow-up»; già in questa fase devono essere raccolte informazioni specifiche sulle caratteristiche della cultura e del vissuto migratorio dell'utente, individuate difficoltà di carattere linguistico e avviate le procedure per il superamento delle barriere. Centrali, in questo senso, sono l'acquisizione delle informazioni, la documentazione e una prima ripartizione. Già al momento del ricovero normale è possibile evitare di adottare misure terapeutiche inutili, solo perché mancano informazioni o perché il paziente mostra una grande sofferenza.

Particolare attenzione al momento del ricovero va data ai sans-papiers. Conformemente alla direttiva dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali UFAS del 23.12. 2002, per i sans papiers che hanno stabilito domicilio in Svizzera ai sensi dell'articolo 24 del Codice civile svizzero (CC), vige l'obbligo di assicurazione della legge sull'assicurazione malattie (LAMal). Le casse malati hanno pertanto l'obbligo di assicurare i sans papiers al pari di qualsiasi altra persona tenuta ad assicurarsi. In tale contesto sono tenute a rispettare l'obbligo di discrezione nei confronti di terzi. Va da sé che, nel quadro del contratto di prestazione di un'istituzione e dell'etica medica, anche i sans papiers devono essere accolti e curati al pari di qualsiasi altro abitante della Svizzera. Nei confronti di terzi, ad esempio della polizia degli stranieri, vige l'obbligo di discrezione sia per l'istituzione, sia per i suoi membri.

Ricovero normale



Checklist – Ricovero normale

Informare e raccogliere informazioni	- I pazienti sono informati in merito alla sanità in generale, ai loro diritti e obblighi nonché alle particolarità e possibilità dell'ospedale in questione - Le informazioni di base sul tipo di permesso di soggiorno e sulla situazione dei pazienti, sulle loro esigenze (religiose o di altro genere) e sulle implicazioni giuridiche sono state raccolte e documentate - Sono state stabilite le procedure e le autorizzazioni per l'accesso ai dati raccolti per il personale di cura	Obiettivo
	- Avere a disposizione le informazioni nelle lingue più diffuse tra i migranti (sui diritti dei pazienti, sul regolamento interno, sulle diete alimentari proposte, sulle possibilità di esercizio delle pratiche religiose e su altre risorse, ad esempio la «Guida alla salute», www.migesplus.ch) - Avere a disposizione documenti per il rilevamento di informazioni di base sui valori e le aspettative dei pazienti (cura, alimentazione, assistenza spirituale e altro)	Suggerimenti per l'attuazione
	- Audit concernenti gli standard e la relativa attuazione - Sondaggi fra i pazienti e il personale	Valutazione delle misure
Interpretariato (pagina 63 a pagina 70)	Sono state stabilite le modalità della comunicazione linguistica (interpretariato, traduzioni)	Obiettivo
	- Avere a disposizione interpreti e risorse linguistiche interne (a soglia bassa) - Stabilire la procedura esatta - Coinvolgere i migranti - Organizzare una riflessione sul ruolo degli interpreti	Suggerimenti per l'attuazione
	- Audit - Sondaggi fra i pazienti e il personale	Valutazione delle misure
Triage: definizione dell'ordine di presa in carico e delle modalità di trattamento	Identificare se il caso va deferito alla giustizia, indirizzato al medico generico, al servizio psichiatrico oppure a servizi di cure somatiche	Obiettivo
	- Proporre consultazioni specifiche per migranti - Coinvolgere sistematicamente il medico di famiglia - Informare i pazienti sul sistema sanitario - Elaborare adeguati standard	Suggerimenti per l'attuazione
	- Standard - Audit - Sondaggio nei servizi di assegnazione e di «follow-up» nel quadro della gestione della qualità	Valutazione delle misure
Continuità dell'assistenza, case management	- Sono state definite le persone di riferimento e i responsabili delle procedure; la continuità dell'assistenza è garantita (incluso il personale supplente) - I pazienti sono informati delle competenze - Sono state individuate le barriere all'interno dell'istituzione e sono state definite le misure per superarle	Obiettivo
	- Stabilire standard chiari, all'occorrenza distinguere tra servizi ambulatoriali e ospedalieri - Il paziente riceve informazioni scritte con le necessarie indicazioni relative alla persona di riferimento responsabile	Suggerimenti per l'attuazione
	Gestione interna della qualità	Valutazione delle misure

Obiettivo	I dati e le informazioni specifiche riguardanti la lingua, il background migratorio e la cultura del paziente sono state raccolte	Documentazione
Suggerimenti per l'attuazione	- Integrare i sistemi d'informazione clinica - Mettere a disposizione moduli standard per tutti	
Valutazione delle misure	Gestione interna della qualità	
Obiettivo	- L'entourage (in particolare quello familiare) è stato coinvolto quanto prima previo accordo dei pazienti (di norma già al momento del ricovero) - È garantita la comprensione linguistica	Coinvolgimento dell'entourage
Suggerimenti per l'attuazione	- Documentare gli standard e predisporre delle checklist come parte integrante dell'assicurazione generale della qualità - Garantire il perfezionamento professionale del personale	
Valutazione delle misure	- Audit - Sondaggi fra i pazienti e i collaboratori	

Informazioni generali sul consenso informato

Il consenso informato svolge un ruolo centrale per il rispetto del quadro giuridico, per la compliance e, in ultima analisi, anche per il successo della terapia. Occorre in particolare garantire che i moduli e le dichiarazioni di consenso che i pazienti devono firmare siano effettivamente compresi. Affinché questi documenti abbiano validità giuridica, il paziente deve capire ciò che firma.

L'istituzione è tenuta a garantire che i moduli che comportano vincoli giuridici siano tradotti nelle varie lingue.

Informazioni generali
sul consenso informato



Ricovero d'urgenza

Le riflessioni che seguono sul ricovero d'urgenza completano quanto affermato in merito al ricovero normale: per la popolazione migrante il pronto soccorso rappresenta spesso l'unica possibilità, o semplicemente quella più semplice, per ottenere rapidamente assistenza. Spesso, in casi d'urgenza, gli interpreti non sono disponibili. Inoltre, le procedure possono essere standardizzate solo parzialmente. Di norma le informazioni necessarie possono essere garantite solo attraverso le risorse disponibili (personale di lingua straniera, parenti, strumenti quali il dizionario). Occorre chiarire la disponibilità di servizi telefonici d'interpretariato, da utilizzare in futuro ogni qualvolta sia possibile. In caso di successivo ricovero in ospedale la documentazione deve essere trasmessa al reparto che prenderà in cura il paziente.

Ricovero d'urgenza

Checklist – Ricovero d'urgenza

Non vi sono interpreti disponibili in tempi brevi	☐ È garantita una comprensione rudimentale per far fronte alle situazioni di emergenza ☐ Sono disponibili strumenti adatti ☐ È chiarito il modo di procedere nel caso in cui non è possibile rendersi	Obiettivo
	☐ Mettere a disposizione dizionari e pittogrammi ☐ Reclutare e formare collaboratori con conoscenze delle lingue straniere ☐ Utilizzare il servizio telefonico di interpretariato	Suggerimenti per l'attuazione
	☐ Elenco degli strumenti disponibili ☐ Audit	Valutazione delle misure

Diagnostica

Diagnostica

Una buona anamnesi e prime informazioni sul consenso informato, nonché una conoscenza degli aspetti specifici legati alla diversità e al vissuto migratorio sono elementi importanti per il successo della cura.

Checklist – Diagnostica

Anamnesi specifica per migranti	☐ Sono disponibili le informazioni chiave concernenti l'origine, il vissuto migratorio e le condizioni di vita	Obiettivo
	☐ Preparare i moduli ☐ Definire gli standard con le checklist ☐ Garantire il perfezionamento professionale del personale ☐ Permettere il coaching	Suggerimenti per l'attuazione
	☐ Audit ☐ Gestione interna della qualità ☐ Controlling	Valutazione delle misure
Consenso informato (pagina 57)	☐ Il paziente è informato in merito alla malattia, alle sue cause e conseguenze ☐ Nel quadro del consenso informato il paziente dispone delle basi per acconsentire alle misure diagnostiche e terapeutiche (vi sono i presupposti per la capacità di consenso)	Obiettivo
	☐ È garantita la comprensione linguistica ☐ Vedi www.migesplus.ch	Suggerimenti per l'attuazione
	☐ Audit ☐ Sondaggi fra i pazienti e i collaboratori	Valutazione delle misure

Trattamento

Una difficile comprensione reciproca e concezioni differenti di malattia e terapia possono causare problemi in occasione del consenso informato. Oggigiorno i pazienti sono in linea di massima indipendenti: dopo aver ricevuto informazioni complete hanno la possibilità di prendere autonomamente decisioni riguardanti le fasi successive. Queste possibilità di scelta sono frenate unicamente da ostacoli linguistici; spesso anche false aspettative nei confronti dei medici possono comportare delle difficoltà poiché i pazienti si attendono risultati rapidi.

Trattamento

Checklist – Trattamento

Obiettivo	■ Fornire indicazioni terapeutiche razionali (anche in caso di barriere linguistiche, di una concezione diversa della malattia o un elevato grado di sofferenza) ■ Il materiale informativo aggiornato esistente è a disposizione dell'équipe curante ■ L'équipe curante è consapevole della comprensione della malattia da parte del paziente nonché delle aspettative rispetto alla terapia	Indicazioni terapeutiche
Suggerimenti per l'attuazione	■ Organizzare colloqui interdisciplinari (ad esempio pain units = unità specializzate nel trattamento del dolore) ■ Conoscenza della concezione di malattia e terapia nelle diverse culture ■ Predisporre coaching e supervisione	
Valutazione delle misure	■ Rilevamenti degli esiti ■ Audit ■ Sondaggi tra i collaboratori ■ Sondaggi di supervisione	
Obiettivo	■ Il coinvolgimento di interpreti qualificati è disciplinato ■ La soglia di coinvolgimento è bassa ■ In assenza di una certa comprensione linguistica non vengono prese decisioni in merito alle fasi successive del trattamento (ad eccezione delle emergenze)	Coinvolgimento di interpreti e informazioni sui punti fondamentali del trattamento
Suggerimenti per l'attuazione	■ Facilitare il ricorso a interpreti e al personale in grado di fungere da interpreti ad hoc ■ Stabilire esattamente la procedura per il loro coinvolgimento ■ Coinvolgere i familiari o le persone di riferimento per il consenso informato ■ Organizzare una riflessione sul ruolo della persona di volta in volta addetta all'interpretariato ■ Stabilire gli standard generali e le raccomandazioni	
Valutazione delle misure	■ Audit ■ Sondaggi fra i pazienti e i collaboratori	
Obiettivo	■ La qualità del trattamento corrisponde a quella riservata alla popolazione autoctona	Garanzia di una terapia razionale
Suggerimenti per l'attuazione	■ Garantire in maniera coerente la comprensione linguistica ■ Trasmettere le conoscenze di base per quanto concerne le competenze transculturali (coaching, supervisione, perfezionamento professionale)	
Valutazione delle misure	■ Audit ■ Sondaggi fra i pazienti e i collaboratori ■ Studi degli esiti ■ Servizi di reclamo	

Empowerment dei pazienti	- Le risorse dei pazienti, dell'ambiente e della rispettiva cultura vengono sistematicamente valorizzate - Si tiene conto della concezione della malattia e dei metodi di cura tradizionali	Obiettivo
	- Disciplinare il coinvolgimento di guaritori tradizionali - Acquisire conoscenze sui metodi terapeutici tradizionali cui i pazienti fanno ricorso - Definire gli standard - Garantire il perfezionamento professionale e la sensibilizzazione generale del personale per gli aspetti che riguardano la diversità	Suggerimenti per l'attuazione
	- Audit degli standard - Sondaggi fra i pazienti e i collaboratori	Valutazione delle misure

Dimissioni

Dimissioni

Al momento delle dimissioni possono essere gettate le basi per tutte le cure postricovero; è centrale, in tale contesto, un consenso informato esaustivo che comprenda il coinvolgimento dell'entourage e di quanti si occupano della terapia successiva.

Checklist – Dimissioni

Informazione e organizzazione, cure postricovero e triage	- Al momento delle dimissioni o in caso di trasferimento in un altro istituto occorre informare i pazienti, o se necessario i familiari, in merito al «follow-up» e al trattamento successivo e accertarsi che abbiano compreso - Si organizzano le eventuali cure post-ricovero - Sono definite le principali persone di riferimento - Sono avviati i relativi contatti - Durante il colloquio di dimissione sono presenti degli interpreti se è necessario un trattamento successivo (Se possibile) i pazienti sono indirizzati a terapeuti che hanno la loro stessa lingua principale	Obiettivo
	- Definire chiari standard per le procedure e le persone responsabili delle procedure - Mettere a disposizione materiale informativo - Allestire un passaporto d'urgenza con le informazioni essenziali circa il modo di procedere in caso di necessità - Consegnare o inviare al paziente copia della lettera di dimissione (da presentare al medico al momento della visita) - Fornire i nominativi di medici generici nelle vicinanze	Suggerimenti per l'attuazione
	- Audit - Sondaggio tra i servizi e le persone che si occupano delle cure post-ricovero	Valutazione delle misure

Informazioni di base

L'assistenza sanitaria ai sans papiers:

L'«Unité mobile de soins communautaires» del Policlinico universitario di Ginevra

I Hans Wolff

Migranti senza permesso di soggiorno

Si stima che il 90% degli 80 000 fino ai 100 000 sans papiers¹ che vivono in Svizzera non abbia un'assicurazione malattie; e questo nonostante la direttiva indirizzata alle casse malati nel 2002 dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali UFAS e dall'Ufficio federale della sanità pubblica UFSP prescrive che debbano essere accettati tutti i sans papiers che desiderano assicurarsi e che i loro dati personali non possano essere trasmessi alla polizia degli stranieri. L'ostacolo maggiore è tuttavia il finanziamento dei premi: i salari dei sans papiers sono bassi – a Ginevra in media circa 1200 CHF al mese – e i premi delle casse malati sono elevati – a Ginevra oltre 400 CHF al mese. Queste sono le ragioni principali per la proporzione elevata di persone non assicurate.²

Per migliorare la situazione di questo gruppo sociale marginale e il suo accesso all'assistenza medica, nel 1996 il Policlinico universitario di Ginevra ha istituito l'«Unité mobile de soins communautaires», chiamata di seguito «Unité mobile». L'89% dei pazienti dell'«Unité mobile» è costituito da sans papiers. A Ginevra si tratta perlopiù di donne (60%) di origine latinoamericana (63%), che in media rimangono due anni in Svizzera e hanno tra i 20 e i 40 anni. Di norma la loro formazione scolastica è molto buona. Si stima che la metà di loro abbia un diploma di scuola media superiore e il 30% addirittura un titolo universitario.

Nella maggioranza dei casi i sans papiers chiedono una consultazione per problemi specifici alle donne. Spesso tuttavia sono soggetti anche a un grande livello di sofferenza psichica che può essere spiegato con la costante minaccia di persecuzione da parte della polizia, con la separazione dalla famiglia e dai propri figli e con le difficili condizioni lavorative.

L'obiettivo principale dell'«Unité mobile» consiste nell'offrire alle persone svantaggiate a livello sociale e alle persone senza assicurazione malattie un accesso all'assistenza sanitaria. Ulteriori obiettivi sono:

- la garanzia dell'accesso all'assistenza sanitaria alle persone che vivono in stato di povertà;
- l'integrazione delle attività dell'«Unité mobile» e dei pazienti nel sistema sanitario esistente. Sin dall'inizio è stata sottolineata l'importanza della funzione di collegamento rispetto all'offerta di assistenza esistente. In questo modo si mira a ridurre la stigmatizzazione e a mettere a frutto quanto già esiste;
- il coordinamento della rete di attività caritative con le organizzazioni partner organizzate nella piattaforma ginevrina della povertà;
- studi che descrivano i gruppi target e le loro esigenze sanitarie al fine di elaborare soluzioni adeguate.

Obiettivi

¹ Longchamp C, Aebersold M, Rousselot B et Ratelband-Pally S (2005) Sans papiers en Suisse: c'est le marché de l'emploi qui est déterminant, non pas la politique d'asile. Rapport final sur mandat de l'Office fédéral des migrations. GFS, Berna

² Syndicat interprofessionnel de travailleuses et travailleurs SIT (2003) Pour mettre au jour l'économie de l'ombre. Ginevra

L'accesso all'assistenza sanitaria è filtrato ma allo stesso tempo assicurato da un sistema di «gate keeping». Il personale infermieristico rappresenta il primo punto di riferimento per i pazienti. È garantito l'accesso libero e gratuito. Gli infermieri decidono se è necessario ricorrere a un medico. Questa funzione di «gate keeping» filtra tra il 70% e l'80% delle consultazioni mediche. Solo il 20%-30% dei pazienti viene indirizzato ai medici generici del policlinico. Questi a loro volta disciplinano, in veste di «gate keeper», l'accesso agli specialisti dell'ospedale universitario.

L'«Unité mobile» svolge anche una funzione di gate keeping nei confronti dell'ospedale universitario. I pazienti indirizzati dall'«Unité mobile» possono accedere a tutti i servizi medici necessari (conformemente al catalogo delle prestazioni della legge sull'assicurazione malattie (LAMal). Tutte le prestazioni dell'«Unité mobile» si basano su questo catalogo di prestazioni. Esse soddisfano pertanto il medesimo standard qualitativo a disposizione di tutte le persone che hanno stipulato un'assicurazione malattie di base obbligatoria.

Un punto di forza dell'«Unité mobile» è costituito dalle misure preventive che permettono di evitare situazioni di emergenza e un aggravamento della malattia, perlopiù molto costoso.

Funzionamento

Si constata un'importante e grave carenza di informazione dei sans papiers in ambito contraccettivo. Da un sondaggio condotto di recente tra donne senza permesso di soggiorno è emerso che l'83% delle gravidanze non era voluto. Delle donne intervistate, il 70% non utilizza nessun metodo contraccettivo.³ Si presume che il numero delle interruzioni di gravidanza in questa popolazione sia molto elevato. È assolutamente necessario sviluppare programmi di prevenzione efficienti e adeguati alle esigenze che trattino questo tema.

Costi

I costi per il personale e le prestazioni mediche dell'«Unité mobile» sono a carico dell'ospedale universitario, ovvero del Cantone di Ginevra. Pertanto tutti i servizi garantiti dall'«Unité mobile» devono essere eseguiti dai diversi reparti dell'ospedale universitario. In questo modo si possono finanziare tutti i servizi diagnostici e terapeutici, dalla visita medica alle analisi di laboratorio, dalle radiografie agli interventi chirurgici. A seconda dell'intervento e delle possibilità finanziarie viene chiesta ai sans papiers una partecipazione finanziaria. Circa il 10% dei costi è a carico dei pazienti.

