

# Indice

- p. 7 Prefazione di Maria Luisa Soranzo
- 11 Capitolo 1  
*Globalizzazioni e salute*
- 1.1. Globalizzazione e salute pubblica, 11
  - 1.2. Globalizzazione e disuguaglianze, 13
  - 1.3. I determinanti della salute, 17
  - 1.4. La trasmissione del rischio e nuove epidemie, 29
  - 1.5. Servizi e qualità delle cure, 32
- 41 Capitolo 2  
*L'umanizzazione delle Strutture Ospedaliere*
- 2.1. Il concetto di umanizzazione in sanità, 41
  - 2.2. Evoluzione della cura e dell'architettura ospedaliera nel tempo, 46
  - 2.3. Quadro normativo in materia di umanizzazione, 49
  - 2.4. Gli approcci *Users-Centered Design* e *Evidence-Based Design*, 54
  - 2.5. L'ambiente ospedaliero come promotore di salute, 57
  - 2.6. I fattori di stress ambientale all'interno delle Strutture Ospedaliere, 63
  - 2.7. L'influenza dell'ambiente ospedaliero sugli utenti, 65
- 73 Capitolo 3  
*Salute, spazio e culture: l'accesso ai Servizi Sanitari*
- 3.1. Il rapporto tra salute, spazio e cultura, 73
  - 3.2. Migrazione e cultura, 75
  - 3.3. Le caratteristiche della popolazione immigrata, 78

- 3.4. Le barriere che influiscono sull'accesso e sulla fruizione dei Servizi Sanitari, 83
- 3.5. I diritti dell'utente immigrato nell'accesso ai Servizi Sanitari, 92
- 3.6. Iniziative che promuovono l'integrazione degli immigrati in ambito sanitario, 99

p. 107 Capitolo 4

*Aspetti socio-sanitari e spaziali nel trattamento della malattia in una prospettiva multiculturale*

- 4.1. Popolazione immigrata e trattamento della malattia, 107
- 4.2. Il fenomeno migratorio in Italia e a Torino, 109
- 4.3. Lo stato di salute della popolazione immigrata in Italia, 116
- 4.4. Un profilo epidemiologico degli stranieri a Torino e Provincia, 118
- 4.5. Analisi e definizione dei bisogni, a partire da un caso studio: l'Ambulatorio Migrazione e Salute (MiSa) dell'ASL<sub>3</sub> di Torino, 119
- 4.6. Un ambulatorio per popolazione immigrata: indicazioni metaprogettuali, 127

137 Bibliografia

## Prefazione

Il lavoro delle autrici affronta con dovizia di dati e riferimenti le questioni più attuali e rilevanti legate all'umanizzazione dei Servizi Sanitari, con particolare attenzione al tema dell'accessibilità e della fruibilità delle Strutture da parte di un'utenza multiculturale.

All'interno dell'Unità Operativa B di Malattie Infettive dell'ospedale Amedeo di Savoia di Torino è presente, dal 1996, l'ambulatorio MiSa (Migrazione e Salute), istituito allo scopo di offrire a migranti interventi appropriati ed efficaci di prevenzione e cura, grazie alla presenza, a fianco di medici ed infermieri, di figure "non convenzionali", quali mediatori culturali, educatori pari, antropologi.

In qualità di direttore dell'Unità Operativa B e fondatore dell'ambulatorio, organizzai all'inizio degli anni duemila un convegno sul tema «Globalizzazione e malattie infettive trasmissibili». Il convegno si poneva l'obiettivo di conoscere come si stesse operando a Torino per rispondere ai bisogni della popolazione straniera. Gli interventi dei vari relatori hanno riguardato aspetti quantitativi e qualitativi. Tra i primi, sono stati discussi i dati cittadini e regionali sull'immunoprofilassi in stranieri, sull'attività del Pronto Soccorso del più importante ospedale della Regione, sull'epidemiologia di Malattie Sessualmente Trasmesse (MST)/HIV, su numero di pazienti e diagnosi di accesso al MiSa.

I dati qualitativi, riferiti da operatori sanitari, medici e non, e da mediatori culturali, cercavano invece di mettere in evidenza i punti critici del percorso di prevenzione e cura: chi riferiva ben sapeva come la gestione del paziente non potesse esaurirsi nel concetto "una malattia, una cura".

Come si accoglie chi non conosce la tua lingua? Chi indaga su fattori di rischio "prevenibili", elemento chiave per mirare l'intervento medico? Chi aiuta a

leggere la prescrizione medica, a comprendere perché, come e per quanto tempo assumere la terapia? Oppure, a capire la necessità di aderenza a terapie di lunga durata (non solo HIV e tubercolosi, ma anche dislipidemia, ipertensione, diabete ecc.), o la necessità di ritornare a controlli medici? Chi spiega dove andare per effettuare un test o per avere un appoggio comunitario, quando siano in causa interventi di modifica dei comportamenti? Chi può realizzare nell'immediato (soprattutto se la diagnosi è di malattia trasmissibile) interventi di riduzione del rischio, onde evitare il contagio di altre persone? Quali spazi servirebbero per poter facilitare la presa in carico di pazienti di differenti lingua e cultura?

