

SUPSI

Le competenze interculturali nell'Ente ospedaliero cantonale. Pratiche correnti e sviluppi possibili



Responsabile del mandato:

Laura Bertini, PhD, docente e ricercatrice, SUPSI DEASS.

Equipe di ricerca

Laura Bertini, PhD, antropologa, docente e ricercatrice, SUPSI DEASS.

Enrica Massardi, Infermiera, MAS in competenze interculturali, responsabile mobilità e relazioni internazionali area sanitaria, docente e ricercatrice presso SUPSI DEASS.

Paola Solcà, lic. sociologia e antropologia, responsabile Centro di documentazione e ricerca sulle migrazioni (CDRM) e docente e ricercatrice presso SUPSI DEASS.

Contatto:

laura.bertini@supsi.ch

www.deass.supsi.ch

Indice

1. Sintesi	4
1.1. Obiettivo	4
1.2. Interrogativi di ricerca	4
1.3. Metodo e fasi del progetto	5
1.4. Presentazione del documento e dei risultati principali	5
2. Introduzione e contesto della ricerca	8
2.1. L'Ufficio federale della sanità pubblica e il Programma nazionale migrazione e salute	10
2.2. Dal Migrant Friendly Hospitals al Swiss Hospitals for Equity	10
2.3. L'attuale presa in carico dei pazienti migranti nelle strutture dell'EOC	11
3. Analisi dei dati	14
3.1. Analisi dei bisogni e delle problematiche	14
3.1.1. Gestione della barriera linguistica e/o culturale	14
3.1.2. Problematiche cliniche	16
3.1.3. Bisogni dei pazienti	20
3.2. Identificazione delle risorse e delle competenze già presenti o da sviluppare	22
3.2.1. Risorse	24
3.2.2. Questioni cliniche	36
3.3. Analisi di contesto	39
3.3.1. La situazione cantonale: dei pazienti "scomodi"	40
3.3.2. La rete	40
3.3.3. Realtà ospedaliera	44
4. Azioni possibili nei sei diversi ambiti	46
4.1. Competenze interculturali e comunicazione	46
4.1.1. CAS in Competenze cliniche interculturali	46
4.1.2. Formazione di personale interno	47
4.1.3. Infermiere come figura di riferimento	47
4.1.4. Migliore comunicazione sull'itinerario terapeutico del paziente	47
4.1.5. Valorizzazione e sviluppo della figura del mediatore interculturale	48
4.2. Gestione della diversità	49
4.3. Empowerment dei pazienti	49
4.3.1. La mediazione interculturale come necessità clinica	50
4.4. Integrazione	50
4.4.1. La mediazione interculturale come prestazione della Lamal	51
4.5. Ricerca	51
4.5.1. Analisi degli itinerari terapeutici dei pazienti migranti	51
4.5.2. Confronto con le altre realtà svizzere per valutare soluzioni a lungo termine	51
4.5.3. Studio di fattibilità di un ambulatorio cantonale e polo di competenza	51

4.5.4. Valutare il potenziale delle nuove tecnologie informatiche nell'ambito migrazione e salute	52
5. Conclusioni e prossimi passi	52
Bibliografia	53

1. Sintesi

Le competenze interculturali necessarie a fornire delle cure di qualità sono un tema sempre attuale e rappresentano il focus della rete nazionale Swiss Hospitals for Equity. La missione, mandata dalla Confederazione, è la seguente: “promuovere un’assistenza sanitaria di alta qualità per tutti i pazienti a prescindere dalla loro origine, nazionalità, lingua, religione, situazione socio-economica e competenza sanitaria .”

L’Ente Ospedaliero Cantonale intende aderire alla suddetta rete per rispondere in modo adeguato ai bisogni della popolazione facendo capo a un’analisi della situazione attuale elaborata dalla Supsi, Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale (Deass), nello specifico dall’area di ricerca sanità e dal Centro di documentazione e ricerca sulle migrazioni (CDRM) con il supporto del servizio qualità dell’Ospedale Regionale di Mendrisio (OBV).

1.1. Obiettivo

Il presente progetto, coordinato dalla Supsi, intende fornire una panoramica delle pratiche legate all’assistenza interculturale in seno all’Ente ospedaliero cantonale (EOC) al fine di elaborare delle raccomandazioni per la valorizzazione e lo sviluppo delle competenze rilevate.