Altri modelli di soglia bassa di accesso all'assistenza sanitaria in Svizzera

L'ospedale universitario del Cantone di Ginevra coordina e finanzia il modello descritto dell'«Unité mobile» per l'accesso dei sans papiers all'assistenza sanitaria. I modelli nella Svizzera tedesca si basano di norma su iniziative private. L'assistenza ambulatoriale è garantita da una rete di medici impegnati; cosiddetti servizi di riferimento indirizzano a questi ultimi i sans papiers ammalati. Questi medici lavorano spesso gratuitamente o a tariffe basse. Se sono necessarie misure diagnostiche o terapeutiche costose, i pazienti spesso non hanno altra scelta se non quella di stipulare un'assicurazione malattia, anche se i loro mezzi finanziari sono a malapena sufficienti per effettuare alcuni versamenti dei premi. Il Cantone di Basilea Città e il Cantone di Vaud fanno eccezione: i sans papiers che intendono assicurarsi ricevono un sussidio del 50-70% del premio mensile. In linea di principio, conformemente alla direttiva menzionata all'inizio, ai sensi delle norme vigenti, i sans papiers hanno diritto a una riduzione dei premi. L'attuazione di questo diritto risulta tuttavia in pratica difficile e dispendiosa in termini di tempo.

Vi sono anche modelli misti, come ad esempio a Losanna, dove il servizio di riferimento principale è gestito privatamente (Point d'Eau), mentre il policlinico (PMU) è finanziato dagli enti pubblici.

In linea di massima per i sans papiers è difficile avere accesso alla maggior parte degli ospedali pubblici in Svizzera. Un'eccezione è data da Losanna, Ginevra e Basilea, dove l'accesso sembra essere garantito.

Per migliorare la situazione è necessaria una rete degli attori della sanità. In particolare gli ospedali pubblici devono collaborare con le autorità sanitarie cantonali e compiere i seguenti passi:

- analizzare la situazione attuale: identificare le offerte e possibilità di assistenza esistenti nonché i partner più importanti (associazioni, organizzazioni non governative, gruppi di sostegno ai sans papiers, servizi di riferimento, medici, infermieri, ostetriche, ospedali, autorità sanitarie, ecc.);
- collegare in una rete gli attori della sanità;
- disciplinare il finanziamento;
- organizzare e promuovere i progetti che consentono ai sans papiers di accedere all'assistenza sanitaria;
- valutare gli interventi.

3 Wolff H und Stalder H (2005) Medizin für Menschen in Armut! – «Unité mobile» de soins communautaires» in Genf. Soziale Medizin 1: 36-39. Wolff H, Stalder H, Epiney M, Walder A, Irion O, Morabia A (2005) Health care and illegality: a survey of undocumented pregnant immigrants in Geneva. Soc Sci Med 60: 2149–2154

Interpretariato e traduzione

In base alle esperienze fatte in Svizzera e all'estero, le istituzioni sanitarie dispongono in linea di principio dei seguenti strumenti di mediazione linguistica (si tratta di un elenco senza pretesa alcuna di esaustività):

- Coinvolgimento sul posto di interpreti esterni (situazione face-to-face), interpreti interculturali, mediatori interculturali (una definizione dei termini impiegati si trova a pagina 91).
- Coinvolgimento telefonico di interpreti esterni.
- Ricorso a personale poliglotta come interprete ad hoc.
- Impiego di strumenti ausiliari visivi e linguistici (pittogrammi; dizionari bilingui).
- Ricorso a membri della famiglia o ad altre persone di riferimento.
- Impiego di materiale tradotto.

È indispensabile elaborare un concetto globale che disciplini i vari metodi di mediazione linguistica tenendo conto delle possibilità di impiego, delle modalità per farvi ricorso e dei finanziamenti. Le seguenti raccomandazioni si limitano ai principali valori di riferimento. Per il resto si rimanda alle informazioni di base a pagina 65.

Interpretariato e traduzione

| Peter Saladin

Checklist – Interpretariato e traduzione

Obiettivo	■ È garantita la disponibilità di interpreti esterni per interventi pianificabili	Impiego di interpreti esterni
Suggerimenti per l'attuazione	■ Effettuare un'analisi dei bisogni di servizi di interpretariato (genere ed estensione di possibili interventi, lingue, risorse interne ed esterne) ■ Definire regole di impiego e di organizzazione di massima per i servizi di interpretariato ■ Cercare la collaborazione con organizzazioni specialistiche esterne (come Interpret, opere assistenziali, servizi di mediazione per traduzione interculturale, pagina 83) ■ Mettere a frutto le sinergie con le altre istituzioni e autorità (come i delegati cantonali e comunali all'integrazione) ■ Organizzare la formazione del personale alla collaborazione con gli interpreti ■ Definire il budget per i servizi di interpretariato e garantirne il finanziamento	(situazione face-to-face)
Valutazione delle misure	■ Gestione della qualità ■ Sondaggio tra i pazienti ■ Collaborazione con le organizzazioni specialistiche per la verifica della qualità del lavoro degli interpreti	

Obiettivo	■ È garantita la disponibilità di interpreti esterni 24 ore su 24 per tutte le lingue ■ È garantito il sostegno agli sforzi cantonali e nazionali in favore del servizio telefonico di interpretariato	Coinvolgimento telefonico
Suggerimenti per l'attuazione	■ Effettuare un'analisi dei bisogni per il servizio telefonico di interpretariato ■ Chiarire la fattibilità tecnica e i presupposti ■ Definire le norme di impiego e organizzazione di massima ■ Valorizzare le sinergie con altre istituzioni e autorità a livello cantonale e nazionale ■ Cercare la collaborazione con le organizzazioni specialistiche esterne ■ Formare i collaboratori nella collaborazione con gli interpreti telefonici	di interpreti esterni
Valutazione delle misure	■ Gestione della qualità ■ Sondaggio tra i pazienti	(pagina 67)

Ricorso a personale poliglotta come interpreti ad hoc (informazioni di base pagina 65)	☐ È garantita la disponibilità di interpreti ad hoc	Obiettivo
	☐ Effettuare un'analisi dei bisogni ☐ Definire i criteri di ricorso a interpreti interni invece degli esterni ☐ Realizzare e aggiornare la banca dati linguistica interna ☐ Definire i requisiti dei collaboratori poliglotti per l'inserimento nella banca dati linguistica ☐ Definire le modalità di organizzazione e remunerazione ☐ Organizzare la formazione degli interpreti ad hoc e delle persone che conducono i colloqui	Suggerimenti per l'attuazione
	☐ Gestione della qualità ☐ Sondaggio tra i pazienti ☐ Valutazione dei collaboratori	Valutazione delle misure
Strumenti ausiliari visivi e linguistici (pittogrammi e dizionari) (informazioni di base pagina 68)	☐ È disponibile e viene proposto materiale informativo ausiliario per le consultazioni	Obiettivo
	☐ Valutare il bisogno di strumenti ausiliari visivi e linguistici e preparare mezzi audiovisivi, in particolare nell'ambito della cura ☐ Esaminare le raccolte e gli esempi presenti ☐ Definire le norme di impiego e organizzazione di massima ☐ Mettere a frutto le sinergie con altre istituzioni ☐ Cercare la collaborazione con le organizzazioni specialistiche esterne ☐ Organizzare la formazione del personale all'impiego degli ausili visivi e linguistici	Suggerimenti per l'attuazione
	☐ Gestione della qualità ☐ Sondaggio tra i pazienti ☐ Valutare prima e dopo l'impiego la comprensibilità e l'efficacia degli strumenti ausiliari visivi e linguistici	Valutazione delle misure
Ricorso a membri della famiglia e a persone di riferimento	☐ Si evita in linea di massima di impiegare membri della famiglia e persone di riferimento, soprattutto bambini	Obiettivo
	☐ Fissare regole semplici ☐ Fare attenzione ai rischi (imbarazzo, informazioni sbagliate, tutela della famiglia) ☐ Ricorrere a queste persone solo su espressa richiesta degli interessati per semplici colloqui relativi alla vita quotidiana (pagina 66)	Suggerimenti per l'attuazione
	☐ Gestione della qualità ☐ Sondaggio tra i pazienti	Valutazione delle misure
Impiego di materiale tradotto	☐ Informazioni importanti per le persone interessate sono a disposizione nelle lingue più diffuse tra i migranti	Obiettivo
	☐ Stabilire le regole per la traduzione di documenti ☐ Lavorare con uffici di traduzione professionali (pagine 83-86)	Suggerimenti per l'attuazione
	☐ Gestione della qualità ☐ Sondaggio tra i pazienti	Valutazione delle misure

Informazioni di base

L'interpretariato in ospedale: registrare, formare e impiegare in maniera mirata i membri del personale con competenze linguistiche specifiche

Sintesi di uno studio effettuato per conto della rete MFH¹

| Alexander Bischoff

| Regine Steinauer

| Elisabeth Kurth

La comunicazione tra i pazienti e il personale sanitario influenza in maniera decisiva il decorso di una malattia. Da uno spoglio della letteratura emerge che il rischio di una diagnosi errata o di un trattamento sbagliato aumenta nelle situazioni in cui l'interazione è resa più complessa dal fatto che il paziente e il personale curante non parlano la stessa lingua. Questo fatto può anche ridurre il grado di soddisfazione del paziente e mettere a rischio la compliance.

Vi sono vari approcci per superare le barriere linguistiche in ambito sanitario. Sempre più spesso nelle istituzioni sanitarie viene assunto personale medico-infermieristico poliglotta. Inoltre, soprattutto negli ultimi anni si è intensificata anche in Svizzera la collaborazione con servizi d'interpretariato esterni. L'esperienza indica tuttavia che questa risorsa è poco utilizzata a causa di una mancanza di informazione; svolgono un ruolo importante anche considerazioni di carattere finanziario e perplessità nel coinvolgere servizi professionali. Nell'attività quotidiana si fa spesso ricorso a familiari o a personale casualmente presente e appartenente a svariati gruppi professionali come interpreti ad hoc. La letteratura documenta ripetutamente che ciò può causare seri problemi.

Le consultazioni effettuate con l'ausilio di interpreti sono quelle che danno i migliori risultati dal punto di vista della traduzione e della mediazione interculturale. È quanto emerge da numerosi studi. Il personale sanitario intervistato cita come problematica soprattutto l'insufficiente disponibilità di interpreti e il fatto che i loro interventi debbano essere pianificati in anticipo. Inoltre, gli specialisti esprimono dubbi in relazione alla loro capacità di comprendere e tradurre adeguatamente espressioni tecniche in campo medico. Alcuni specialisti descrivono inoltre come lungo e complicato il colloquio in presenza di un interprete.

Disporre invece di collaboratori interni poliglotti da impiegare come interpreti ad hoc presenta vantaggi più che evidenti: essi sono rapidamente disponibili e comprendono la terminologia medica. Soprattutto nei sondaggi condotti nelle cliniche psichiatriche viene molto apprezzata la dimestichezza degli interpreti ad hoc con i diversi quadri clinici. Tra gli svantaggi citati ci sono invece possibili conflitti di ruolo. Inoltre possono sorgere delle tensioni all'interno di un'équipe se alcuni suoi membri sono costretti a svolgere il lavoro di un collega, chiamato altrove a operare come interprete.

Accanto allo spoglio della letteratura, nel corso del presente studio sono stati effettuati dei sondaggi nelle cliniche psichiatriche universitarie di Basilea (UPK) e nei policlinici psichiatrici universitari, sempre di Basilea (PUP). Alcuni specialisti alloglotti sono stati registrati e, previa adeguata formazione, inseriti con il loro consenso come interpreti ad hoc nella banca dati linguistica interna. I 18 collaboratori reclutati parlano 11 lingue diverse e perlopiù hanno già raccolto qualche esperienza fungendo da interpreti ad hoc. In questo contesto non sono state verificate le loro competenze linguistiche. Nel quadro di questi sondaggi sono state formulate delle «Linee direttrici per la realizzazione di una banca dati linguistica interna all'ospedale» che indicano il modo di procedere a livello manageriale e che sottolineano la necessaria collocazione di questa banca dati in un più ampio concetto relativo alla cura transculturale. Uno degli obiettivi perseguiti dallo studio era la formulazione di criteri che permettano di decidere quando occorre far ricorso a interpreti esterni e quando a interpreti ad hoc interni.

Questi interrogativi sono stati discussi in seno a dei focus group. Inoltre si è svolta una analisi mirata della letteratura. Si sono individuati nove criteri di decisione che, per facilitarne la consultazione, sono presentati sotto forma di diagramma. Conclusione: per i colloqui pianificabili e complessi, caratterizzati da aspetti emotivi e/o culturali, sono più adatti gli interpreti esterni. Per consultazioni urgenti che si svolgono una sola volta, dal contenuto semplice e concreto e di breve durata è preferibile invece ricorrere a interpreti ad hoc.

¹ Lo studio può essere consultato sul sito Internet: www.hplus.ch

► Accesso diretto ► MFH

Criteri di decisione

Urgenza	elevata	ridotta
Pianificabilità	scarsa	buona
Durata	breve	lunga
Complessità	bassa, concreta	elevata, astratta
Portata/conseguenza per i pazienti	ridotta	elevata
Disponibilità della persona che funge da interprete	buona, a medio termine	buona, a breve termine
Emotività	bassa	elevata
Aspetti culturali e religiosi	pochi	molti
Appuntamento successivo	non previsto	previsto
	→ Interpreti ad hoc interni	→ Interpreti esterni

La qualità del colloquio in trialogo con pazienti alloglotti non dipende tuttavia solo dalla prestazione della persona che funge da interprete. Lo specialista che conduce il colloquio può contribuire anch'egli a migliorare la qualità della traduzione. L'informazione dell'interprete sui motivi e sull'obiettivo del colloquio e un discorso chiaro in frasi brevi e di facile comprensione sono punti essenziali per le linee direttrici presentate nel rapporto di ricerca e rivolte al personale medico-infermieristico a contatto con gli interpreti.

Sulla base del presente studio è possibile formulare per la prassi le seguenti raccomandazioni o proposte di miglioramento per l'impiego di interpreti:

- In linea di massima bisogna puntare su una collaborazione con interpreti qualificati, se possibile in possesso del certificato INTERPRET.
- Nella misura del possibile occorre evitare di coinvolgere familiari e membri del personale ospedaliero non formati come interpreti ad hoc. I bambini devono essere coinvolti solo in caso di assoluta necessità e dietro espressa richiesta di un paziente.
- I membri del personale devono intervenire come interpreti ad hoc solo se sono stati preparati a svolgere quest'attività nel corso di una formazione e se l'istituzione offre una cornice strutturale.
- I membri del personale possono essere impiegati come interpreti ad hoc solo con il loro consenso.
- La preparazione di una banca dati linguistica interna con i collaboratori poliglotti non può essere intesa come misura isolata relativa al tema delle barriere linguistiche. Una tale banca appare opportuna solo se i collaboratori sono stati reclutati e formati accuratamente, se l'elenco viene regolarmente aggiornato, ampliato e valutato.
- Nella banca dati linguistica interna, le lingue maggiormente utilizzate devono essere rappresentate da vari interpreti ad hoc maschili e femminili. Solo in questo modo si può garantire il vantaggio principale, ovvero la rapida disponibilità. Non si consiglia l'introduzione di una banca dati linguistica interna per le istituzioni piccole, con pochi collaboratori alloglotti.
- Occorre formulare esplicitamente i criteri di ricorso all'interpretariato interno all'istituzione. Questo comprende, oltre all'impiego di interpreti, una regolamentazione concernente il coinvolgimento del personale poliglotta come interpreti ad hoc. All'interno di questo ambito va stabilita anche la disponibilità di informazioni scritte dei pazienti nelle lingue più comuni.
- Vanno verificate al momento del reclutamento come interpreti ad hoc le competenze linguistiche dei collaboratori poliglotti interessati.

Informazioni di base

Il servizio telefonico d'interpretariato in ospedale

Sintesi di uno studio effettuato per la rete MFH¹

| Alexander Bischoff

| Florian Grossmann

Le barriere linguistiche costituiscono una sfida per tutte le persone del settore sanitario. Per consentire a tutti i pazienti che parlano una lingua straniera di poter accedere ai servizi medici e infermieristici si discutono attualmente diverse strategie. La strategia centrale riguarda certamente l'allestimento di servizi di intermediazione di interpreti. Come misure di accompagnamento si può ricorrere al personale poliglotta di un'istituzione e a servizi telefonici d'interpretariato. Il presente studio valuta l'adeguatezza dell'impiego di un servizio telefonico d'interpretariato per il superamento delle barriere linguistiche. Esso si basa su esperienze acquisite, sull'opinione di esperti, sondaggi, studi clinici e sulla letteratura internazionale. La ricerca mostra che il servizio telefonico d'interpretariato viene perlopiù giudicato un buon metodo di interpretariato. I risultati possono essere riassunti come segue:

- Diversi studi clinici dimostrano un'elevata soddisfazione dei pazienti, un'elevata soddisfazione dei medici e un miglioramento della qualità della comunicazione. I pazienti accettano il servizio telefonico d'interpretariato in misura uguale all'interpretariato sul posto (face-to-face).
- Gli specialisti nei reparti di pronto soccorso inglesi auspicerebbero, stando a un sondaggio, la creazione di un servizio telefonico d'interpretariato nazionale. Il servizio telefonico d'interpretariato appare opportuno soprattutto per le lingue meno diffuse. Si sottolinea in particolare la rapida disponibilità del servizio.
- Da un sondaggio condotto tra i medici svizzeri è emerso che il servizio telefonico d'interpretariato non è considerato prioritario.

Nel quadro del presente studio è stata presa visione di diversi documenti strategici, tra i quali quelli dei National Standards on Culturally and Linguistically Appropriate Services (CLAS) in Health Care dello U.S. Department of Health and Human Services (pagina 101). Tali documenti giungono alla conclusione che il servizio telefonico d'interpretariato in aggiunta all'interpretariato face-to-face e all'impiego di collaboratori poliglotti è adatto per le situazioni in cui sono necessari immediatamente interpreti oppure quando si tratta di lingue poco diffuse. In questi testi relativi alla strategia da seguire si sconsiglia espressamente di far ricorso, per la traduzione, a familiari o amici.

Nel quadro di altri sei case studies, su servizi telefonici d'interpretariato esistenti ² è stata richiesta l'opinione di esperti. I risultati sono nettamente favorevoli al metodo dell'interpretariato telefonico.

Le condizioni necessarie al successo dei servizi telefonici d'interpretariato possono essere riassunte come segue:

- Il servizio telefonico d'interpretariato deve essere offerto a tutti i pazienti che non conoscono a sufficienza la lingua locale.
- Il servizio telefonico d'interpretariato deve essere organizzato a livello nazionale. Deve essere disponibile 24 ore su 24. Tutte le istituzioni dell'assistenza sanitaria dovrebbero poter accedere a un servizio telefonico d'interpretariato; le istituzioni particolarmente piccole possono beneficiarne. L'impiego da parte del personale deve essere il più semplice possibile e richiede di volta in volta un accordo tra il fornitore del servizio telefonico d'interpretariato e l'istituzione. Tutti i gruppi professionali che lavorano a contatto con i pazienti devono poter accedere a questa offerta. Questo servizio deve essere realizzato in collaborazione e coordinamento con INTERPRET oppure con gli interpreti e mediatori certificati da INTERPRET.
- Gli ospedali devono elaborare linee direttrici per coadiuvare medici e infermieri nella decisione relativa all'opportunità di ricorrere a interpreti e alle modalità da impiegare. Occorre formare il personale circa l'interazione con gli interpreti face-to-face e con il servizio telefonico d'interpretariato.
- Devono essere soddisfatti i prerequisiti tecnici (telefoni con vivavoce per gli utenti). Per quanto riguarda i fornitori, un servizio telefonico d'interpretariato presenta grandi esigenze in termini di tecnologia della comunicazione e richiede un software apposito.