Se guardiamo al presente, non molto è cambiato nell'ambulatorio MiSa. Gli operatori continuano ad agire in spazi dove non è possibile effettuare un lavoro coordinato, con risorse umane sottodimensionate, se si eccettua la presenza di un antropologo, attivo nella Struttura per un interesse culturale personale e grazie a un finanziamento esterno (da parte di ASPIC, associazione impegnata in progetti e iniziative di prevenzione ed educazione alla salute in popolazioni vulnerabili).

Alcuni operatori sanitari hanno riproposto ciò che si fa al MiSa presso strutture del privato sociale, in aree dove è maggiormente presente il fenomeno migratorio (Porta Palazzo, quartiere San Salvario a Torino). L'esperienza conferma la necessità di sensibilizzare la popolazione (migrante e non) sull'importanza del farsi carico della propria salute (*empowerment*).

Come riferito in modo corretto ed esauriente nella presente pubblicazione, in questi anni ricerca e letteratura scientifica molto hanno detto su come strutturare i Servizi Sanitari a misura d'uomo. Sempre più siamo sensibilizzati riguardo: rispettare la cultura dell'altro; promuovere l'*health literacy*; difendere la privacy; richiedere il consenso informato; migliorare la comunicazione medico – paziente; potenziare interventi sulla modifica dei comportamenti; sviluppare la competenza culturale nelle Strutture Sanitarie; misurare processi e risultati e valutarne la qualità; far adottare buone prassi, basate sull'evidenza scientifica, ed altro ancora.

Nel frattempo, sia nei Paesi del Sud Globale che in quelli industrializzati, le patologie che più incidono sul *Global Burden of Disease* continuano ad essere quelle correlate al comportamento umano (e pertanto potenzialmente prevenibili); ad ammalarsi di più continua ad essere chi per motivi linguistici, socio-economici, culturali ecc. ha scarso accesso all'informazione sanitaria, non riesce

a difendere la propria privacy o a leggere il modulo del consenso informato, o possiede una cultura di base che non permette di accedere, comprendere ed adottare buone prassi. Tutto ciò considerato, la nostra sanità continua a proporre il modello “una malattia, una cura”, in cui è soprattutto il medico a possedere la chiave magica per risolvere il problema.

Qualsiasi ambulatorio diretto a migranti (o a chi possiede una insufficiente *health literacy*), deve avere come preciso scopo quello di offrire prevenzione e cura attraverso l'*empowerment* del paziente. Non può prescindere da un'*equipe* multidisciplinare (medico, infermiere, mediatore culturale, antropologo, *counsellor* e altri specialisti di differenti discipline), in cui a ciascun componente è affidato un ruolo chiave nel percorso assistenziale. Di ciascuno, oltre che del paziente, dovranno essere misurati i risultati raggiunti: quanti soggetti hanno completato il percorso di prevenzione o di cura? Quanti utilizzatori del Servizio hanno adottato le buone prassi raccomandate? E così via.

Le scelte devono essere basate sull'evidenza scientifica: consultando le Linee Guida si scopre (e si riconferma) la necessità di interventi differenziati per arrivare al risultato finale: saper accogliere il paziente; indagare sui fattori di rischio; selezionare la buona prassi in base ai bisogni evidenziati; spiegare ciò che il medico ha raccomandato; prenotare l'intervento e programmare il *follow up*. Tutto questo, avendo di fronte un migrante. In quale lingua? Con quali parole? In quali spazi? La sala d'attesa comune e la sala per la visita medica?

Scorrendo le pagine di questa pubblicazione si ripropone la storia non conclusa dell'ambulatorio MiSa. Lo schema individuato nel capitolo 4 (paragrafo 4.6) descrive perfettamente gli spazi necessari e il percorso che il paziente dovrebbe svolgere all'interno dell'ambulatorio:

1. accoglienza e *triage* (infermiere);
2. analisi dei bisogni (mediatore culturale);
3. visita medica e prescrizione (medico);
4. chiarimenti su quanto prescritto, programmazione *follow up* e/o invio a Servizi di riferimento (mediatore culturale);
5. se presenti fattori di rischio, *counselling* comportamentale (*counsellor*).

Inoltre, a scadenze programmate:

6. sensibilizzazione, a piccoli gruppi, su temi correlati alla prevenzione primaria e secondaria (operatore sanitario e mediatore culturale).