Dai dati messi a disposizione dall’EOC, relativi al numero di pazienti richiedenti l’asilo o ammessi provvisoriamente, la struttura più sollecitata, sia per i pazienti ambulatoriali sia per i degenti, è l’OBV di Mendrisio. Le situazioni quotidiane, le competenze sviluppate e le esperienze acquisite dagli operatori di questa struttura ospedaliera possono fornire informazioni preziose legate alle buone pratiche di assistenza interculturale. In un secondo momento sarà possibile condividere e confrontare tali pratiche con alcuni operatori in altri siti.

1.2. Interrogativi di ricerca

Le domande di ricerca che si intendono approfondire sono:

- come si caratterizza la situazione in Ticino in seno all’EOC, ossia che tipo di sensibilità e di consapevolezza della necessità di strumenti professionali adeguati e specifici nell’ambito delle cure interculturali possiamo rilevare?
- che tipo di problemi riscontrano gli operatori dell’OBV e come vengono risolte le problematiche inerenti la presa in carico di pazienti di origine etnico-nazionale altra?
- quali sono le principali risorse disponibili agli operatori? quali quelle auspiccate?

1.3. Metodo e fasi del progetto

Per riuscire a fornire una panoramica, per quanto parziale, della situazione in seno all'EOC, nello specifico rendere conto della pluralità di situazioni e di pratiche messe in atto, sono stati fatti incontri puntuali (interviste esplorative) con gli operatori sociali delle varie strutture ospedaliere, con i responsabili della formazione all'EOC e alcune figure chiave sul territorio.

Si è optato inoltre per un approfondimento della situazione all'OBV incontrando gli operatori sanitari dei reparti che più sono confrontati con pazienti migranti (focus group).

FASE 0: Stato dell'arte – interviste esplorative con persone risorsa dell'EOC: i referenti dei servizi sociali dei singoli siti, i responsabili della formazione e servizio qualità, la responsabile del servizio infermieristico, alcuni membri del *Board*. Sono stati inoltre consultati il medico cantonale, il responsabile dell'Agenzia Derman e un professore esperto del settore attivo da anni nella realtà universitaria e ospedaliera del Canton Vaud. Questi incontri hanno permesso di raccogliere le documentazioni esistenti e le prime informazioni sul contesto ticinese e sulle pratiche interculturali adottate dalle singole strutture ospedaliere.

FASE 1: Sondaggio interno on-line con i collaboratori di tutto l'EOC che figurano sull'elenco di persone per traduzioni linguistiche. Il rilevamento ha fornito una panoramica sull'utilizzo di questa risorsa. Sono stati anche raccolti dati sulle cure a pazienti migranti.

FASE 2: Individuazione dei reparti OBV maggiormente toccati dalla presenza di pazienti migranti (area materno pediatrica, medicina interna, area critica, chirurgia) e presa di contatto con le persone chiave per la realizzazione dei focus group.

FASE 3: Attivazione di 4 focus group per rilevare le caratteristiche delle pratiche interculturali in determinati ambienti ed evidenziare le principali strategie, difficoltà e risorse delle diverse équipes.

FASE 4: Analisi dei dati raccolti.

FASE 5: Valorizzazione: elaborazione di una sintesi con raccomandazioni e piste di lavoro per un ulteriore approfondimento dell'indagine esplorativa.

1.4. Presentazione del documento e dei risultati principali

Questo rapporto rispecchia le indicazioni del documento ufficiale del *Swiss Hospitals for Equity* denominato "diagnostique hospitalier", che ha per obiettivo una presentazione dei dati raccolti dagli ospedali in un modello unico che possa rendere più semplice la condivisione in seno alla rete.

La prima parte fornisce un'analisi suddivisa in tre sezioni: bisogni e problematiche, competenze e risorse disponibili o da sviluppare e infine fattori di contesto. La seconda parte del documento formula invece delle raccomandazioni inerenti ai cinque assi proposti dall'Ufficio federale della sanità pubblica: competenze transculturali, comunicazione, gestione diversità, empowerment dei pazienti, integrazione e ricerca.

I principali risultati sono sintetizzati di seguito.