¹ Lo studio può essere consultato sul sito Internet: www.hplus.ch

► Accesso diretto ► MFH

² Inter Service Migrants ISM, Paris, Akademisch Medisch Centrum AMC, Amsterdam, Kantonsspital Baden KSB, Baden, Kolding Sygehus, Danemark, Harbournview Medical Center HMC, Seattle and Pacific Interpreters USA, Boston Medical Center BMC, Boston

- Deve essere possibile verificare la qualità delle prestazioni degli interpreti telefonici. In particolare sono possibili la certificazione degli interpreti, ad esempio da parte di INTERPRET, nonché un'assicurazione continua della qualità, ad esempio con una valutazione di colloqui registrati.
- I servizi telefonici d'interpretariato possono essere impiegati come complemento all'interpretariato face-to-face.

La creazione di un servizio telefonico d'interpretariato a livello nazionale sarebbe, allo stato attuale delle cose, una misura molto promettente in vista di un equo accesso ai servizi della sanità per tutti. Un servizio telefonico d'interpretariato potrebbe rappresentare, in combinazione con altre misure (servizi di mediazione, servizi regionali d'interpretariato face-to-face, registrazione e formazione di collaboratori poliglotti di istituzioni sanitarie), un passo importante per il superamento delle barriere linguistiche di pazienti alloglotti.

Informazioni di base

| Madeleine Wick Marcoli

Possibilità di impiego di pittogrammi nella comunicazione con i pazienti migranti negli ospedali svizzeri

Sintesi di uno studio effettuato per la rete MFH¹

Obiettivo dell'indagine era di elaborare materiale di base e raccomandazioni per l'impiego di pittogrammi nella comunicazione transculturale all'attenzione delle istituzioni sanitarie svizzere, in particolare in ambito medico-infermieristico. Si sono studiate le raccolte di pittogrammi esistenti nonché le opportunità e i rischi del loro utilizzo nell'ambito della comunicazione transculturale. La ricerca si è svolta in due fasi: un sondaggio tra gli specialisti e una ricerca a livello di letteratura e di Internet. Nel complesso sono stati intervistati in merito a questa tematica 41 esperti che operano in ambito sanitario, in particolare negli ospedali, nell'amministrazione e nel settore della ricerca in Svizzera e all'estero. Sono state inoltre consultate numerose fonti bibliografiche di diversi settori specialistici (attraverso banche dati elettroniche, biblioteche e motori di ricerca su Internet) che sono state valutate con riferimento specifico alla tematica.

I pittogrammi possono essere definiti come «una rappresentazione creata dall'uomo al fine di ottenere una comunicazione rapida e univoca, oltre che senza parole, per segnalare o mostrare qualcosa».² Per soddisfare il requisito di essere compresi indipendentemente dalla scrittura, dalla lingua e dall'origine socioculturale, i pittogrammi debbono rispettare alcune norme internazionali rigorose. L'uniformità dei pittogrammi normalizzati uniformi tuttavia esiste spesso solo a livello teorico. In pratica vi sono molteplici varianti diverse a seconda della situazione geografica o socioculturale.

Negli ospedali svizzeri attualmente le raccolte di pittogrammi vengono utilizzate solo in maniera isolata e in modo non sistematico per facilitare la comunicazione transculturale con la popolazione migrante. Dalle indagini effettuate all'estero risulta la medesima situazione, nonostante le indicazioni degli specialisti del settore sanitario, che considerano i pittogrammi urgenti così come altri materiali visivi a carattere informativo. Se in ambito ospedaliero si utilizzano risorse di comunicazione esterne, si tratta prevalentemente di materiale scritto, accompagnato da immagini che ne aiutano la comprensione e la lettura; inoltre ci si rivolge a interpreti interculturali. Viene impiegato anche materiale audiovisivo, audiocassette e altre tecniche.

La questione relativa all'efficacia e pertanto alla comprensibilità è cruciale per valutare le possibilità di impiego nonché le opportunità e i rischi del ricorso ai pittogrammi. Quest'ultima dipende da numerosi fattori. Determinanti sono non solo le proprietà formali dei segni. Altrettanto importanti sono il contesto di applicazione e le caratteristiche dei potenziali destinatari delle informazioni. L'importanza dei simboli deve essere nota a chi li emette e ai destinatari. Questo

¹ Lo studio può essere consultato sul sito Internet: www.hplus.ch ► Accesso diretto ► MFH

² Abdullah R, Hübner R (2005) Piktogramme und Icons. Pflicht oder Kür? Hermann Schmidt, Mainz

presuppone convenzioni, accordi o l'associabilità globale dei segni. Relativamente all'utilizzo dei pittogrammi si possono individuare i seguenti argomenti pro e contro:

- Vantaggi**
 - Comunicazione rapida e semplice.
 - Comunicazione senza l'uso di parole e indipendente dalla cultura.
 - Modo compatto di trasmettere l'informazione, in forma spazialmente condensata.
 - L'informazione cognitiva viene presentata in modo diverso rispetto a quanto avviene con la parola scritta.
 - L'efficacia dei segnali e delle indicazioni è ideale per avviare un discorso a tema.
 - Utilizzo semplice in confronto ai messaggi scritti con parole.
 - Incremento dell'accettazione del materiale scritto.
 - Miglioramento della comprensibilità e possibilità di ricordare contenuti di testo complessi e astratti; in combinazione con il materiale scritto anche per gruppi non alfabetizzati.
- Rischi**
 - Spesso in pratica non si ottiene un risultato comprensibile a tutti.
 - I pittogrammi devono essere accuratamente sottoposti a test nell'ambito d'impiego previsto, coinvolgendo i gruppi a cui sono destinati.
 - Solitamente bisogna impararne il significato – in particolare nel caso di pittogrammi astratti.
 - Gli strumenti ausiliari che fanno uso di immagini non sono sempre espliciti: il loro significato non è sempre evidente. Spesso occorre pertanto aggiungervi un testo esplicativo o una scritta.
 - È possibile che gli interlocutori non accettino l'introduzione di strumenti non verbali durante il colloquio.
 - L'introduzione di uno strumento di comunicazione innovativo richiede di norma un'ulteriore formazione del personale sanitario, ovvero risorse finanziarie e di personale.

Occorre verificare ed eventualmente adeguare la politica di comunicazione tenuto conto della diversità socioculturale della popolazione migrante e della percentuale cospicua di persone con un basso livello di alfabetizzazione. I messaggi e le immagini relative alla sanità devono essere orientati alle esigenze di informazione del gruppo target. Nella scelta delle strategie di informazione occorre tener conto dell'appartenenza etnica, dell'età, del sesso e del grado di alfabetizzazione. Occorre garantire la formazione e il perfezionamento professionale del personale sanitario tenendo conto dell'impiego di risorse esterne nella comunicazione transculturale.

Bisogna valutare la possibilità dell'utilizzo di pittogrammi come strumenti ausiliari non verbali in situazioni concrete e quotidiane che caratterizzano la cura transculturale e la realtà ospedaliera. Si deve inoltre far ricorso a interpreti per la comunicazione e la discussione di informazioni mediche complesse, necessarie alla presa di una decisione nonché per informazioni di medicina legale.

L'utilizzo di pittogrammi a titolo di complemento per garantire una migliore comprensione e la possibilità di memorizzare il materiale informativo scritto è importante non solo per la trasmissione di informazioni nel contesto della migrazione, ma anche per i pazienti svizzeri, tenuto conto della preoccupante percentuale di adulti con un insufficiente livello di alfabetizzazione.

È soprattutto il personale curante a esprimersi in favore di pittogrammi per facilitare la comunicazione con la popolazione migrante. A tale fine occorre realizzare un progetto pilota a livello nazionale. Occorre selezionare un numero limitato di situazioni importanti della vita quotidiana (ad esempio l'alimentazione, i pasti) – dal punto di vista della cura – ed elaborare pertanto materiale visivo semplice, di facile impiego. Si raccomanda di verificare, accanto ai pittogrammi, anche altre possibilità come i disegni o le fotografie.

Nel quadro di un progetto nazionale occorre realizzare dizionari per le istituzioni sanitarie svizzere, ovvero raccolte di termini e frasi tradotte relativi a diversi argomenti. Bisogna valutare il dizionario ospedaliero della regione ospedaliera

Raccomandazioni per le istituzioni sanitarie

Raccomandazioni per il progetto «Migrant-Friendly Hospitals (MFH)» e per H+ Gli Ospedali Svizzeri

di San Gallo-Rorschach al fine di mettere a frutto l'esperienza fatta nell'elaborazione e nell'utilizzo di dizionari ospedalieri in Svizzera e all'estero per il progetto nazionale.

**Raccomandazioni
per la Confederazione**

Nel quadro di indagini scientifiche occorre indagare a fondo vari ambiti tematici, ad esempio i nessi tra alfabetizzazione e salute in Svizzera, le implicazioni di un basso grado di alfabetizzazione per la trasmissione di informazioni sanitarie e le possibilità e i limiti di strumenti d'informazione innovativi (ad es. con immagini).



Perfezionamento professionale del personale

Il perfezionamento professionale nella competenza transculturale persegue tre obiettivi:

- Garantire la qualità del trattamento per la popolazione migrante ai sensi delle pari opportunità e della non discriminazione.
- Trasmettere sicurezza al personale nell'approccio con la popolazione migrante e ridurre così lo stress e i comportamenti sbagliati.
- Evitare costi inutili e incrementare in questo modo l'efficienza.

La diversità, la migrazione e la salute sono tematiche trasversali che comprendono molti ambiti d'intervento e campi d'applicazione. Essi riguardano l'atteggiamento, la percezione e le conoscenze, ma anche tecniche e capacità. Qualsiasi genere di perfezionamento professionale deve naturalmente essere adeguato alle esigenze dell'istituzione e delle persone da formare. Oltre al perfezionamento professionale sistematico del personale, particolari manifestazioni all'interno o all'esterno dell'istituzione possono fornire uno spunto per un perfezionamento.

A dire il vero i temi della diversità, della migrazione e della salute dovrebbero essere inclusi in tutti i corsi di formazione di base delle professioni sociosanitarie. Questa esigenza deve essere attuata nel quadro della politica della formazione della Confederazione e dei Cantoni. La ristrutturazione di molti corsi di formazione in campo sanitario rappresenta un'ottima occasione per compiere questo passo.

Perfezionamento professionale del personale

| Joachim Wohnhas



Checklist – Perfezionamento professionale del personale

Basi aziendali	■ Corsi di perfezionamento relativi ad aspetti della diversità, della migrazione, della non discriminazione e della salute sono inclusi nel modello e nella strategia dell'istituzione ■ La direzione dell'istituzione ha conferito mandato ai responsabili del perfezionamento professionale	Obiettivo
	■ Verificare le basi esistenti ■ Stabilire gli obiettivi superiori	Suggerimenti per l'attuazione
	■ Controlling strategico	Valutazione delle misure
Pianificazione del perfezionamento professionale	■ È allestita la pianificazione a lungo termine per il perfezionamento professionale continuo con obiettivi generali e specifici ai gruppi professionali e le relative forme di realizzazione ■ È stabilito per chi sono facoltative o volontarie determinate unità di perfezionamento professionale ■ Obiettivi generali del perfezionamento: potenziare la professionalità presente concentrandosi su diversità, migrazione e salute; trasmettere conoscenze specifiche relative all'argomento; imparare metodi e tecniche adeguate; creare competenza transculturale e collaborazione interdisciplinare come atteggiamento ■ Obiettivi circostanziati di perfezionamento professionale: a seguito di particolari avvenimenti relativi a un reparto; in reazione a fattori esterni o evoluzioni politiche; nel quadro dell'introduzione di un nuovo modello o di una nuova politica aziendale	Obiettivo
	■ Rilevare regolarmente i bisogni, in particolare presso il personale interessato ■ Coinvolgere le persone con background migratorio ■ Modulare il perfezionamento professionale in funzione dei bisogni: singoli eventi («manifestazione per lanciare un'attività»); manifestazioni nell'ambito delle proposte regolari di perfezionamento professionale interno; articolazione di tematiche particolari, in chiave strettamente professionale o interdisciplinare (ad esempio nascita; riabilitazione); collaborazione con altre istituzioni sanitarie; workshop pratici; discussioni di casi (a livello intradisciplinare o interdisciplinare)	Suggerimenti per l'attuazione
	■ Sondaggio tra i pazienti ■ Valutazione dei bisogni dei collaboratori ■ Valutazione di ogni evento relativo al perfezionamento professionale	Valutazione delle misure
Docenti	■ Le persone addette alla formazione dispongono di specifiche qualifiche in riferimento a obiettivi definiti	Obiettivo
	■ Collaborare con istituti universitari, organizzazioni specialistiche e specialisti ■ Preparare un elenco degli argomenti per le domande frequenti (FAQ) in relazione alle pari opportunità, alla non discriminazione e al razzismo	Suggerimenti per l'attuazione
	■ Gestione della qualità ■ Valutazione di ogni manifestazione di perfezionamento professionale	Valutazione delle misure
Risorse finanziarie	■ Il finanziamento di corsi di perfezionamento professionale è disciplinato e garantito	Obiettivo
	■ Mettere a disposizione finanziamenti interni e mezzi esterni	Suggerimenti per l'attuazione
	■ Controlling strategico	Valutazione delle misure
Programma quadro	■ È messo a disposizione il programma per il perfezionamento professionale relativo a diversità, migrazione e salute	Obiettivo
	■ Adeguare l'esempio descritto (vedi pagina 73) alle esigenze dell'istituzione	Suggerimenti per l'attuazione
	■ Valutazione delle singole manifestazioni	Valutazione delle misure

Informazioni di base

Esempio di un programma quadro per il perfezionamento professionale interdisciplinare relativo a diversità, migrazione e salute negli ambiti dell'ostetricia, dell'assistenza in ospedale, della medicina e del management

| Joachim Wohnhas

Il seguente programma quadro è stato elaborato attraverso uno scambio di esperienze tra esperti di formazione come base comune interdisciplinare. Si compone di sei blocchi tematici e deve essere adeguato, a livello di contenuti e di forma, alle esigenze dell'istituzione.

Attività professionale

Obiettivi	Garantire pari opportunità di accesso ai servizi e contribuire agli sviluppi attuali	Pari opportunità, barriere di accesso e salute
Competenze operative	Capacità di garantire pari opportunità di accesso ai servizi, individuare nessi tra diversità, migrazione e salute, prendere posizione in merito a sviluppi attuali in questi settori adducendone le ragioni e contribuire all'attuazione nel proprio campo	
Contenuti	- Dignità umana, pari opportunità, culturalizzazione, stereotipizzazione, discriminazione e razzismo - Influsso di media e politica - Barriere di accesso all'assistenza sanitaria specifiche alla migrazione - Informazioni sul sistema sanitario svizzero specifiche alla migrazione - Offerte specifiche per la popolazione migrante nell'ambito della sanità - Conseguenze sulla salute delle condizioni di vita nella migrazione - Migrazione, dolore e invalidità - Epidemiologia della migrazione (HIV/Aids, dipendenze e altro) - Migrazione e Public Health (interventi a livello federale e cantonale) - Lavoro di prevenzione specifico alla migrazione - Sviluppo dell'organizzazione transculturale e diversity management - Interdisciplinarietà e interprofessionalità nelle questioni transculturali	

Comunicazione

Obiettivi	Garantire una base di comunicazione e comunicare in maniera adeguata con la popolazione migrante	Interpretariato, antropologia medica
Competenze operative	- Capacità di garantire un'adeguata base di comprensione e di comunicare in maniera adeguata e competente in diversi contesti - Capacità di negoziare il processo di assistenza sanitaria impiegando i modelli di spiegazione di pazienti in riferimento alle cause della malattia, al trattamento e al decorso	
Contenuti	- Mezzi di comunicazione specifici alla migrazione (immagini, pittogrammi, video, opuscoli nelle lingue dei migranti) - Interpretariato professionale - Comunicazione non verbale - Impostazione della relazione al primo contatto - Anamnesi specifica alla migrazione - Concetto di malattia/salute e distinzione Illness/Disease (secondo Kleinman) - Concetti relativi all'armonia e all'equilibrio (sistemi galenici e altri sistemi medici) - Concetti di corpo e di anima - Magia, ossessione e altri concetti delle cause sociali e soprannaturali - Somatizzazione contro psicologizzazione - Etnopsichiatria	

Integrazione

Asilo, migrazione, concetto di cultura	☐ Valutare in maniera adeguata le situazioni problematiche per i migranti a livello giuridico, sociale ed economico tenendo conto e riflettendo sul proprio background socioculturale	Obiettivi
	☐ Capacità di rilevare e giudicare le situazioni problematiche specifiche alla migrazione in termini giuridici, sociali ed economici, individuare e riflettere i propri background socioculturali nonché il relativo influsso sull'interazione e sull'intervento e agire di conseguenza	Competenze operative
	☐ Concetti relativi all'integrazione ☐ Diritto degli stranieri e diritto di asilo ☐ Condizioni di vita nella migrazione ☐ Insicurezza quanto alle condizioni di soggiorno e conseguenze sul modo di vita ☐ Sans papiers e migrazione illegale ☐ Bambini e ragazzi nella migrazione ☐ Trasformazione del concetto di cultura nell'etnologia ☐ Culturalizzazione e stereotipizzazione ☐ Concetto di competenza transculturale ☐ Lo straniero e il diverso (approccio etnopsicoanalitico)	Contenuti

Sistemi sociocentrici

Collaborazione con sistemi, organizzazioni di autoaiuto, risorse e reti sociocentriche	☐ Tenendo conto delle risorse dei migranti, collaborare con i loro sistemi e le loro istituzioni	Obiettivi
	☐ Capacità di comprendere il funzionamento di sistemi sociocentrici e di collaborare con questi tenendo conto delle risorse disponibili ☐ Capacità di individuare i propri limiti e quelli esterni e di organizzare all'occorrenza la relativa assistenza nonché di collaborare con le reti e i servizi esterni esistenti	Competenze operative
	☐ Sistemi sociocentrici contro sistemi individuocentrici ☐ Definizione dei ruoli in sistemi sociocentrici ☐ Famiglie di migranti ☐ I figli di migranti e i loro mondi intermedi ☐ Rapporti uomo-donna nelle famiglie di migranti e relativa evoluzione nel contesto di migrazione ☐ Familiarizzazione contro distanza professionale, rispettivamente professionalità ☐ Empowerment e orientamento alle risorse nell'azione professionale ☐ La violenza nelle famiglie di migranti ☐ Collaborazione con le reti della migrazione, con i servizi specialistici e altri servizi ☐ Coinvolgimento dei mediatori per costruire ponti	Contenuti

Traumatizzazione

Obiettivi	☐ Valutazione delle singole manifestazioni	Traumi in adulti e ragazzi
Competenze operative	☐ Capacità di individuare le traumatizzazioni, di assistere e accompagnare le persone traumatizzate e di ricorrere all'occorrenza a un aiuto professionale	
Contenuti	☐ Concetto di trauma ☐ Traumatizzazione sequenziale ☐ Sindrome da stress posttraumatico ☐ Consulenza e terapia in seguito a traumatizzazioni ☐ Traumatizzazione secondaria ☐ Famiglie traumatizzate ☐ Esperienze di guerra di bambini e ragazzi	

Genere

Obiettivi	☐ Conoscere e trattare in maniera diversa esigenze specifiche di donne e uomini della popolazione migrante	Aspetti della salute della migrazione legati al genere
Competenze operative	☐ Capacità di individuare gli aspetti specifici al genere del mondo dei migranti, di integrarli continuamente e di accompagnarli in maniera adeguata agli ambiti sanitari specifici alle donne e agli uomini	
Contenuti	☐ Mutamento delle definizioni dei ruoli in seguito alla migrazione ☐ Motivi di fuga specifici alle donne e agli uomini ☐ Genere, migrazione e salute ☐ Situazioni di lavoro specifiche ai generi e relativi rischi di salute ☐ Gravidanza, parto, ostetricia ☐ Prevenzione e aborto ☐ Le donne come casalinghe ☐ Le donne come sex worker ☐ La tratta delle donne ☐ Escissione femminile ☐ Circoncisione maschile	

Servizi centrali

| Peter Saladin

Servizi centrali

I pazienti, i pensionanti, i familiari, i visitatori e gli interlocutori dell'intero contesto dell'istituzione, i fornitori e molte altre persone entrano spesso in contatto con un'istituzione sanitaria al di fuori dello stretto ambito medico/di cura: ai pannelli di orientamento all'ingresso dell'area, presso gli sportelli informativi, alla ricezione, al bar, nella ricerca della camera di un paziente o leggendo il materiale informativo. Quale impressione intende dare l'istituzione in questi punti di contatto nei confronti delle persone che cercano orientamento, comprensione e comunicazione in una situazione personale, spesso difficile e gravosa? L'organizzazione di questi punti di contatto e di servizio svolge un ruolo importante per il raggiungimento delle pari opportunità in relazione all'accesso ai servizi delle istituzioni sanitarie.