Certamente la qualità dei risultati dipende in grande misura dalle persone che operano, ma un'opportuna progettazione e organizzazione degli spazi potrebbe davvero fare la differenza in termini di esito.

*Maria Luisa Soranzo*

primario emerito presso l'ospedale Amedeo di Savoia di Torino  
socio già ordinario dell'Accademia di Medicina di Torino  
socio fondatore di ASPIC Onlus  
(Associazione Studio Paziente Immuno Compromesso)  
e presidente sino al 2016, attualmente referente scientifico

## Capitolo 1

# Globalizzazioni e salute

### 1.1. Globalizzazione e salute pubblica

La globalizzazione è un processo di crescente interdipendenza di tipo economico, politico e sociale, correlato alla diffusione e allo scambio oltre i confini nazionali di denaro, beni commerciabili, popolazioni, concetti, immagini, idee e valori (Ruggie 1995). Tale fenomeno ha evidenti implicazioni sulla salute e la *governance* globale della salute pubblica (Chapman 2009).

Secondo una prospettiva di salute pubblica, la globalizzazione porta con sé molteplici implicazioni, non tutte positive (Chapman 2009). Se da un lato l'accelerata crescita economica, gli avanzamenti tecnologici e la modernizzazione hanno migliorato nel breve-medio termine lo stato di salute e l'attesa di vita di molte persone, grazie anche a programmi di sanità pubblica, dall'altro l'erosione di condizioni sociali e ambientali, la divisione globale della forza lavoro, l'esacerbazione del divario ricchi-poveri (Kaplinsky 2013; Martell 2017; Bardhan 2006; Baum 2001) e l'accelerazione dei consumi (risorse, energia, suolo, acqua) possono gravemente compromettere lo stato di salute di individui e comunità (Braveman 2010).

Gli studi sullo sviluppo suggeriscono alcuni indicatori per misurare se e quanto l'agire dell'uomo sia in linea con un approccio sostenibile, in grado cioè di dare un beneficio alle future generazioni (formazione, benessere, minori consumo di risorse e danno da inquinamento). Uno di questi corrisponde all'indice di vita del pianeta (*Living Planet Index*): è un indicatore dello stato della biodiversità globale e rappresenta il tentativo di quantificare gli effetti dell'attività umana sull'ecosistema naturale, descrivendo quindi lo stato di salute del pianeta. In base a *The Living Planet Report* (WWF 2018),

negli ultimi 50 anni la nostra impronta ecologica, ovvero la misura del consumo delle risorse naturali, è incrementata del 190%. Il rapporto sottolinea l'urgenza di un *Global Deal* per la natura e le persone, capace – attraverso un cambiamento nelle attività di produzione e consumo – di affrontare le sfide cruciali del futuro, come garantire l'alimentazione a una quota di popolazione sempre crescente, limitare il riscaldamento globale e ripristinare l'ecosistema naturale.

Un secondo indicatore offre la misura delle risorse disponibili, intese come *stock*, riserva di capitale naturale e umano, più che del flusso (*flow*) di denaro. In un'ottica di sviluppo sostenibile, è importante quanto riusciremo a “immagazzinare” in salute a tutti i livelli, minimizzando la perdita di materiali e di energia.

Ad eccezione di quanti vivono sotto la soglia di povertà, sono le risorse umane e sociali a determinare i livelli di mortalità; lo dimostra, per esempio, la sorprendente capacità da parte di alcuni Paesi a basso-medio reddito di ridurre la mortalità infantile. Nei Paesi a più alto reddito la salute dipende da fattori individuali, come capacità personali (grado di scolarizzazione) e da determinanti sociali, come cultura e abitudini legate al cibo o al bere.

Assumendo dunque che la salute risieda nell'aver a disposizione (*stock*) vari tipi di capitali, i Paesi a più alto reddito dovrebbero identificare un modello di sviluppo che, aumentando il capitale umano (salute) e sociale (risposta alle necessità della popolazione), protegga il capitale naturale (risorse naturali).

Alla luce di quanto detto, è facile comprendere come l'approccio ai fattori che influenzano lo stato di salute di una popolazione si sia progressivamente modificato. L'epidemiologia deve studiare gli elementi che incidono sulla salute della popolazione in termini sempre più “ecologici”, e sviluppare modelli di previsione e gestione del rischio che siano dinamici, interattivi e prendano in considerazione l'intero corso della vita.

L'ambito spazio-temporale di riferimento deve essere ampliato, qualora si identifichino rischi per la salute correlati a fattori umani in crescente espansione. Il concetto di “immediato” va dunque perdendosi, come anche il focalizzarsi sulle influenze sulla salute limitate all'individuo più che alla popolazione in generale. È importante considerare come lo scenario possa variare quando fattori sociali e ambientali acquisiscano maggior peso.