Bisogni e problematiche

Gestione delle barriere linguistiche e/o culturali:

- Tempo e organizzazione delle cure
- Identificazione della lingua del paziente
- Identità professionale e ruolo dell'interprete o traduttore
- Aspetti legati al genere

Problematiche cliniche:

- Rappresentazioni di salute e malattia
- Dati relativi al paziente e anamnesi
- Fiducia, aderenza terapeutica e consensi informati

Bisogni dei pazienti¹:

- La rete e l'organizzazione
- La degenza in ospedale

Competenze e risorse

Risorse

- Strumenti e procedure in uso
- Stato dell'arte degli interventi attivati
- Lista interna di "traduttori"
- Il servizio di interpretariato telefonico
- Il servizio di mediazione interculturale Derman

Competenze cliniche

- Familiarità con determinate problematiche
- Comunicazione, informazioni e competenze interculturali
- Rappresentazioni
- Legame emotivo, identità, ruolo

Fattori di contesto

Il Ticino e il centro di registrazione

- Assegnazione cantonale dei pazienti richiedenti l'asilo
- Presa a carico e continuità delle cure

La rete e i suoi attori:

- Organizzazione della rete e impatto sulla realtà ospedaliera
- Informazioni socio-sanitarie e ripartizione costi
- *Ente Ospedaliero Cantonale*
- Sensibilità istituzionale e implicazione del personale

Raccomandazioni e azioni possibili nei diversi ambiti

Competenze interculturali e comunicazione

- CAS in Competenze cliniche interculturali

¹ Questo punto è stato inserito come terzo perché più specifico al sito di Mendrisio in cui si sono svolti i focus group. Essendo l'ospedale in prossimità del centro di registrazione di Chiasso i bisogni qui riportati sono specifici a questo tipo di popolazione particolare. Le problematiche e i bisogni che toccano i pazienti migranti già installati sul territorio emergono da altri siti ma non sono stati oggetto di approfondimento in questa sede.

- Formazione del personale
- Migliore comunicazione sull'itinerario terapeutico del paziente
- Valorizzazione e sviluppo della figura del mediatore interculturale

Gestione della diversità

- Il corso: Le identità plurali oggi. Risorse e sfide
- Empowerment dei pazienti
- La mediazione interculturale come necessità clinica

Integrazione

- *La mediazione interculturale come prestazione della Lamal?*

Ricerca

- Analisi degli itinerari terapeutici dei pazienti migranti
- Confronto con le altre realtà svizzere per valutare soluzioni a lungo termine
- Studio di fattibilità di un poliambulatorio cantonale
- Valutare il potenziale delle nuove tecnologie informatiche nell'ambito di migrazione e salute

2. Introduzione e contesto della ricerca

La politica migratoria Svizzera della seconda metà del 20esimo secolo è stata caratterizzata da accordi bilaterali con paesi limitrofi per rispondere alla necessità di manodopera. Italia, Spagna, Portogallo, Francia e Germania sono stati i principali paesi di provenienza fintanto che la situazione geopolitica mondiale non ha favorito l'insorgere di nuove forme di migrazioni, come i movimenti di popolazione in fuga da conflitti o da disastri ecologici. Gli studi sulla migrazione concordano:

Da tempo la Svizzera convive con la diversità linguistica e culturale ma recentemente si è trovata ad affrontare, così come gli altri paesi industrializzati, dei profondi cambiamenti socioculturali che si traducono in una **pluralizzazione** dei modi e degli **stili di vita, delle lingue e dei sistemi di valori**. La migrazione è un elemento importante, **pur non essendo il solo**, di questo **processo che coinvolge tutte le sfere** della società, ponendo quest'ultima di fronte a sfide inedite (Bühlent, 2007).

Il Ticino è di fatto una regione multiethnica e multiculturale. A fianco dei lavoratori ospiti provenienti dai paesi limitrofi (in particolare Italia, Spagna e in seguito Portogallo e paesi dell'Ex-Jugoslavia), si osserva oggi la presenza di persone dall'Europa dell'Est e da altri continenti, seppure i quantitativi siano numericamente ridotti.

La salute di cui godono i migranti, che solitamente è giudicata più a rischio rispetto a quella degli autoctoni, è determinata perlopiù dallo stile di vita e dagli aspetti legati all'integrazione, ossia: miglior statuto sociale significa migliore salute e viceversa.