L'espressione «servizi centrali» comprende qui tutti quei settori di un'istituzione che forniscono servizi per pazienti e pensionanti, nonché a volte al personale, a margine delle procedure medico-infermieristiche. Si tratta ad esempio di servizi sociali, assistenza spirituale, amministrazione, servizi alberghieri e di ristorazione, servizi legati all'infrastruttura, servizi informatici e servizi telefonici. Qui di seguito sono menzionate in particolare, senza pretesa di esaustività, alcune attività che, in base all'esperienza, svolgono un ruolo importante nel processo di comunicazione.

Checklist – Servizi centrali

Ricovero e dimissioni amministrative	- Il ricovero e i colloqui di dimissione sono organizzati in maniera tale che il paziente o il pensionante comprendano i contenuti comunicati, i diritti e gli obblighi e ricevano risposte alle loro domande - Alle persone ricoverate i collaboratori indicano il materiale informativo nelle lingue disponibili o i punti informativi esistenti - I collaboratori sono formati appositamente per l'interazione con le persone che presentano un background migratorio.	Obiettivo
	- Definire per iscritto le procedure e verificare che siano comprensibili (con le persone interessate) - Reclutare personale poliglotta - Garantire la disponibilità (telefonica) degli interpreti - Tenere pronta una versione tradotta dei principali documenti nelle lingue straniere più diffuse - Tenere pronto l'elenco del materiale informativo in lingua straniera e dei punti informativi - Eseguire formazioni e training speciali per il personale in questione, eventualmente con altri fornitori di servizi	Suggerimenti per l'attuazione
	- Gestione della qualità - Sondaggio tra i pazienti o i pensionanti - Servizio reclami - Sondaggio specifico tra i pazienti e i pensionanti con un background migratorio dopo il colloquio di ricovero e dimissione - Verifica regolare con servizi esterni - Colloqui con i collaboratori	Valutazione delle misure

Obiettivo	Le informazioni fornite dal personale che lavora al telefono vengono comprese dalle persone alloggiate	Servizi telefonici
Suggerimenti per l'attuazione	- Reclutare personale poliglotta - Definire le direttive della politica di reclutamento - Organizzare corsi di perfezionamento professionale e training obbligatori	
Valutazione delle misure	- Sondaggio tra i pazienti e i pensionanti - Colloqui con i collaboratori - Servizio reclami - Controlli mirati della qualità	
Obiettivo	Le informazioni sono a disposizione di pazienti e pensionanti attraverso servizi di consulenza interni ed esterni (ad es. consulenza per madri e padri, consulenza per diabete, incontinenza o stomie) nonché in particolare attraverso offerte quali le cure postricovero e la prevenzione o il sistema dei medici di famiglia	Servizi d'informazione all'interno dell'istituzione
Suggerimenti per l'attuazione	Mettere a disposizione informazioni sui servizi di consulenza e sui servizi erogati in opuscoli informativi, presso gli sportelli d'informazione e su supporti elettronici	
Valutazione delle misure	- Sondaggio tra i pazienti e i pensionanti - Colloqui con i collaboratori	
Obiettivo	È garantita la segnaletica nell'area e negli edifici dell'istituzione per la popolazione migrante	Segnaletica
Suggerimenti per l'attuazione	Concepire pannelli di orientamento, segnalazioni, percorsi per i pazienti in maniera tale che sia le persone di lingua straniera sia le persone poco pratiche riescano a orientarsi	
Valutazione delle misure	Verifica delle misure da parte di esperti di segnaletica	
Obiettivo	Le norme per i visitatori tengono conto quanto più possibile dei diversi modi di vivere culturali, religiosi e personali	Regolamento visitatori
Suggerimenti per l'attuazione	- Verifica delle norme esistenti - Inserimento nei documenti informativi	
Valutazione delle misure	Sondaggio tra i pazienti e i pensionanti (pagina 49)	
Obiettivo	Il vitto e gli altri servizi di carattere alberghiero tengono conto, nella misura del possibile, della diversità dei modi di vita culturali, religiosi e personali	Servizio alberghiero
Suggerimenti per l'attuazione	- Definire per iscritto le norme per i servizi alberghieri - Verificare la comprensibilità scritta (ad es. traduzione di istruzioni delle ordinazioni e menu previsti) - Formazione e perfezionamento professionale del personale nell'interazione con esigenze diversificate in ambito alberghiero	
Valutazione delle misure	- Sondaggio tra i pazienti e i pensionanti - Gestione interna della qualità - Servizio reclami	

Servizi religiosi	- Le diverse esigenze religiose e confessionali (in particolare per eventi quali la nascita, il processo di morte e il decesso) sono considerate - È organizzato un locale riservato ai membri delle comunità religiose in modo che essi si sentano a proprio agio e sicuri	Obiettivo
	- Accordare le organizzazioni di assistenza spirituale alle esigenze della popolazione migrante - Emanare direttive scritte per i servizi religiosi - Mettere a disposizione un locale specifico appartato - Designare le persone di contatto per le diverse comunità religiose - Fare riferimento alle offerte nel materiale informativo	Suggerimenti per l'attuazione
	- Sondaggio tra i pazienti o i pensionanti e tra i collaboratori - Gestione interna della qualità - Servizio reclami	Valutazione delle misure
Servizi sociali	Le risorse di consulenza specifiche di assistenti sociali sono a disposizione in forma adeguata	Obiettivo
	- Connettere il servizio sociale con tutti i servizi esterni importanti e garantire il case management - Reclutare personale con background migratorio	Suggerimenti per l'attuazione
	- Sondaggio tra i pazienti o i pensionanti - Gestione interna della qualità - Servizio reclami	Valutazione delle misure
Documentazioni	- I documenti importanti ai fini delle pari opportunità di accesso ai servizi dell'istituzione sono disponibili nelle principali lingue diffuse tra i migranti - Sono disponibili dizionari ospedalieri con informazioni in merito a diverse culture e religioni (ad es. sull'Intranet)	Obiettivo
	- Emanare direttive per la selezione dei documenti da tradurre - Stabilire i contatti con i servizi specialistici e altre istituzioni di assistenza sanitaria al fine di adattare documenti già esistenti (ad es. il Dizionario ospedaliero dell'ospedale cantonale di San Gallo, ordinabile sul sito www.pflegedienst-kssg.ch) - Curare i contatti con istituti universitari e organizzazioni specialistiche - Consultare il sito www.migesplus.ch	Suggerimenti per l'attuazione
	Gestione interna della qualità	Valutazione delle misure

La rete – indirizzi dei servizi specialistici
e dei centri di consulenza



La rete – indirizzi dei servizi specialistici e dei centri di consulenza

Autorità federali

Di seguito vengono elencati gli enti e gli uffici federali che si occupano dei singoli aspetti della migrazione e della salute. Inoltre si rimanda al sito www.admin.ch ed ai rispettivi siti dei singoli enti.

Ufficio federale della migrazione UFM

Quellenweg 6, 3003 Berna
Tel. 031 325 11 11 | Fax 031 325 93 79
info@bfm.admin.ch | www.bfm.admin.ch

Ufficio federale della sanità pubblica UFSP

Sezione Pari opportunità e salute, 3003 Berna
Tel. 031 324 92 31 | Fax 031 323 37 72
info@bag.admin.ch | www.bag.admin.ch | www.migesplus.ch

Ufficio federale della formazione professionale e della tecnologia UFFT

Effingerstrasse 27, 3003 Berna
Tel. 031 322 21 29 | Fax 031 324 96 15
info@bbt.admin.ch | www.bbt.admin.ch

Ufficio federale delle assicurazioni sociali UFAS

Effingerstrasse 20, 3003 Berna
Tel. 031 322 90 11 | Fax 031 322 78 80
www.bsv.admin.ch

Ufficio federale di statistica UST

Sezione Demografia e migrazione
Espace de l'Europe 10, 2010 Neuchâtel
Tel. 032 713 67 11
info@bfs.admin.ch | www.bfs.admin.ch

Segretariato di Stato dell'economia (seco)

Effingerstrasse 1, 3003 Berna
Tel. 031 322 56 56 | Fax 031 322 56 00
www.seco.admin.ch

Commissione federale degli stranieri

Quellenweg 9, 3003 Berna
Tel. 031 325 91 16 | Fax 031 325 80 21
eka-cfe@bfm.admin.ch | www.eka-cfe.ch

Commissione federale contro il razzismo

Inselgasse 1, 3003 Berna

Tel. 031 324 12 93 | Fax 031 322 44 37

www.edi.admin.ch/ekr/

Commissione federale di coordinamento per le questioni familiari

Effingerstrasse 20, 3003 Berna

Tel. 031 322 90 11 | Fax 031 322 78 80

www.bsv.admin.ch/organisa/kommiss/ekff/i/

Servizio per la lotta al razzismo

Inselgasse 1, 3003 Berna

Tel. 031 324 10 33 | Fax 031 322 44 37

www.edi.admin.ch/ara

Autorità cantonali e comunali

I cantoni ed i comuni sono organizzati in modo differente per quanto riguarda le competenze relative a migrazione e salute. Bisogna consultare le organizzazioni cantonali e comunali ufficiali. Principalmente si fa riferimento alle seguenti organizzazioni.

Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità CDS

Amthausgasse 22, casella postale 684, 3000 Berna 7

Tel. 031 356 20 20 | Fax 031 356 20 30

office@gdk-cds.ch | www.gdk-cds.ch

Conferenza svizzera dei direttori cantonali della pubblica educazione CDPE

Zähringerstrasse 25, casella postale 5975, 3001 Berna

Tel. 031 309 51 11 | Fax 031 309 51 50

edk@edk.ch | www.edk.ch

Conferenza dei direttori cantonali delle opere sociali CDOS

Amministrazione, Eigerplatz 5, casella postale 459, 3000 Berna 14

Tel. 031 371 04 29 | Fax 031 371 17 41

office@sodk-cdas-cdos.ch | www.sodk-cdas-cdos.ch

Conferenza delle direttrici e direttori dei dipartimenti cantonali di giustizia e polizia

CCDCG Amministrazione, Kramgasse 14, 3000 Berna 8

Tel. 031 318 15 05 | Fax 031 318 15 06

info@kkjpd.ch | www.kkjpd.ch

Conferenza svizzera dei delegati comunali, regionali e cantonali all'integrazione degli stranieri CDI

Koordinationsstelle für Integration, Regierungsgebäude, 9001 San Gallo

Tel. 071 229 33 02

Organizzazioni non governative (ONG) nazionali

Di seguito si fa riferimento ad alcune organizzazioni non governative, che si occupano principalmente delle questioni relative alla migrazione e alla salute, senza l'intento di essere esaustivi. Inoltre si rimanda al sito www.zewo.ch.

Pro Senectute Svizzera

Segretariato Svizzera italiana
Lavaterstrasse 60, casella postale, 8027 Zurigo
Tel. 01 283 89 67
www.alter-migration.ch

Forum per l'integrazione delle migranti e dei migranti FIMM

Speichergasse 39, casella postale 6117, 3011 Berna
Tel. 031 328 98 98 | Fax 031 328 98 81
info@fimm.ch | www.fimm.ch

IAMANEH Svizzera International Association for Maternal and Neonatal Health

Aeschengraben 16, 4051 Basilea
Tel. 061 205 60 80 | Fax 061 271 79 00
info@iamaneh.ch | www.iamaneh.ch

International Organisation for Migration IOM

Bureau de Coordination
Thunstrasse 11, casella postale 216, 3000 Berna 6
Tel. 031 350 82 11 | Fax 031 350 82 15
bern@iom.int | www.iom.int/switzerland

Caritas Schweiz

Morgartenstrasse 19, casella postale, 6003 Lucerna
Tel. 041 210 00 66 | Fax 041 210 00 22
info@caritas.ch | www.caritas.ch

Caritas Ticino

Via Merlecco 8, casella postale, 6963 Pregassona
Tel. 091 936 30 20 | Fax 091 936 30 21
info@caritas-ticino.ch | www.caritas-ticino.ch

Radix Promozione della salute

Stampfenbachstrasse 161, 8006 Zurigo
Tel. 044 360 41 00 | Fax 044 360 41 14
info-zh@radix.ch | www.radix.ch



Soccorso operaio svizzero SOS

Via Zurigo 17, 6900 Lugano
Tel. 091 923 17 76 | Fax 091 923 19 24
info@sos-ti.ch | www.sos-ti.ch

Organizzazione svizzera d'aiuto ai rifugiati

Rappresentata in Ticino dal Soccorso operaio svizzero, via Zurigo 17, 6900 Lugano
Tel. 091 923 17 76 | Fax 091 923 19 24
info@sos-ti.ch | www.sos-ti.ch

Croce Rossa Svizzera CRS

Rainmattstrasse 10, 3001 Berna
Tel. 031 387 71 11 | Fax 031 387 71 22
info@sos-ti.ch | www.redcross.ch

INTERPRET Associazione svizzera per l'interpretariato e la mediazione interculturale

Monbijoustrasse 61, 3007 Berna
Tel. 031 351 38 28 | Fax 031 351 38 27
coordination@inter-pret.ch | www.inter-pret.ch

Società per le minoranze in Svizzera

Lessingstrasse 5, casella postale, 8027 Zurigo
Tel. 043 344 49 66
www.gms-minderheiten.ch

Rete svizzera degli ospedali promotori di salute – una rete dell'organizzazione mondiale della sanità

Weidweg 14, 5034 Suhr
Tel 062 836 20 30
contact@healthhospitals.ch | www.healthhospitals.ch

Stiftung gegen Rassismus und Antisemitismus GRA

Casella postale, 8027 Zurigo
Tel. 043 344 49 66 | Fax 01 218 50 31
hastu@datacomm.ch | www.gra.ch

Stiftung für Erziehung zur Toleranz SET

Casella postale, 8027 Zurigo
Tel. 043 344 49 66 | Fax 043 344 49 69
info@set-toleranz.ch | www.set-toleranz.ch

Contact Netz

Monbijoustrasse 70, casella postale, 3000 Berna 23
Tel. 031 378 22 22 | Fax 031 378 22 25
info@contactmail.ch | www.contactnetz.ch

Promozione Salute Svizzera

Dufourstrasse 30, casella postale 311, 3000 Berna 6
Tel. 031 350 04 04 | Fax 031 368 17 00
www.promotionsante.ch

Solidarité sans frontières

Neuengasse 8, 3011 Berna
Tel. 031 311 07 70 | Fax 031 311 07 75
sekretariat@sosf.ch | www.sosf.ch

H+ Gli Ospedali Svizzeri

Amministrazione, Lorrainestrasse 4A, 3013 Berna
Tel. 031 335 11 11 | Fax 031 335 11 70
geschaeftsstelle@hplus.ch | www.hplus.ch ▶ Accesso diretto ▶ MFH

Servizi di interpretariato interculturale in Svizzera

www.eka-cfe.ch/d/Doku/vermittlungsstellen.pdf
<http://inter-pret.ch/contenus/pdf/listes/Adressen%20Vermittlungstellen%200605.pdf>

Associazioni non governative regionali ed altri servizi specialistici

Ambulatorio CRS per vittime della tortura e della guerra

Werkstrasse 16, 3084 Wabern
Tel. 031 960 77 77 | Fax 031 960 77 88 | ambulatorium.miges@redcross.ch
www.redcross.ch/org/national/mig/ambu/index-de.php

Ambulatorio CRS per vittime della tortura e della guerra

Universitätsspital Zürich, Psychiatrische Poliklinik
Culmannstrasse 8, 8091 Zurigo
Tel. 044 255 52 80 | Fax 044 255 44 08
www.psychiatrie.unispital.ch/german/PatientenUndBesucher/Spezialangebote/FolterKrieg/default.htm

Appartenances

Rue des Terreaux 10, casella postale 52, 1000 Losanna 9
Tel. 021 341 12 50 | Fax 021 341 12 52
association@appartenances.ch | www.appartenances.ch

Caritas

Centro per la salute e l'integrazione
Klosterhof 6e, 9000 San Gallo
Tel. 071 227 34 47 | Fax 071 227 34 69
gesundheit@sg.caritas.ch | www.caritas.ch/gesundheit



Servizio d'interpretariato per la Svizzera centrale

Morgartenstrasse 19, 6002 Lucerna

Tel. 041 227 31 41 | Fax 041 210 00 22

dolmetschdienst@caritas-luzern.ch | www.dolmetschdienst.ch

Consultori giuridici per i richiedenti l'asilo

www.osar.ch/2005/00/00/rbsadr-extern-idra

Medici senza frontiere MSF

Rue de Lausanne 78, casella postale 116, 1211 Ginevra

Tél. 022 849 84 84 | Fax 022 849 84 88

office-gva@geneva.msf.org | www.msf.ch

Meditrina, Consutorio medico

Anwandstrasse 7, 8004 Zurigo

Tel. 044 291 92 33

Medios

Interpretariato e mediazione interculturale

Seestrasse 43, 8002 Zurigo

Tel. 043 960 26 50 | Fax 043 960 25 54

info@medios.ch | www.medios.ch

NCBI TeleLingua

Alte Landstrasse 89, 8800 Thalwil

Tel. 044 721 10 50 | Cellulare 078 770 21 78

info@telelingua.ch | www.telelingua.ch

Istituti di ricerca

Di seguito si fa riferimento ad istituzioni di ricerca svizzere che si occupano tra l'altro di questioni relative a migrazione e salute, senza l'intento di essere esaustivi.

Département de médecine communautaire

Policlinique de médecine, «Unité mobile» de soins communautaires UMSCO

Rue Hugo-de-Senger 4, 1205 Ginevra

Tel. 022 382 53 11

Istituto di antropologia sociale dell'Università di Berna

Länggassstrasse 49a, 3000 Berna

Tel. 031 631 89 95 | Fax 031 631 42 12

information@anthro.unibe.ch | www.ethno.unibe.ch

Istituto di etnologia dell'Università di Basilea

Münsterplatz 19, 4051 Basilea
Tel. 061 267 27 38
ethnologie@unibas.ch | www.unibas-ethno.ch

Forum svizzero per lo studio delle migrazioni e della popolazione SFM

Rue St-Honoré 2, 2000 Neuchâtel
Tel. 032 718 39 20 | Fax 032 718 39 21
secretariat.sfm@unine.ch | www.migration-population.ch

Institute for Nursing Science

Bernoullistrasse 28, 4056 Basilea
Tel. 061 267 30 40
nursing@unibas.ch | http://pages.unibas.ch/nursing/

Istituto di medicina sociale e preventiva dell'Università di Zurigo

Hirschengraben 84, 8001 Zurigo
Tel. 044 634 46 11 | Fax 044 634 49 86
gutzwill@ifspm.unizh.ch | www.ispmz.ch

Istituto di medicina sociale e preventiva dell'Università di Berna

Finkenhübelweg 11, 3012 Berna
Tel. 031 631 35 11 | Fax 031 631 35 20
info@ispm.unibe.ch | www.ispm.ch

Istituto di medicina sociale e preventiva dell'Università di Berna

Abteilung für Gesundheitsforschung | Niesenweg 6, 3012 Berna
Tel. 031 631 35 12 | Fax 031 631 34 30
info@ispm.unibe.ch | www.ispm.ch

Istituto di medicina sociale e preventiva dell'Università di Basilea

Steinengraben 49, 4051 Basilea
Tel. 061 267 60 66 | Fax 061 267 67 90
SDISPM@bs.ch | www.ispm-unibas.ch

Istituto universitario di medicina sociale e preventiva

Rue du Bugnon 17, 1005 Losanna
Tel. 021 314 72 72 | Fax 021 314 73 73
iumsp@chu.ch | www.iumsp.ch/

Institut de médecine sociale et préventive

Centre médical universitaire
Chemin de la Tour de Champel 17, 1211 Ginevra 4
Tel. 022 379 59 16 | Fax 022 379 59 12
biblio@imsp.unige.ch | www.imsp.ch



Policlinique Médicale Universitaire de Lausanne

Rue du Bugnon 44, 1011 Losanna
Tel. 021 314 60 60 | Fax 021 314 48 88
pmu@hospvd.ch | www.polimed.ch

Contatti internazionali

Numerose organizzazioni internazionali e di altri stati stranieri si occupano di questioni relative alla migrazione e alla salute. Di seguito si fa riferimento solo ad alcuni indirizzi, senza l'intenzione di fare un elenco esaustivo.

Organisation mondiale de la santé OMS/WHO

Avenue Appia 20, CH-1211 Ginevra 27
Tel. 022 791 21 11 | Fax 022 791 31 11
info@who.int | www.who.int

World Health Organization – Regional Office for Europe

Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen
Tel. +45 39 171 717 | Fax +45 39 171 818
postmaster@euro.who.int | www.who.int

**Ludwig Boltzmann Institute for the Sociology of Health and Medicine
WHO Collaborating Centre for Hospitals and Health Promotion**

Rooseveltplatz 2 / 4, A-1090 Vienna
hm.soc-gruwi@univie.ac.at | www.mfh-eu.net

Task Force on Migrant-Friendly and Culturally Competent Hospitals (TF MFCCH)

Coordinato da HPH Regional Network of Emilia Romagna, Antonio Chiarenza
Via Amendola 2, IT-42100 Reggio Emilia
Antonio.chiarenza@ausl.re.it

International Hospital Federation IHF

Immeuble JB SAY, 13, chemin du Levant, F-01210 Ferney Voltaire
Tel. +33 (0)450 42 6000 | Fax +33 (0)450 42 6001
info@ihf-fih.org | www.hospitalmanagement.net

International Organization for Migration IOM

Route des Morillons 17, CH-1211 Ginevra 19
Tel. 022 717 91 11 | Fax 022 798 61 50
info@iom.int | www.iom.int

Allegati



Definizione dei termini nell'ambito della migrazione e della salute

In questa sezione sono definiti, in ordine alfabetico, alcuni importanti termini nell'ambito della migrazione e della salute; l'elenco non pretende di essere esaustivo. Si rimanda alle leggi in materia e alla letteratura.

Definizione dei termini nell'ambito della migrazione e della salute

| Peter Saladin

www.bfm.admin.ch/index	L'ammissione provvisoria è concessa a persone il cui allontanamento dalla Svizzera, disposto nei loro confronti, si è rivelato inammissibile (violazione del diritto internazionale pubblico), non ragionevolmente esigibile (pericolo concreto per lo straniero) o impossibile (motivi tecnici). L'ammissione provvisoria costituisce pertanto un provvedimento sostitutivo. Essa può inoltre essere ordinata anche in casi di rigore personale grave se una decisione passata in giudizio non è ancora stata pronunciata quattro anni dopo la presentazione della domanda d'asilo.	Ammissione provvisoriamente
www.bfm.admin.ch	Sul sito www.bfm.admin.ch ► Temi ► Stranieri ► Dimora ► I diversi permessi di soggiorno, si può trovare una panoramica delle categorie di permessi di soggiorno per stranieri e le relative spiegazioni.	Categorie di permessi di soggiorno per stranieri
www.wikipedia.com	Consenso informato. Consenso e approvazione di pazienti a un esame, trattamento o partecipazione a uno studio clinico in seguito a spiegazioni esaustive.	Consenso informato
Domenig D, vedi pagina 26	La competenza transculturale è la capacità di cogliere e comprendere mondi individuali in una situazione particolare e in contesti diversi e di adeguarvi i modi d'agire.	Competenza transculturale
Wicker HR (1996)	La cultura comprende le disposizioni acquisite dagli individui nel corso della vita che consente loro di sviluppare concetti in modo intersoggettivo e di svolgere un'azione dotata di senso. La cultura è pertanto un processo in divenire e non uno stato. Wicker HR (1996) Von der komplexen Kultur zur kulturellen Komplexität. In: Wicker HR et al (a cura di) Das Fremde in der Gesellschaft: Migration, Ethnizität und Staat. Seismo Zurich, 373-392	Cultura
www.wikipedia.org	Il culturalismo rappresenta l'eccessiva sottolineatura della dimensione etnica nella società; a volte la parola cultura è un semplice sostituto della parola razza. Sono caratteristiche di approcci di tipo culturalistico: → la preponderanza accordata all'origine nella nozione di cultura; → l'omogeneità culturale, tutti i membri di un gruppo etnico condividono la stessa cultura; → la riduttività: gli uomini sono ridotti alle caratteristiche culturali del loro gruppo di appartenenza; → la rigidità: le culture non possono essere modificate se non nell'arco di un lungo periodo di tempo (generazioni). Le argomentazioni culturalistiche sono presenti sia nell'estremismo di destra sia in approcci multiculturalistici eccessivamente riduttivi. Una tale nozione di cultura è incompatibile con l'eterogeneità di società che presenta differenze concrete tra vecchi e giovani, città e campagna, poveri e ricchi nonché diverse appartenenze religiose.	Culturalismo
	Per diversità s'intendono in questo caso le differenze personali e sociali che, dovute a diversa origine, sesso, lingua, capacità, età, stili di vita e stato sociale, si mantengono nel tempo,	Diversità



con conseguenze sullo sviluppo della società. La gestione delle diversità mira a un approccio positivo nei confronti di queste differenze al fine di individuare norme che consentano a un'azienda, ai suoi clienti e collaboratori di agire con successo.

P. Saladin

Discriminazione razziale

A partire dagli anni '60 del secolo XX (decolonizzazione, movimento di emancipazione dei neri negli Stati Uniti), il termine razzismo viene spesso impiegato anche per la discriminazione razziale diretta, indiretta, istituzionale e strutturale. Appare tuttavia opportuno distinguere, a livello dell'azione, la discriminazione razziale dal razzismo.

Con **discriminazione razziale** si indicano quelle pratiche che privano le persone di diritti, le trattano in maniera ingiusta o intollerante, le umiliano, le offendono, le minacciano o ne mettono in pericolo la vita e l'integrità a causa di caratteristiche fisionomiche, origine etnica, caratteristiche culturali (lingua, nome) o appartenenza religiosa. La discriminazione razziale non si discosta dalla discriminazione in ragione del sesso, dell'orientamento sessuale, dell'età e di menomazioni per quanto riguarda le conseguenze nei confronti tanto della vittima quanto degli autori. Non sempre però la **discriminazione razziale** è giustificata a livello ideologico (razzismo classico).

Servizio per la lotta al razzismo

Integrazione

L'integrazione mira a garantire a stranieri e autoctoni le medesime opportunità di accesso alle risorse sociali ed economiche. L'integrazione comporta tutti gli sforzi volti a promuovere la comprensione reciproca tra popolazione svizzera e popolazione straniera. La convivenza basata su valori e comportamenti comuni, l'informazione degli stranieri circa le nostre organizzazioni, prescrizioni legali e condizioni di vita nonché la creazione di condizioni generali favorevoli onde garantire agli stranieri in Svizzera le stesse opportunità di cui godono gli Svizzeri e la possibilità di partecipare alla vita sociale, costituiscono altrettanti obiettivi centrali. L'integrazione va intesa come processo reciproco. Essa presuppone la disponibilità delle persone straniere a integrarsi come pure un atteggiamento d'apertura da parte della popolazione svizzera.

Ufficio federale della migrazione

Interpreti

Gli interpreti sono specialisti con perfetta conoscenza della propria lingua madre nonché di una o più lingue straniere. Essi sono in possesso delle necessarie tecniche d'interpretariato per trasferire oralmente un messaggio parlato dalla lingua di partenza alla lingua d'arrivo.

(Si legga anche la rubrica interpreti interculturali)

www.inter-pret.ch

Interpreti interculturali

Gli interpreti interculturali sono specialisti della traduzione orale in situazione di dialogo. Essi sono in grado di assicurare la comprensione reciproca tra interlocutori di diversa origine linguistica. Essi traducono tenendo conto del background sociale e culturale degli interlocutori.

Nota: nella prassi, i termini interprete, interprete interculturale, e spesso anche traduttore interculturale e mediatore interculturale non sono utilizzati in maniera univoca. Nel presente manuale il termine comune interprete viene utilizzato per la mediazione linguistica orale: con esso non si prende tuttavia alcuna posizione che tenda a privilegiare il metodo menzionato di mediazione orale nel singolo caso o in generale. Per interpreti ad hoc s'intendono i collaboratori poliglotti interni all'azienda cui si può eventualmente ricorrere per la mediazione orale. Con il termine traduzione ci si riferisce sempre alla forma scritta della mediazione.

www.inter-pret.ch

Mediatori

Ai mediatori si fa ricorso in genere dopo che è insorto un conflitto. Sono indipendenti da qualsivoglia interesse e hanno obblighi analoghi nei confronti di ciascuna delle parti. Essi as-

www.mediation-svm.ch	sistono gli interessati nel tentativo di risolvere in maniera equa e consensuale i loro conflitti grazie a una mediazione. I mediatori sono intermediari senza potere decisionale.	
	I mediatori interculturali informano, in maniera adeguata i destinatari, i migranti e il personale specialistico dei servizi pubblici circa le particolarità culturali, le diverse norme del sistema politico o sociale o i diversi modi di comportarsi. In tal modo essi costruiscono ponti tra la popolazione migrante e le organizzazioni formative e di consulenza e provvedono affinché vengano spazzati via i malintesi tra medici e pazienti, tra avvocati e clienti, tra insegnanti e genitori. Confronta a tale fine la nota alla voce «Interpreti interculturali».	Mediatori interculturali
www.inter-pret.ch		
	La migrazione designa il movimento di una persona o di un gruppo di persone oltre i confini amministrativi o politici, da un'unità geografica a un'altra con il desiderio di stabilirsi definitivamente o temporaneamente in un luogo diverso dal luogo d'origine.	Migrazione
IOM (2003)	International Organization for Migration IOM (2003) Facts and Figures on International Migration. Migration Policy Issues 2	
	Il termine pari opportunità a livello sanitario significa che tutti hanno le stesse opportunità di avere un livello quanto più elevato possibile di salute. Le condizioni sociali – e quindi politiche, socioeconomiche, ecologiche, giuridiche – devono essere organizzate in maniera tale che gli individui possano mettere a frutto il loro potenziale di salute.	Pari opportunità
Kolip P (2005)	Kolip P (2005) Wie erreiche ich meine Ziele? Gesundheitliche Chancengleichheit durch massgeschneiderte Projekte fördern. In: Focus: la rivista svizzera per la promozione della salute (25): 14-16	
P. Saladin	I termini popolazione migrante, popolazione con un background migratorio comprendono tutte le persone non nate in Svizzera e i loro figli (la cosiddetta seconda generazione), indipendentemente dalla loro cittadinanza.	Popolazione migrante, popolazione con un background migratorio
	Il razzismo in senso stretto designa un'ideologia che suddivide le persone in base alle loro caratteristiche fisionomiche o culturali o alla loro appartenenza etnica, nazionale o religiosa in gruppi che si vogliono naturali – le cosiddette «razze» con diverse caratteristiche fisiche – e che ordina questi gruppi in modo gerarchico. Le persone vengono giudicate e trattate non come individui, ma bensì come membri di gruppi di pseudoparentela con caratteristiche collettive, ritenute generalmente immutabili. Il razzismo classico poggia su presupposti errati, ma è servito in passato come oggi a giustificare il colonialismo, la schiavitù, i crimini nazisti o il regime dell'apartheid.	Razzismo
Servizio per la lotta al razzismo		
	I richiedenti l'asilo sono persone che hanno presentato una domanda d'asilo in Svizzera e per le quali è in corso la procedura d'asilo. Viene concesso loro il permesso N. Durante tale procedura queste persone sono autorizzate a dimorare in Svizzera. Queste persone possono essere autorizzate a determinate condizioni a esercitare un'attività lucrativa dipendente.	Richiedenti l'asilo
Ufficio federale della migrazione		
	Sono rifugiati le persone che, nel Paese di origine o di ultima residenza, sono esposte a seri pregiudizi a causa della loro razza, religione, nazionalità, appartenenza a un determinato gruppo sociale o per le loro opinioni politiche, ovvero hanno fondato timore di essere esposte a tali pregiudizi. Sono pregiudizi seri per esempio l'esposizione a pericolo di vita, dell'inte-	Rifugiati



grità fisica o della libertà, nonché le misure che comportano una pressione psichica insopportabile. Occorre tenere conto dei motivi di fuga specifici della condizione femminile.

Legge sull'asilo del 26 giugno 1998, art. 3, RS 142.31

Rifugiati riconosciuti

Viene **riconosciuto come rifugiato** chiunque sia stato esposto per le proprie idee politiche, per l'appartenenza a un determinato gruppo etnico, nazionale o sociale, religione o nazionalità, a seri pericoli – ovvero a grave persecuzione – o abbia timori fondati di essere in futuro esposto a una tale persecuzione. Decisivo, a tale proposito è che la persecuzione parta di volta in volta dallo stato di origine. Con la concessione dell'asilo, ai **rifugiati riconosciuti** viene dato un permesso di soggiorno annuale (permesso B).

Ufficio federale della migrazione

Sans papiers

Una definizione legale (nel senso di una definizione con basi giuridiche) del termine **sans papiers** non esiste. Sono solitamente definiti sans papiers le persone che soggiornano per più di un mese senza permesso di soggiorno valido in Svizzera e che non hanno alcuna intenzione di lasciare il Paese.

Forschung für Politik, Kommunikation und Gesellschaft gfs, Berna (2005) Sans-Papiers in der Schweiz: Arbeitsmarkt, nicht Asylpolitik ist entscheidend. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Migration. Berna

gfs. Bern (2005)

Sex – gender

Il termine inglese **sex** (sesso) si riferisce alle differenze biologiche tra i sessi. Il termine inglese **gender** (genere) designa i diversi ruoli sociali, culturali e storici di uomini e donne. A differenza del sesso biologico, tali ruoli possono essere appresi e sono pertanto in perenne cambiamento.

Scott J W (1996) Gender. Eine nützliche Analyse der historischen Kategorien. In: Kimmich D et al. (a cura di) Texte zur Literaturtheorie der Gegenwart. Reclam, Stuttgart

Scott J W (1996)

Stranieri

Una definizione legale (nel senso di una definizione con basi giuridiche) del termine **«straniero»** non esiste. In pratica viene definita straniera qualsiasi persona che possiede unicamente la cittadinanza di uno stato straniero. La condizione dello straniero è inoltre diversa da quella di colui che, pur nato all'estero, ha nel frattempo acquisito la cittadinanza svizzera. Le persone che oltre a una cittadinanza estera possiedono anche la cittadinanza svizzera (doppia cittadinanza), sono annoverati come svizzeri nelle statistiche. Gli apolidi e le persone la cui cittadinanza non è accertata sono invece considerati stranieri.

Ufficio federale di statistica

Traduttori

I traduttori sono esperti linguistici con perfetta conoscenza della propria lingua madre e di una o più lingue straniere; essi trasferiscono per iscritto testi in una o più lingue d'arrivo, solitamente nella/e loro lingua/e madre.

www.inter-pret.ch

La Dichiarazione di Amsterdam – verso ospedali «migrant-friendly» in una Europa diversa sul piano etnoculturale

La dichiarazione può essere consultata in diverse lingue al sito www.mfh-eu.net.

Migrazione, diversità, salute e ospedali

La migrazione, la diversità etnoculturale, la salute e l'assistenza sanitaria sono strettamente correlate in vario modo. A seguito delle migrazioni in tutto il mondo, della globalizzazione, nonché dell'allargamento dell'Unione europea, le comunità europee stanno divenendo sempre più diverse anche a livello locale.

Lo stato di salute degli immigranti e delle minoranze etniche è spesso peggiore di quello della popolazione media. Questi gruppi sono più vulnerabili, per la loro posizione socioculturale più bassa e talvolta per esperienze traumatiche di migrazione e per la mancanza di un adeguato sostegno sociale.

Perciò, è logico che gli attivisti per i diritti umani sostengano che l'accesso ai servizi sanitari debba essere visto come un diritto fondamentale di ognuno, e che essi stessi siano sostenuti in questo da convenzioni internazionali (es. La Convenzione Internazionale sull'Eliminazione di Ogni Forma di Discriminazione Razziale e La Convenzione Internazionale sulla Protezione dei Diritti dei Lavoratori Migranti e dei Membri delle Loro Famiglie). Anche a prescindere da questo aspetto dei diritti umani, la crescente diversità rappresenta un'importante questione di garanzia e sviluppo della qualità per i sistemi e i servizi sanitari.¹ I gruppi minoritari corrono il rischio di non ricevere il medesimo livello di assistenza sanitaria nei servizi diagnostici, terapeutici e di prevenzione che riceve la media della popolazione. I servizi sanitari non rispondono in modo adeguato alle esigenze specifiche delle minoranze. Sono numerose le sfide cui devono far fronte sia gli utenti che i fornitori di servizi, quali ad esempio le barriere linguistiche², la diversità culturale, altre sfide sono la scarsità delle risorse ospedaliere, il basso potere d'acquisto e riconoscimento dei diritti delle minoranze. Tutto ciò pone nuove sfide per garantire la qualità e il miglioramento dei servizi sanitari, in particolare per gli ospedali, che svolgono un ruolo particolarmente importante nel servire questo segmento della popolazione.³

Non si deve poi trascurare il basso livello di health literacy in particolare per quanto riguarda l'uso appropriato dei sistemi di assistenza sanitaria. Gli immigrati in Europa spesso mancano delle informazioni relative ai servizi assistenziali ospedalieri e ambulatoriali disponibili o a questioni di carattere generale di salute nel contesto specifico delle società europee. Questo è uno dei motivi spesso addotti dagli immigrati quando non sfruttano in maniera efficace i servizi sanitari disponibili e non adottano opportuni comportamenti volti a prevenire le malattie.⁴

L'attuale situazione è pertanto ricca di sfide per gli ospedali e il loro personale, il quale nel contempo diviene esso stesso sempre più differenziato, rappresentando quindi un'opportunità, una risorsa e un'ulteriore sfida per le organizzazioni ospedaliere.

Per affrontare tali sfide, un gruppo di ospedali di 12 paesi europei si è riunito in veste di ospedali pilota nel progetto Migrant-Friendly Hospitals (si veda sotto per maggiori informazioni). Le reti nazionali e regionali della rete dell'OMS degli Ospedali per la promozione della Salute (HPH) hanno svolto un ruolo importante nel riunire partner provenienti da Austria, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Paesi Bassi, Spagna, Svezia e Regno Unito. Essi rappresentano un ampio ventaglio di tipologie di ospedali, dai grandi ospedali universitari metropolitani ai piccoli ospedali locali pubblici e privati senza scopo di

1 World Health Organisation (WHO): Report International Migration, Health and Human Rights, ISSUE No. 4, 2003

2 Bischoff, A: Caring for migrant and minority patients in European hospitals. A review of effective interventions, 2003. Swiss Forum for Migration and Population Studies. A Study commissioned by the Ludwig Boltzmann Institute for Sociology of Health and Medicine. Vienna, «MFH-Migrant Friendly Hospitals», WHO, 2003

3 Bischoff, 2003

4 WHO 2003, vedi pagina 28



lucro. Alcuni partner vantavano già, prima del progetto, un'esperienza pluriennale nell'erogazione di servizi a comunità differenziate, tra cui alcune ben consolidate ed omogenee, altre maggiormente diversificate, con molti immigrati clandestini. Alcuni partner servivano le loro comunità nel contesto di un sistema sanitario ben integrato, altri dovevano operare con strutture alquanto frammentate.

Il progetto ha ottenuto un sostegno finanziario dalla Commissione europea e dal governo austriaco. Organizzazioni europee ed internazionali hanno aderito all'iniziativa come partner di sostegno (si veda l'elenco alla fine del documento).

I partner del progetto hanno concordato sui principi fondamentali alla base della missione degli ospedali «migrant-friendly»:

- riconoscere le diversità, accettando le persone con differente background come membri paritari della società;
- individuare i bisogni delle persone con differenti background, monitorando e sviluppando servizi che tengano conto di tali bisogni;
- e, infine, compensare per gli svantaggi derivati dai differenti background.

Basandosi sulla valutazione dei bisogni il progetto è stato in grado, nonostante le diversità dei sistemi sanitari e delle situazioni locali degli ospedali europei, di identificare molti problemi comuni per gli immigrati /le minoranze etniche e per il personale ospedaliero. Per alcune problematiche selezionate, sono state adottate e valutate con successo soluzioni basate sulle conoscenze nelle aree dell'interpretariato, della formazione di competenze culturali per il personale ospedaliero e dell'empowerment nell'assistenza materno-infantile. L'obiettivo degli ospedali pilota era anche quello di migliorare in generale la gestione della diversità, sviluppando le proprie strutture e culture organizzative in modo da divenire organizzazioni accoglienti verso gli immigrati e culturalmente competenti. Diventare delle organizzazioni (maggiormente) «migrant-friendly», per i partner si è dimostrato un percorso fattibile, ma non banale: molti sono i soggetti che devono contribuire ai processi di cambiamento. I risultati e i materiali del progetto sono disponibili sul sito www.mfh-eu.net. Per garantire la sostenibilità dell'iniziativa, è stata costituita una Task Force degli ospedali «migrant-friendly» all'interno della rete degli Health Promoting Hospitals (HPH) dell'OMS. Questa Task Force vuole essere un punto di riferimento per altre iniziative, per l'organizzazione di workshop, per mantenere il sito web del progetto MFH e per la conduzione di altre attività.

Raccomandazioni

Basandosi sulle esperienze dei partner del progetto MFH, sui dibattiti internazionali e sulla letteratura scientifica, sono stati individuati i seguenti punti chiave per un riuscito sviluppo dei servizi e delle culture organizzative:

1. Sviluppare un ospedale «migrant-friendly» è un investimento in servizi maggiormente individualizzati e orientati alla persona per tutti i pazienti e i clienti, così come per le loro famiglie.
2. Accrescere la consapevolezza delle esperienze delle popolazioni migranti, delle disuguaglianze e delle disparità di salute esistenti, comprese quelle riguardanti le differenze di genere, tali da promuovere cambiamenti nei processi di comunicazione, nella routine organizzativa e nell'allocazione delle risorse.
3. Focalizzare l'attenzione sulla diversità etnoculturale comporta il rischio di creare stereotipi, ma lo status di migrante, l'origine etnica, il background culturale e l'appartenenza religiosa

sono solo alcune delle molte dimensioni che caratterizzano la complessità degli esseri umani.

4. Sviluppare alleanze con le organizzazioni di comunità locali e i gruppi di tutela, che conoscono le problematiche dei migranti e dei gruppi di minoranza etnica, è una strategia importante per facilitare lo sviluppo di sistemi di erogazione dei servizi più appropriati sotto il profilo culturale e linguistico.

Come per ogni altra forma di sviluppo organizzativo, la riuscita dell'ospedale «migrant-friendly», pronto a servire in modo equo le sue diverse comunità, dipenderà dal contributo di più soggetti.

Proprietà, direzione, gestione della qualità di un ospedale

La proprietà, la direzione e i responsabili della qualità di un ospedale devono includere nei loro piani d'azione la qualità dei servizi destinati agli immigrati e alle minoranze etniche:

5. Sarà importante definire gli scopi e gli obiettivi (missione, visione, dichiarazione dei valori, politiche e procedure).
6. Devono essere messe a disposizione risorse adeguate (tempo-lavoro, risorse finanziarie, personale qualificato) per garantire il cambiamento.
7. È necessario avviare un processo di sviluppo organizzativo, sostenuto e monitorato dalla direzione, dall'amministrazione e dalla gestione della qualità.
8. È importante monitorare i bisogni e le potenzialità dei soggetti coinvolti, siano essi utenti (pazienti, famiglie e comunità) o erogatori di servizi (personale).
9. È necessario monitorare i risultati, nonché le strutture e i processi che influiscono su tali risultati.
10. È necessario raccogliere e dare risposta a preoccupazioni, reclami e rimozioni riguardanti l'erogazione dei servizi.
11. È necessario investire nello sviluppo delle competenze linguistiche e culturali del personale (selezione, formazione, valutazione).

Personale, professioni sanitarie

Il personale ospedaliero, le professioni e le associazioni di categoria devono riconoscere la rilevanza delle problematiche sollevate ed essere pronti ad investire nell'acquisizione delle necessarie competenze:

12. Un passo importante sarà trovare un consenso sui criteri che definiscono l'essere «migrant-friendly», la competenza culturale e la competenza verso le differenze, secondo le specifiche situazioni, e integrarli negli standard professionali, garantendo che vengano applicati nella pratica quotidiana. I principi applicati nel progetto MFH possono servire da punto di partenza per tale sviluppo.
13. I professionisti sanitari e il resto del personale dovranno acquisire specifiche capacità relative a competenze transculturali, di comunicazione e in materia di diversità.
14. La pratica clinica, i servizi di prevenzione e le azioni di promozione della salute devono essere organizzati in modo adeguato per essere utilizzati da una popolazione differenziata. L'efficacia dei servizi di prevenzione e di promozione della salute che si fondano in misura significativa su interventi di comunicazione dipende in modo particolare dalle competenze linguistiche e culturali degli operatori.
15. Tenere sistematicamente in conto l'istruzione e la health literacy degli utenti ad ogni livel-



lo di servizio sarà un importante prerequisito. Si dovrà pertanto monitorare lo sviluppo di adeguati sistemi di orientamento e di materiale informativo nonché di programmi educativi destinati ai pazienti.

16. Esperienze di migrazione potenzialmente traumatiche richiedono una maggiore attenzione alle problematiche di salute mentale nell'ambito dell'assistenza ospedaliera rivolta ai migranti.

Utenti (pazienti attuali e potenziali, famigliari), rappresentanti dei gruppi locali

Le organizzazioni di pazienti e i gruppi di comunità possono fornire un importante contributo al processo inserendo la diversità e la salute/l'assistenza sanitaria nei loro rispettivi programmi.

17. Le organizzazioni di pazienti dovrebbero includere la diversità dei gruppi che rappresentano nelle loro strategie e politiche, e dovrebbero agire a tutela di queste popolazioni diverse di pazienti.
18. I rappresentanti delle comunità di immigrati/minoranze possono contribuire non solo tutelando gli interessi di tali gruppi, ma fungendo altresì da mediatori. Essi dovrebbero agire a tutela del diritto all'accesso adeguato e alla qualità dei servizi, svolgendo inoltre un ruolo attivo nello sviluppo di una maggiore health literacy all'interno delle loro comunità.
19. Investendo nel miglioramento della propria health literacy, ogni membro delle comunità di immigrati/minoranze etniche può contribuire al miglioramento della propria salute e di un uso migliore dei servizi sanitari.

Politica sanitaria e amministrazione

I responsabili delle politiche e gli amministratori del settore sanitario sono responsabili degli standard di qualità nell'assistenza sanitaria e hanno la responsabilità finale della salute della popolazione nella zona geografica di loro competenza. Nella maggior parte dei Paesi, sono altresì responsabili del finanziamento dei servizi sanitari e sono pertanto interessati all'efficienza e all'efficacia di tali servizi.

20. La politica sanitaria dovrebbe fornire un quadro allo scopo di rendere rilevante e realizzabile per ogni ospedale lo sviluppo della qualità in senso «migrant-friendly» (regolamenti legali, finanziari ed organizzativi).
21. Un quadro per lo sviluppo delle comunità orientate alla salute degli immigrati/minoranze etniche può essere molto utile per accrescere la health literacy di tali gruppi.
22. La politica e l'amministrazione hanno un ruolo importante da svolgere per agevolare lo sviluppo delle conoscenze – per esempio nel promuovere e finanziare la ricerca, riesami, sviluppo di standard e disseminazione (attività di rete, formazione, scambio di esperienze).

Scienze sanitarie

Le conoscenze e le competenze scientifiche possono essere molto utili in questo percorso. Le discipline delle scienze della salute possono dare un importante contributo conferendo maggiore peso alla questione della diversità nella salute e nell'assistenza sanitaria nei propri programmi e inserendola nella costruzione di teorie e nello sviluppo di prove sistematiche.

23. Le informazioni sul background etnico e sull'esperienza di migrazione dei pazienti dovrebbero essere incluse come categoria rilevante nella ricerca epidemiologica, sociocomportamentale, clinica, dei servizi e sistemi sanitari.

24. Gli esperti scientifici dovrebbero essere preparati ad assistere gli altri soggetti coinvolti nella pianificazione, nel monitoraggio e nella valutazione delle loro attività mediante revisioni, strumenti di verifica, strategie e strumenti per la valutazione.
25. Attività scientificamente fondate possono contribuire a combattere il razzismo, il pregiudizio, la discriminazione e l'emarginazione fornendo informazioni sulle conseguenze negative di tali processi.
26. Attività di ricerca multimetodo, partecipative e di valutazione dovrebbero essere condotte in collaborazione e di concerto con le comunità.

Tutti gli ospedali europei sono invitati a dare attuazione alla Dichiarazione di Amsterdam, a diventare organizzazioni «migrant-friendly» e culturalmente competenti nonché a sviluppare servizi individualizzati e personali dai quali ogni paziente possa trarre giovamento. Gli investimenti volti ad incrementare la rispondenza ai bisogni della popolazione a rischio rappresenteranno un passo importante verso la garanzia e lo sviluppo della qualità globale.

Ulteriori contatti / possibilità di comunicare / collaborare

- Task Force nell'ambito della rete degli Ospedali per la promozione della salute (HPH) dell'OMS, coordinata dalla rete regionale HPH dell'Emilia Romagna, Antonio Chiarenza, Via Amendola 2, 42100 Reggio Emilia, Italia. E-Mail: Antonio.chiarenza@ausl.re.it
- Sito web: <http://www.mfh-eu.net>
- Pharos (Evelien van Asperen, www.pharos.nl, E-Mail: e.asperen@pharos.nl)
- Bradford Teaching Hospitals NHS Foundation Trust, Dilshad Khan, BRI, Duckworth Lane Bradford BD96RJ, Great Britain, E-Mail: dilshad.khan@bradfordhospitals.nhs.uk
- International Union for Health Promotion and Education (IUHPE), John Kenneth Davies (IUHPE Europe), Falmer, BN19PH Brighton, Great Britain, E-Mail: J.K.Davies@bton.ac.uk

5 Focal Persons:

Olivier Bouchaud (Parigi),
Antonio Chiarenza (Reggio Emilia), Manuel Fernandez (Uppsala), Hanneke Hartog (Amsterdam), Angela Hughes (Dublino), Karoline Kandel (Vienna), Dilshad Khan (Bradford), Marja-Leena Pulkkinen (Turku), Anne Mette Rasmussen (Kolding), Antonio Salceda de Alba (Algeciras), Werner Schmidt (Berlino), Sotirios Zotos (Atene)

6 Direttore progetto: Jürgen

M. Pelikan; team di base:
Gabriele Bocek, Karl Krajic, Sonja Novak-Zezula, Ursula Karl-Trummer, Martha Wirtenberger

Chi ha redatto la Dichiarazione di Amsterdam?

Il gruppo responsabile del progetto MFH nell'ambito del progetto della Commissione europea «MFH – Migrant-friendly Hospitals, un'iniziativa europea per la promozione della salute e della health literacy dei migranti e delle minoranze etniche». Con il sostegno finanziario della Commissione europea, della DG Salute e Tutela dei consumatori, Programma Salute pubblica; cofinanziato dal ministero federale per l'istruzione, la Scienza e la Cultura, Repubblica d'Austria, Vienna e dagli Ospedali pilota locali.

Ospedali pilota: Kaiser-Franz-Josef-Spital, Wien, AT, Immanuel-Krankenhaus GmbH, Rheumaklinik Berlin-Wannsee, Berlin, DE, Kolding Hospital, Kolding, DK, Hospital Spiliopoulou Agia Eleni, Athen, EL, Hospital Punta de Europa, Algeciras-Cádiz, ES, Turku University Hospital, Turku, FI, Hôpital Avicenne, Paris, FR, James Connolly Memorial Hospital, Dublin, IR, Presidio Ospedaliero della Provincia di Reggio Emilia, Reggio Emilia, IT, Academic Medical Center, Amsterdam, NL, Uppsala University Hospital, Psychiatric Centre, Uppsala, SV, Bradford Teaching Hospitals NHS Foundation Trust, Bradford, UK.⁵

Coordinatore del progetto: Ludwig Boltzmann Institute for the Sociology of Health and Medicine (LBISHM) dell'Università di Vienna, Facoltà di scienze sociali, Collaborating Centre dell'OMS per la promozione della salute negli ospedali e negli istituti sanitari.⁶ Sito web del progetto: <http://www.mfh-eu.net>.



Sostenuto da: un gruppo di esperti internazionali;⁷ Commissione europea; DG Salute e Tutela dei consumatori; Ministero federale austriaco per l'Istruzione, la Scienza e la Cultura. Organizzazioni europee, internazionali e scientifiche agenti in veste di partner di sostegno: International Alliance of Patients' Organizations (IAPO), International Labour Organisation (ILO), International Organisation for Migration (IOM), International Union of health promotion and education (IUHPE), Migrants Rights International, Standing committee of the hospitals of the EU (HOPE), United for Intercultural Action, WHO Centre for Integrated Health Care, Barcelona, National and Regional Networks of the WHO Network for Health Promoting Hospitals (HPH) negli Stati membri dell'Unione europea, PaceMaker in Global Health, Andalusian School of Public Health (EASP).

Nell'originale seguono le bandiere dei diversi stati e i loghi delle istituzioni.

⁷ Alexander Bischoff (Basilea), Sandro Cattacin (Neuchâtel), Ilona Kickbusch (Berna), Robert Like (New Brunswick), Lourdes Sanchez (Boston). Un ringraziamento anche agli altri esperti che hanno contribuito in modo specifico alla redazione della Dichiarazione di Amsterdam: Albert van der Zeijden, Caroline Hall, Ines Garcia Sanchez



Questionario sulla qualità tratto dal progetto pilota dell'UE Migrant-Friendly Hospitals

Il questionario riportato qui di seguito è stato approntato nell'ambito del gruppo di lavoro «Competenza interculturale nel settore sanitario» del Ministero federale della Sanità e della Donna di Vienna e rielaborato dal punto di vista redazionale dall'Istituto Ludwig Boltzmann per la sociologia della medicina e della salute (Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie LBIMGS) della Ludwig Boltzmann Gesellschaft e dell'Università di Vienna. Si tratta di una versione breve, tradotta e rivista del questionario in lingua inglese Migrant-Friendly Quality Questionnaire (MFQQ) elaborato nel 2006 dal LBIMGS in collaborazione con 12 ospedali pilota europei nell'ambito del programma di promozione Public Health della Commissione europea, DG, Sanco. La versione originale può essere consultata sul sito del progetto europeo www.mfh-eu.net.



SF_MFQQ
Short Form Migrant-Friendly Quality Questionnaire
Versione italiana

Rete di ospedali per la popolazione migrante (MFH)

SF_MFQQ
Short Form Migrant-Friendly
Quality Questionnaire
Versione italiana

| Ursula Karl-Trummer
| Beate Schulze
| Karl Krajic
| Sonja Novak-Zezula
| Peter Nowak
| Jürgen M. Pelikan
| Bea Kendlbacher, redazione
Ludwig Boltzmann Institut für
Medizin- und Gesundheitssozio-
logie LBIMGS, Vienna, 2006

Parte A: Descrizione delle prestazioni

Indicare la percentuala stimata di attuazione dei valori MFH in quartili:

0 nessuna attuazione | 1 attuato fino al 25% | 2 attuato fino al 50% | 3 attuato fino al 75% | 4 attuato fino al 100%

Risorse generali per il miglioramento della comunicazione e dell'informazione

• Offerta di interpreti disponibili in ospedale	0%	fino al 25%	fino al 50%	fino al 75%	fino al 100%
1. Offerta di interpreti sul posto in ospedale	☐	☐	☐	☐	☐
2. Servizio di interpretariato telefonico	☐	☐	☐	☐	☐
3. Collaborazione con istituti d'interpretariato esterni	☐	☐	☐	☐	☐
4. Impiego di collaboratori esperti di lingua	☐	☐	☐	☐	☐
5. Mediazione culturale	☐	☐	☐	☐	☐
6. Altro (specificare)					

• Materiale informativo	0%	fino al 25%	fino al 50%	fino al 75%	fino al 100%
7. Informazione scritta dei pazienti in diverse lingue	☐	☐	☐	☐	☐
8. Informazione dei pazienti in forma adeguata – specifica alla cultura, con supporti audiovisivi, disegni...	☐	☐	☐	☐	☐
9. Scritte visive per l'orientamento in ospedale (cartelli, disegni)	☐	☐	☐	☐	☐
10. Altro (specificare)					

Accessibilità prima del soggiorno ospedaliero	0%	fino al 25%	fino al 50%	fino al 75%	fino al 100%
11. Informazioni sull'ospedale per i futuri pazienti disponibili in diverse lingue	☐	☐	☐	☐	☐
12. Informazioni sull'ospedale per i futuri pazienti in forma adeguata – specifica alla cultura, con supporti audiovisivi, disegni...	☐	☐	☐	☐	☐
13. Informazioni sull'ospedale per futuri pazienti esposte in istituzioni pubbliche (ad es. presso le autorità, nelle farmacie, nelle moschee)	☐	☐	☐	☐	☐
14. Altro (specificare)					

Durante il soggiorno ospedaliero

- Prestazioni di servizio / componenti alberghiere**

	0%	fino al 25%	fino al 50%	fino al 75%	fino al 100%
15. Preparazione di cibi adeguati	☐	☐	☐	☐	☐
16. Possibilità d'impiego dei locali per l'esercizio delle attività religiose	☐	☐	☐	☐	☐
17. Spazi per possibili visite (famiglia, più di 2 visitatori per paziente)	☐	☐	☐	☐	☐
18. Altro (specificare)	☐	☐	☐	☐	☐

- Cure mediche / assistenza ai malati**

	0%	fino al 25%	fino al 50%	fino al 75%	fino al 100%
19. Se lo si desidera, possibilità di ricevere assistenza da parte di persone dello stesso sesso (medici, assistenti)	☐	☐	☐	☐	☐
20. Accertarsi che i pazienti comprendano l'atto di assenso tenuto conto dei prerequisiti linguistici	☐	☐	☐	☐	☐
21. Assistenza psichica transculturale	☐	☐	☐	☐	☐
22. Altro (specificare)	☐	☐	☐	☐	☐

Dimissioni

0% fino al 25% fino al 50% fino al 75% fino al 100%

23. Preparazione delle informazioni per il trattamento e le cure successive in diverse lingue	☐	☐	☐	☐	☐
24. Preparazione delle informazioni per il trattamento e le cure successive in forma adeguata – specifica alla cultura, con supporti audiovisivi, disegni...	☐	☐	☐	☐	☐
25. Preparazione delle raccomandazioni specifiche alla cultura e delle informazioni sanitarie per le dimissioni	☐	☐	☐	☐	☐
26. Altro (specificare)	☐	☐	☐	☐	☐

Formazione per pazienti MFH / misure di sostegno alla sanità / empowerment

27. Preparazione di programmi di formazione sensibili alla cultura per pazienti (specificare)	☐	☐	☐	☐	☐
28. Preparazione di istituzioni di sostegno alla sanità sensibili alla cultura (specificare)	☐	☐	☐	☐	☐

Parte B: Sistema di controllo della qualità MFH

Controllo generale della qualità in ospedale	sì	no
29. Il vostro ospedale dispone di un sistema globale di controllo della qualità?	☐	☐
30. Se sì, specificare quale, ad es. EFQM, ISO, TQM...	☐	☐
31. Questo sistema di controllo della qualità comprende criteri MFH?	☐	☐

Strategie MFH	sì	no
32. Principi concepiti per la popolazione migrante inclusi come obiettivo esplicito nel modello	☐	☐
33. Un documento strategico MFH formulato che definisca misure MFH concrete e i metodi per la relativa realizzazione	☐	☐
34. Piano d'azione MFH (annuo)	☐	☐
35. Definizione scritta dei processi per strategie MFH (manuali, direttive, standard...)	☐	☐
36. Strategie per il sostegno e la formazione del personale con un background di migrazione	☐	☐
37. Strategie per trattare la discriminazione	☐	☐
38. Altro (specificare)	☐	☐

MF-Budget	sì	no
39. L'ospedale dispone di un budget proprio per misure MFH?	☐	☐
Se sì, indicare l'importo in euro all'anno	Euro	

Strutture di management MFH	sì	no
40. Esiste un responsabile di progetto MFH?	☐	☐
41. Esiste un gruppo di lavoro MFH composto di professionisti di vari campi?	☐	☐
42. Esiste una rete di persone di contatto MFH al di fuori dell'ospedale?	☐	☐
43. Se sì, descrivere la composizione e le dimensioni di questa rete:	☐	☐

Marketing MFH		
• Marketing interno (in ospedale)	sì	no
44. Esiste una newsletter MFH?	☐	☐
45. Esiste un elenco di persone di contatto MFH a disposizione di tutti i collaboratori?	☐	☐
46. Altro (specificare)	☐	☐
• Marketing esterno (in pubblico)	sì	no
47. Esiste una newsletter per il pubblico?	☐	☐
48. Esistono flyer oppure opuscoli per ambulatori medici o per istituzioni rivolte alla popolazione migrante?	☐	☐
49. Altro (specificare)	☐	☐

Formazione e perfezionamento professionale MFH per collaboratori	sì	no
50. Esiste un perfezionamento professionale specifico per MFH? Se sì, su cosa è incentrato?	☐	☐
51. Competenze linguistiche e d'interazione?	☐	☐
52. Competenze interculturali?	☐	☐
53. Problemi specifici di salute della popolazione migrante e delle minoranze etniche?	☐	☐
54. Collaborazione con interpreti?	☐	☐
55. Altro (specificare)	☐	☐

Documenti di pazienti migrati	sì	no
56. Paese d'origine	☐	☐
57. Background etnico	☐	☐
58. Stato giuridico	☐	☐
59. Conoscenze linguistiche	☐	☐
60. Precedente attività (professionale)	☐	☐
61. Formazione scolastica	☐	☐
62. Altro (specificare)	☐	☐
63. I dati vengono analizzati e utilizzati per l'ulteriore pianificazione?	☐	☐

Interconnessione e cooperazione	sì	no
64. Cooperazione con i mestieri legati alla sanità nell'assistenza di base	☐	☐
65. Cooperazione con i servizi sociali dei comuni della popolazione migrante	☐	☐
66. Cooperazione con associazioni (unioni) di migranti o rappresentanti nei comuni della popolazione migrante	☐	☐
67. Altro (specificare)	☐	☐



Standard nazionali per servizi adeguati in termini culturali e linguistici in ambito sanitario negli Stati Uniti¹

I seguenti standard nazionali sono stati pubblicati dall'Office of Minority Health (OMH) del Ministero della Sanità statunitense (HHS) e rispondono all'esigenza di garantire che tutte le persone inserite nel sistema sanitario ricevano un'assistenza efficace ed equiparata nei diritti oltre che adeguata a livello culturale e linguistico. Questi standard per servizi culturalmente e linguisticamente adeguati (Culturally and Linguistically Appropriate Services [CLAS]) sono proposti come misura per eliminare le ingiustizie attualmente esistenti nella fornitura di servizi sanitari e per orientare tali servizi in modo più mirato alle esigenze individuali dei pazienti/consumatori. Gli standard comprendono tutte le culture e non si limitano a un determinato gruppo demografico o a determinate categorie di gruppi demografici. In ogni caso sono concepiti appositamente per affrontare le esigenze relative a razza, origini etniche e lingua dei gruppi demografici che vivono differenze di accesso all'assistenza sanitaria. Obiettivo ultimo di questi standard è di contribuire all'eliminazione di un'assistenza sanitaria diversa a seconda della razza e delle origini etniche e di migliorare la salute della popolazione americana nel suo complesso.

Gli standard CLAS si rivolgono principalmente alle organizzazioni sanitarie. Ma anche singoli offerenti sono invitati ad applicare gli standard per rendere più accessibili a livello culturale e linguistico i loro ambulatori sanitari. I principi e le attività di un'assistenza sanitaria adeguata in termini culturali e linguistici dovrebbero essere integrati a tutti i livelli di un'organizzazione e adottati insieme alle comunità assistite.

1. Le organizzazioni sanitarie devono garantire che i pazienti/consumatori ricevano da tutti i membri del personale un'assistenza efficace, comprensibile e rispettosa conformemente alle aspettative e prassi sanitarie culturali del paziente/consumatore e alla lingua da questi preferita.
2. Le organizzazioni sanitarie devono introdurre strategie per l'acquisizione, il mantenimento e l'incentivazione di collaboratori e dirigenti a tutti i livelli dell'organizzazione che siano rappresentativi delle particolarità demografiche del bacino d'utenza.
3. Le organizzazioni sanitarie devono garantire la formazione e il perfezionamento professionale continuo dei collaboratori a tutti i livelli e di tutti i rami per un'assistenza sanitaria adeguata in termini culturali e linguistici.
4. Le organizzazioni sanitarie devono offrire a tutti i pazienti/consumatori con nozioni limitate della lingua inglese un servizio di traduzione gratuito fornito da personale bilingue e interpreti. Questo servizio deve essere a disposizione in tutte le situazioni di contatto e durante gli orari di lavoro deve essere fornito tempestivamente.
5. Le organizzazioni sanitarie devono far presente ai pazienti/consumatori sia oralmente, sia per iscritto e nella lingua da questi preferita, il diritto di ricorrere a un servizio di traduzione.
6. Le organizzazioni sanitarie devono garantire la competenza specialistica di interpreti e personale bilingue facente parte del servizio di traduzione messo a disposizione di pazienti/consumatori con limitate conoscenze di inglese. Non si dovrebbe far ricorso a parenti e amici per i servizi di interpretariato (tranne nel caso in cui sia il paziente/consumatore a farne richiesta).
7. Le organizzazioni sanitarie devono rendere disponibili documenti e cartelli di facile com-

Traduzione dalla versione tedesca. La versione tedesca è una traduzione dall'americano a cura di H+ Gli ospedali Svizzeri, Berna

¹ National Standards on Culturally and Linguistically Appropriate Services (CLAS) in Health Care. Estratto del Federal Register: 22 dicembre 2000 (vol. 65, n. 247) pagina 80865-80879.

Gli standard completi con le spiegazioni e un esaustivo rapporto concernente il progetto sono disponibili in Internet all'indirizzo www.med.umich.edu/multi-cultural/ccp/CLASpage.htm

Gli standard CLAS sono stati allestiti da Resources für Cross-Cultural Health Care per conto dell'USDHHS Office of Minority Health. Per maggiori informazioni contattare la responsabile dello studio Julia Puebla Fortier all'indirizzo rcchc@aol.com o la responsabile del progetto Guadalupe Pacheco all'indirizzo gpacheco@osophs.dhhs.gov.

prensione riferiti ai pazienti nelle lingue dei gruppi demografici generalmente noti e/o dei gruppi demografici rappresentati nel bacino d'utenza.

8. Le organizzazioni sanitarie devono sviluppare, introdurre e attuare un piano strategico scritto che illustri chiari obiettivi, principi, strumenti di applicazione e responsabilità manageriale / meccanismi di sorveglianza per la messa a disposizione di servizi adeguati in termini culturali e linguistici.
9. Le organizzazioni sanitarie devono valutare inizialmente e quindi di continuo, in maniera autonoma, le proprie attività correlate a CLAS; esse sono inoltre invitate a integrare criteri per la misurazione della competenza culturale e linguistica nei loro audit interni, programmi di miglioramento delle prestazioni, rilevamenti del grado di soddisfazione dei pazienti e valutazioni dei risultati.
10. Le organizzazioni sanitarie devono garantire che i dati relativi a razza, origini etniche e lingua parlata e scritta di un paziente/consumatore siano registrati nei documenti sanitari, integrati nei sistemi di gestione delle informazioni dell'organizzazione e regolarmente aggiornati.
11. Le organizzazioni sanitarie devono allestire un aggiornato profilo demografico, culturale ed epidemiologico della comunità ed eseguire un'analisi delle esigenze tenuto conto di una pianificazione e introduzione mirata di servizi che corrispondano alle particolarità culturali e linguistiche del bacino d'utenza.
12. Le organizzazioni sanitarie devono sviluppare partnership partecipative e collaborative con le comunità e impiegare una molteplicità di meccanismi formali e informali per facilitare il legame tra comunità e paziente/consumatore nell'ideazione e attuazione di attività riferite a CLAS.
13. Le organizzazioni sanitarie devono garantire che procedure di risoluzione dei conflitti e di reclamo siano culturalmente e linguisticamente sostenibili oltre che in grado di individuare, prevenire e conciliare conflitti e reclami di pazienti/consumatori a livello culturale.
14. Le organizzazioni sanitarie sono invitate a informare il pubblico a intervalli regolari in merito ai progressi e alle innovazioni di successo nell'attuazione degli standard CLAS e a rendere pubblicamente nota la disponibilità di tali informazioni nelle comunità.



Riferimenti bibliografici |
Materiale informativo | Elenco degli autori



Riferimenti bibliografici

I titoli che seguono sono tratti dalla letteratura svizzera e costituiscono un'introduzione all'argomento della diversità, della migrazione e della salute, senza peraltro coprire in modo esaustivo la materia.

Opere e articoli di carattere generale

- Croce rossa svizzera, Dipartimento migrazione (a cura di) (2004) Migration – eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen. Seismo, Zurigo
- Efionayi-Mäder D e Chimienti M (2003) Migration und Gesundheit: eine sozialpolitische Orientierung. Sozialalmanach 2003, Caritas, Lucerna, 155-172
- Loutan L (2001) The health of migrants and refugees. In: Zuckermann JN (a cura di) Principles and practice of travel medicine. Chichester, Wiley & Sons, 467-475
- Weiss R (2003) Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten. Seismo, Zurigo
- Wicker HR, Fibbi R e Haug W (a cura di) (2003) Les migrations et la Suisse. Seismo, Zurigo

Epidemiologia sociale

- Wanner Ph, Bouchardy C e Raymond L (1998) Comportement des étrangers résidant en Suisse en matière d'alimentation, de consommation d'alcool et de tabac et de prévention. Ufficio federale di statistica, Neuchâtel. Démos 2: 1-20

Salute, disparità sociale

- Bisig B e Gutzwiller F (a cura di) (2004) Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überversorgung? Die Bedeutung von Sozialschicht, Wohnregion, Nationalität, Geschlecht und Versicherungsstatus. Vol. 1: Gesamtübersicht. Vol. 2: Detailresultate. Rüegger, Zurigo, Coira
- Gubéran E e Usel M (2000) Mortalité prématurée et invalidité selon la profession et la classe sociale à Genève, suivi des écarts de mortalité entre classes sociales dans les pays développés. Office Cantonal de l'Inspection et des Relations du Travail OCIRT, Ginevra
- Künzler G (2002) Les pauvres vivent moins longtemps: couche sociale, mortalité et politique de l'âge de la retraite en Suisse. Caritas, Lucerna
- Guillely E (2005) Longévité et santé. In: Ages et générations. La vie après 50 ans en Suisse. Ufficio federale di statistica, Neuchâtel 55-71
- Wanner Ph, Bouchardy C e Raymond L (2000) Mortalité des étrangers en Suisse: analyse par grand groupe de causes et par type de cancer 1989-1992. Ufficio federale di statistica, Neuchâtel

Salute sessuale e riproduttiva

- Bollini P e Wanner Ph (2005) Santé reproductive des collectivités migrantes. Disparités de risques et possibilités d'intervention. forMed/SFM
- Hälg R et al (2004) Migration und reproduktive Gesundheit: die Betreuung der Migrantinnen in der Geburtshilfe aus der Sicht von öffentlichen Spitälern in der Schweiz. Università di Berna, Istituto di etnologia, Berna
- Klaue K e Spencer B (2003) Sexuelle und reproduktive Gesundheit in der Schweiz. Synthese wichtiger Ergebnisse der Studie: Sexuelle und reproduktive Gesundheit in der

- Schweiz. Ufficio federale della sanità pubblica UFSP, Berna
- Spycher C (2005) Providing sexual and reproductive health counselling for migrant women: the Swiss experience. *Choices* 12-14
 - Thierfelder C, Tanner M e Kessler Bodiang CM (2005) Female genital mutilation in the context of migration: experience of African women with the Swiss health care system. *European Journal of Public Health* 15 (1): 86-90
 - Trechsel S e Schlauri R (2004) Weibliche Genitalverstümmelung in der Schweiz: Rechtsgutachten. Comitato svizzero per l'UNICEF, Zurigo

Infanzia/gioventù

- Manzano S e Suter S (2002) La santé des enfants requérants d'asile à Genève. *Médecine et Hygiène* 2379: 360-362

Anzianità e migrazione

- Bolzman C et al (2004) Older labour migrants' well being in Europe: the case of Switzerland. *Ageing and society* 24: 411-429
- Hungerbühler H (2004) (2004) Altern in der Migration: Folgen der Lebens- und Arbeitsbiographie. In: Croce rossa svizzera, Dipartimento migrazione (a cura di) Migration – eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen. Seismo, Zurigo, 221-w242

Psichiatria

- Association romande femmes immigrées et santé ARFIS (a cura di) (2002) Femmes migrantes et souffrance psychique: compte rendu de la journée du 9 juin 2001 au Centre paroissial d'Ouchy à Lausanne. Ass. romande femmes immigrées et santé ARFIS, Ginevra
- Frick U et al (2005) Psychiatrische Hospitalisierungen im Kanton Zürich: Welche Rolle spielt der Migrationsstatus? Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung, Zurigo
- Testa-Mader A, Clerici N e Degrate A (2003) La population étrangère au Tessin: malaise psychique et utilisation des services psychiatriques publics. In: Wicker HR, Fibbi R e Haug W (a cura di) Les migrations et la Suisse. Seismo, Zurigo, 531-550

La salute delle persone che hanno avuto esperienze di violenza

- Croce rossa svizzera, Dipartimento migrazione (a cura di) (2005) In the Aftermath of War and Torture. Coping with Long-Term Traumatization, Suffering and Loss. Collana: Migration – Contributions from Theory and Practice. Seismo, Zurigo, 248
- Salis Gross C (2004) Struggling with imaginaries of trauma and trust: the refugee experience in Switzerland. *Culture, medicine and psychiatry* 28(2): 151-167

Altri gruppi demografici particolarmente vulnerabili

- Achermann Ch e Chimienti M (2006) Migration, Prekarität und Gesundheit. Ressourcen und Risiken von vorläufig Aufgenommenen und Sans-Papiers in Genf und Zürich. Forum svizzero per lo studio delle migrazioni e della popolazione SFM, Neuchâtel
- Meystre-Agostoni G (2004) Populations particulières et prévention du VIH/SIDA: les travailleurs du sexe: revue de littérature. *Raisons de santé* 98
- Schoch M, D'Acremont V e Bodenmann P (2004) Prise en charge des populations vulnérables à la Policlinique médicale universitaire de Lausanne. In: Croce rossa svizzera, Dipar-

timento migrazione (a cura di) Migration – eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen. Seismo, Zurigo, 131-138

- Staehelin C et al (2003) Migrants from Sub-Saharan Africa in the Swiss HIV cohort study: access to antiretroviral therapy, disease progression and survival. AIDS 17(15): 2237-2244
- Zellweger JP (2003) Tuberkulose bei Immigranten: Erkennung und Behandlung. Schweizerisches Medizin-Forum 24(11): 556-558

Salute e assistenza sanitaria dal punto di vista delle persone con un background migratorio

- Bauer T (2005) Das Vertrauen ist das Wichtigste: Erfahrungen von Migrantinnen und Migranten mit der Gesundheitsversorgung in der Ostschweiz. Caritas-Fachstelle Gesundheit und Integration, San Gallo
- Bodenmann P et al (2005) Perception du risque pour la santé liée à la consommation excessive d'alcool, au tabagisme et aux comportements sexuels à risque chez les migrants et les autochtones: nécessité d'une prévention différente? Policlinique médicale universitaire, Losanna

Il personale migrante negli ospedali

- Kaya B, Kamm M e Gabadinho A (2005) Les employés migrants dans le domaine de la santé et leurs ressources potentielles: une recherche-action. Forum svizzero per lo studio delle migrazioni e della popolazione SFM, Neuchâtel

L'interpretariato e la mediazione interculturale in ambito sanitario

- Ayer A e Gilbert M (2005) Die Rechte des migrierten Patienten: Welche Rechtsgrundlagen bestehen für die Arztkonsultation in Gegenwart eines Dolmetschers? Studio eseguito per conto dell'Ufficio federale della sanità pubblica. Berna
- Bischoff A (2004) Hätten Sie jemanden zur Hand, der übersetzen kann? Interkulturelles Übersetzen und Vermitteln im Gesundheitsbereich. In: Croce rossa svizzera, Dipartimento migrazione (a cura di) Migration – eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen. Seismo, Zurigo, 120-128
- Dahinden J (2004) Interkulturelles Übersetzen und Vermitteln als Integrationsinstrumente: eine kritische Sichtweise auf ihre Potenziale. In: Croce rossa svizzera, Dipartimento migrazione (a cura di) Migration – eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen. Seismo, Zurigo, 99-119
- Jacobs EA et al (2004) Overcoming Language Barriers in Health Care: Costs and Benefits of Interpreter Services. Research and Practice 94(5): 866-869

La competenza transculturale nella sanità

- Domenig D (2002) Professionelle transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Haupt, Berna



Materiale informativo

- **Ufficio federale della sanità pubblica UFSP**
Informazioni sulla sanità per esperti e specialisti che lavorano in campo sociale, sanitario ed educativo e che hanno contatti con persone migranti. www.migesplus.ch

- **Guida alla salute in Svizzera**, Seconda edizione aggiornata
Ordinazioni all'indirizzo: www.migesplus.ch/publikationen-de.php?thema=26&pub=6

- **Vado all'ospedale!**
A cura di: Associazione svizzera Bambino ed Ospedale
Ordinazioni all'indirizzo: www.migesplus.ch

- **Ihre Rechte bei der Ärztin, beim Arzt und im Spital**
A cura di: Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion Kanton Basel-Landschaft
Ordinazioni all'indirizzo: www.migesplus.ch

- **Info Maternità**
A cura di: Travail.Suisse
Ordinazioni all'indirizzo: www.migesplus.ch

- **Due lingue, un colloquio: guida al colloquio medico bilingue ad uso di addetti alle cure di interpreti**
A cura di: INTERPRET. Assoc. svizzera per l'interpretariato e la mediazione interculturale
Ordinazioni all'indirizzo: www.inter-pret.ch

- **Patientinnen mit genitaler Beschneidung: Schweizerische Empfehlungen für Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Pflegefachkräfte**
A cura di: Società Svizzera di Ginecologia e Ostetricia
Ordinazioni all'indirizzo: www.terre-des-femmes.ch

- **Essere incinta, diventare madre**
A cura di: Federazione svizzera delle levatrici
Ordinazioni all'indirizzo: www.migesplus.ch

- **Autonomi nella terza età – guida pratica**
A cura di: Croce Rossa Svizzera. Segretariato nazionale delle Associazioni cantonali
Ordinazioni all'indirizzo: www.migesplus.ch

- **Dizionario ospedaliero**, Ospedale cantonale di San Gallo, Dipartimento Cure
Ordinazioni all'indirizzo: www.pflegedienst-kssg.ch

- **Video «Trialog» Interpretazione in campo medico** (con guida)
A cura di: INTERPRET. Associazione svizzera per l'interpretariato e la mediazione interculturale
Ordinazioni all'indirizzo: www.inter-pret.ch

Elenco degli autori

Petra Aemmer
Ufficio federale
della sanità pubblica UFSP
Casella postale
3003 Berna
petra.aemmer@bag.admin.ch

Petra Aemmer

1974, lic. phil. hist., collaboratrice scientifica. Lavora presso l'Ufficio federale della sanità pubblica UFSP, Berna.

Pubblicazioni sul tema:

- Ufficio federale della sanità pubblica (2002) Migrazione e salute – Orientamento strategico della Confederazione 2002-2006 in tedesco, francese, italiano
- Ufficio federale della sanità pubblica (2002) Migrazione e salute – Orientamento strategico della Confederazione 2002-2006. Versione abbreviata in 13 lingue diverse



Dr. Alexander Bischoff
Institute of Nursing Science
Università di Basilea
Bernoullistrasse 28
4056 Basilea
alexander.bischoff@unibas.ch

Alexander Bischoff

1956, Dr. phil., collaboratore scientifico ed insegnante incaricato. Lavora presso l'Università di Basilea, Institute of Nursing Science, Basilea.

Pubblicazioni sul tema:

- Bischoff A (2004) Hätten Sie jemanden zur Hand, der übersetzen kann? Interkulturelles Übersetzen und Vermitteln im Gesundheitsbereich. In: Croce rossa svizzera, Dipartimento migrazione (a cura di) Migration – eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen. Seismo, Zurigo, 120-128
- Bischoff A (2005) Der Mediator als Dolmetscher – der Dolmetscher als Mediator. In: von Sinner A e Zirkler M (a cura di) Hinter den Kulissen der Mediation – Kontexte, Perspektiven und Praxis der Konfliktbearbeitung. Haupt, Berna 115-126
- Bischoff A e Loutan L (2004) Interpreting in Swiss hospitals. Interpreting 6(1): 183-206



Renate Bühlmann Gugliuzza
Croce rossa svizzera
Rainmattstrasse 10
3001 Berna
renate.buehlmann@red-cross.ch

Renate Bühlmann Gugliuzza

1963, specialista in cure infermieristiche, responsabile della formazione. Lavora presso la Croce rossa svizzera, Centro per la migrazione e la salute, Berna.

Pubblicazione sul tema:

- Bedeutung und Kommunikation in der Pflege. In: Domenig D (a cura di) (2001) Professionelle transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Hans Huber, Berna





Janine Dahinden

1967, Dr. phil, ricercatrice e membro della direzione del Forum svizzero per lo studio delle migrazioni e della popolazione SFM; Neuchâtel.

Pubblicazioni sul tema:

- Dahinden J (2005) Albanische Migrationsnetzwerke im transnationalen Raum, Prishtina-Schlieren. Seismo, Zurigo
- Dahinden J (2005) Was heisst schon interkulturell? Mediation in den Zeiten der Globalisierung. In: Von Sinner A und Zirkler M (a cura di) Hinter den Kulissen der Mediation. Kontexte, Perspektiven und Praxis der Konfliktbearbeitung. Haupt, Berna, 101-114
- Dahinden J (2005) Eine migrationsgerechte Suchtarbeit: eine Frage gesellschaftlicher Integration. «abhängigkeiten». Forschung und Praxis der Prävention und Behandlung 1(05): 5-17
- Dahinden J, Fibbi R, Moret J e Cattacin S (2004) Integration am Arbeitsplatz in der Schweiz. Probleme und Massnahmen. Ergebnisse einer Aktionsforschung. Forum svizzero per lo studio delle migrazioni e della popolazione SFM, Neuchâtel
- Dahinden J in collaborazione con Neubauer A e Wanner P (2003) Le rôle des étrangers dans le domaine de la santé. H+ Competence 5, Berna

Dr. Janine Dahinden
Forum svizzero per
lo studio delle migrazioni
e della popolazione SFM
Rue St-Honoré 2
2000 Neuchâtel
janine.dahinden@unine.ch



Dagmar Domenig

Dr. phil. lic. iur., specialista clinica, direttrice di settore specialistico. Lavora presso la Croce rossa svizzera, Berna.

Pubblicazioni sul tema:

- Domenig D (2001) Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz. Hans Huber, Berna
- Domenig D (a cura di) (2001) Professionelle transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Hans Huber, Berna
- Domenig D (2003) Transkulturelle Kompetenz: eine Herausforderung für die Gesundheitsversorgung. In: Borde Th, David M (a cura di) Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Mabuse, Francoforte s. M., 85-103
- Domenig D (2004) Transkulturelle Kompetenz – eine Querschnittsaufgabe. In: Croce rossa svizzera, Dipartimento migrazione (a cura di) Migration – eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen. Seismo, Zurigo, 57-70
- Domenig D (2004) Rassistisch, diskriminierend oder transkulturell inkompetent? In: Tangram, Bollettino della Commissione federale contro il razzismo 16: 51-56

Dr. Dagmar Domenig
Croce rossa svizzera
Rainmattstrasse 10
3001 Berna
dagmar.domenig@red-cross.ch



Dr. med. Gerhard Ebner
Kantonales Psychiatriezentrum
Breitenau
Breitenaustrasse 124
8200 Sciaffusa
gerhard.ebner@breitenau.ch

Gerhard Ebner

1957, Dr. med., primario e presidente della direzione Gli Ospedali di Sciaffusa, Servizi psichiatrici, Sciaffusa, presidente dell'Associazione svizzera dei primari psichiatrici SVPC, membro del direttivo e responsabile del settore comunicazione e consultazione della Società svizzera di psichiatria e psicoterapia SGPP.

Pubblicazioni sul tema:

- Assion HJ (a cura di) (2005) Migration und seelische Gesundheit. Springer, Heidelberg
- Gaw AC (2001) Concise Guide to Cross-Cultural Psychiatry. American Psychiatry Publishing Inc., Washington
- Haasen C, Yagdiran O (2000) Beurteilung psychischer Störungen in einer multikulturellen Gesellschaft. Lambertus, Friburgo i. Br.
- Hegemann T, Salman R (a cura di) (2001) Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Psychiatrie Verlag, Bonn
- Tseng WS, Streltzer J (a cura di) (1997) Culture and Psychopathology – A Guide to Clinical Assessment. Brunner/Mazel, New York
- Wogau R, Eimmermacher H, Lanfranchi A (a cura di) (2004) Therapie und Beratung von Migranten. Systemisch-interkulturell denken und handeln. Beltz, Weinheim, Basilea



Denise Efonayi-Mäder
Forum svizzero per
lo studio delle migrazioni
e della popolazione SFM
Rue St-Honoré 2
2000 Neuchâtel
denise.efionayi@unine.ch

Denise Efonayi-Mäder

1962, lic. soc., DESMAP, codirettrice a.i. Lavora presso il Forum svizzero per lo studio delle migrazioni e della popolazione SFM, Neuchâtel.

Pubblicazione sul tema:

- Efonayi-Mäder D e Chimienti M (2003) Migration und Gesundheit: eine sozialpolitische Orientierung, Sozialalmanach 2003, Caritas, Lucerna, 155-172



Rahel Gall Azmat
Ufficio federale
della sanità pubblica UFSP
Schwarzenburgstrasse 161
3097 Liebefeld
rahel.gallazmat@bag.admin.ch

Rahel Gall Azmat

1972, lic. phil. dipl., assistente sociale, collaboratrice scientifica. Lavora presso l'Ufficio federale della sanità pubblica UFSP, Berna.





Florian Grossmann

1977, BNS, assistente/collaboratore di progetto. Lavora presso l'Università di Basilea, Institute of Nursing Science, Basilea.

Florian Grossmann
Institute of Nursing Science
Università di Basilea
Bernoullistrasse 28
4056 Basilea
f.grossmann@stud.unibas.ch



Elisabeth Kurth

1968, MNS, assistente alla ricerca e ostetrica. Lavora presso l'Università di Basilea, Institute of Nursing Science, Basilea.

Elisabeth Kurth
Institute of Nursing Science
Università di Basilea
Bernoullistrasse 28
4056 Basilea
elisabeth.kurth@unibas.ch



Peter Saladin

1940, Dr. rer. publ. HSG, responsabile del progetto «Migrant-Friendly Hospitals – rete di ospedali per la popolazione migrante MFH», presidente H+ Gli Ospedali Svizzeri.

Dr. Peter Saladin
H+ Gli Ospedali Svizzeri
Lorrainestrasse 4A
3013 Berna
peter.saladin@hplus.ch

Regine Steinauer
Institute of Nursing Science
Università di Basilea
Bernoullistrasse 28
4056 Basilea
regine.steinauer@stud.
unibas.ch

Regine Steinauer

1970, specialista clinica, BNS, ausiliaria, collaboratrice scientifica. Lavora presso l'Università di Basilea, Institute of Nursing Science, Basilea.



Urszula Stotzer
Route de Bertigny 6
1700 Friburgo
urszula.stotzer@yahoo.com

Urszula Stotzer

1974, dipl. di laurea in etnologia, assistente alla ricerca. Lavora presso il Forum svizzero per lo studio delle migrazioni e della popolazione, Neuchâtel.

Pubblicazione sul tema:

- Achermann Ch, Stotzer U (2006) Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Migration: Rapid Assessment. Forum svizzero per lo studio delle migrazioni e della popolazione SFM, Neuchâtel



Prof. Philippe Wanner
Laboratorio di geografia
e di studi sulla famiglia
Facoltà di scienze
economiche e sociali
Uni Mail
Pont d'Arve 40
1211 Ginevra 4
philippe.wanner@ses.
unige.ch

Philippe Wanner

1964, professore. Laboratorio di demografia e di studi sulla famiglia, Facoltà di scienze economiche e sociali, Università di Ginevra.

Pubblicazioni sul tema:

- Wanner P, Lerch M, Fibbi R (2005) Familles et migration: le rôle de la famille sur les flux migratoires. Office fédéral de la statistique, Neuchâtel
- Wanner P (2004) Migration et intégration. Populations étrangères en Suisse. Office fédéral de la statistique, Neuchâtel





Madeleine Wick Marcoli

1958, dipl. pharm. MPH, collaboratrice scientifica. Lavora presso l'Università di Zurigo, Zurigo

Madeleine Wick Marcoli
Laupenring 151
4054 Basilea
madeleine.wick@usz.ch

Pubblicazione sul tema:

- Wick Marcoli M (2005) Möglichkeiten der Verwendung von Piktogrammen in der Verständigung mit Patientinnen und Patienten der Migrationsbevölkerung in Schweizer Spitälern, Berna



Joachim Wohnhas

1949, supervisione IAP, responsabile progetto Fondazione Charlotte Olivier.

Joachim Wohnhas
Institut de recherche et
de conseil dans le domaine
de la famille
Università di Friburgo
Avenue de la Gare 1
1700 Friburgo
joachim@wohnhas.ch



Hans Wolff

1963, Dr. med. MPH, medico assistente, responsabile dell'«Unité mobile de soins communautaires». Lavora presso gli Ospedali universitari di Ginevra HUG, Ginevra.

Dr. Hans Wolff
Ospedali universitari
di Ginevra HUG
Rue Micheli-du-Crest 24
1211 Ginevra
hans.wolff@hcuge.ch

Pubblicazioni sul tema:

- Wolff H, Stalder H, Epiney M, Walder A, Irion O, Morabia A (2005) Health care and illegality. A survey of undocumented pregnant immigrants in Geneva. SocSciMed 60: 2149-54
- Wolff H e Stalder H (2005) Medizin für Menschen in Armut. «Unité mobile de soins communautaires» in Genf. Soziale Medizin 1: 36-39
- Wolff H, Besson M, Holst M, Induni E, Stalder H (2005) Inégalités sociales et santé. L'action de l'«Unité mobile de soins communautaires» à Genève. Rev Med Suisse 1(34): 2218-2222

DVD

Quando capire è guarire

Migrazione globale – soluzioni locali nel settore sanitario

Il documentario «Quando capire è guarire. Migrazione globale – soluzioni locali nel settore sanitario» sensibilizza e informa in merito alle molteplici correlazioni tra migrazione e salute. Esso illustra, sull'esempio di tre cliniche del complesso ospedaliero Inselspital a Berna, il processo di adeguamento istituzionale che il sistema sanitario sta attualmente attraversando:

Agim Ramadani è arrivato in Svizzera 17 anni fa dal Kosovo e da allora ha sempre lavorato come manovale nel settore edilizio. Dopo un infortunio sul lavoro soffre di mal di schiena cronico e non può più svolgere il proprio mestiere. Grazie al ricovero nella clinica per pazienti algici si augura di riuscire a recuperare la propria capacità lavorativa. La comunicazione relativa al complesso problema algico costituisce un compito difficile sia per il personale, sia per il paziente.

Durante la sua gravidanza, **Subakini Ramesh** è assistita nella clinica ginecologica. Interpreti professioniste, membri della comunità tamil e personale sanitario sensibilizzato alle questioni legate alla migrazione la accompagnano nei preparativi per la nascita. Il ritratto mostra opportunità e difficoltà nella comunicazione tra le diverse persone interessate.

Quasi il cinquanta per cento dei **bambini** nel centro di pronto soccorso presentano un background di migrazione. Nelle situazioni impellenti non dispongono di traduttori qualificati al loro fianco. Al personale sanitario viene chiesto di identificare e trattare in modo adeguato le diverse esigenze dei bambini e dei loro familiari.

Gli esempi illustrati mostrano le tensioni che si vengono a creare in seguito a difficoltà di comprensione (linguistica) tra le esigenze mediche, da un lato, e l'obiettivo di efficienza economica nel settore sanitario, dall'altro. Vengono prospettate concrete possibilità di soluzione innovative in un complesso processo di trasformazione istituzionale. «Quando capire è guarire. Migrazione globale – soluzioni locali nel settore sanitario» è rivolto alle organizzazioni e ai responsabili del settore sanitario e offre una base di discussione per workshop e congressi e per la formazione e il perfezionamento professionale del personale nel settore sanitario.

Produzione

artefakt wort+bild, Kathrin Oester, Roland de Roo, Olivia Killias, Martin Wälchli

Il documentario è stato realizzato su incarico dell'Ufficio federale della sanità pubblica UFSP.

Diversità e pari opportunità
Basi per un'azione efficace
nel microcosmo delle istituzioni sanitarie

Peter Saladin (a cura di) con la collaborazione di Renate
Bühlmann, Janine Dahinden, Rahel Gall Azmat, Gerhard
Ebner e Joachim Wohnhas



La pubblicazione è sorta nell'ambito del progetto Migrant
Friendly Hospitals – Una rete per la popolazione migrante
(MFH), sostenuto e attuato dall'Ufficio federale della sanità
pubblica UFSP nel quadro dell'orientamento strategico della
Confederazione «Migrazione e salute 2002–2007».

Il manuale è pubblicato in lingua italiana, tedesca e francese.

Richiesta di copie gratuite:
H+ Gli Ospedali Svizzeri, Direzione
Lorrainestrasse 4A, 3013 Berna, Svizzera
geschaeftsstelle@hplus.ch

ISBN 303300894-1



9 783033 008946