Le principali conclusioni dello studio *La santé des populations migrantes en Suisse: seconde analyse des données du GMM². Le rôle du niveau d'intégration, des discriminations subies, des comportements à risque et de l'isolation sociale* di Gabadinho e Wanner (2007) riportano infatti che:

- le niveau d'intégration, notamment au travers des problèmes de communication avec le personnel médical et les discriminations subies ont un impact sur la santé et induisent des différences dans la qualité de la prise en charge des patients migrants;
- l'état de santé auto-déclaré est un indicateur fiable du recours aux système de santé, et les variations culturelles dans l'évaluation personnelle de l'état de santé ne biaisent pas cet indicateur;
- certains comportements à risque (comportements alimentaires, absence d'activité physique, tabagisme, consommation abusive d'alcool) ont une incidence sur l'état de santé et les recours au système de soins, et des différences de prévalence de ces comportements sont susceptibles d'expliquer en partie les différences dans l'état de santé et le recours au système de santé observés entre groupes de migrants;
- la quantité et la qualité des relations sociales, notamment sous l'aspect du support social en tant que ressource disponible, sont des facteurs importants affectant l'état de santé; la migration est une source potentielle d'isolation sociale et constitue par ce biais un facteur de risque;
- les populations migrantes sont souvent concentrées dans des emplois à forte pénibilité, ce qui est susceptible d'avoir des répercussions sur l'état de santé, et, en conséquence, sur les recours aux services de santé.
(Gabadinho & Wanner, 2007)

² Monitoraggio della salute dei migranti e delle migranti effettuato dall'Ufficio federale della sanità pubblica.

Integrazione significa perciò migliore stato di salute e si riscontra come una corretta comunicazione e comprensione in ambito sanitario sia un fattore determinante. In Ticino è stata condotta un'indagine sul livello di efficacia della promozione della salute e della prevenzione verso la popolazione migrante. Nel rapporto in questione, l'autrice, Valeria Canova (2012, 14) scrive:

“La popolazione migrante presenta alcune differenze rispetto alla popolazione svizzera per quanto riguarda il ricorso alle prestazioni mediche. Lo studio GMM mostra che la popolazione migrante si reca più spesso dal medico; le donne tendono a ricorrere ai medici più sovente che gli uomini, e le persone anziane più dei giovani (OFSP 2007a).

I migranti però, ricorrono generalmente meno agli specialisti rispetto ai cittadini svizzeri, e consultano i medici generici più spesso a causa di un incidente o di una malattia, che per degli esami preventivi (Vranjes et. al. 2006; Calmonte et al. 2000, in OFSP 2007b). Questa tendenza è un dato conosciuto nella ricerca scientifica sulla migrazione; trova una parziale spiegazione nelle difficoltà di comprensione d'ordine linguistico e socio-culturale della popolazione migrante, ma anche nei trattamenti inadeguati che ne possono risultare (OFSP 2007a). Una ricerca condotta in Ticino, riguardante l'utilizzo dei servizi psichiatrici da parte della popolazione straniera adulta, rileva ad esempio che le prescrizioni farmacologiche sono nettamente più importanti per le persone straniere che per quelle svizzere (82% contro 53%), in particolare per le persone immigrate con una minore conoscenza dell'italiano (Testa-Mader et al. 2002).”

(Canova, 2012)

Le competenze interculturali sono oggi una sfida sia per ragioni etiche, ma pure per ragioni economiche di efficacia nella presa in carico di una popolazione, quella migrante, che rappresenta quasi un quarto della popolazione totale.

Le competenze culturali³ sono definite da Cross et al. (1989) e da Isaacs e Benjamin (1991) come: *a set of congruent behaviors, attitudes, and policies that come together in a system, agency, or among professionals and enables that system, agency, or those professionals to work effectively in cross-cultural situations*⁴ (Cross, Bazron, Dennis, & Isaacs, 1989; Isaacs & Benjamin, 1991)

Riferirsi alle competenze culturali è però problematico, laddove ci si trova confrontati con una frammentazione delle provenienze come è il caso oggi in Svizzera (Cattacin & Chimienti, 2006). Se per competenze interculturali intendiamo una lista di conoscenze specifiche rispetto alle diverse “culture di appartenenza” difficilmente queste competenze riusciranno ad essere sufficienti.

Chiarenza (2012: 69) a tale proposito comparando le strategie Europee in questa area scrive:

In certain European countries, strategies undertaken at both national and local levels have preferred to use alternatives to ‘cultural competence’. In Italy, Ireland, the Netherlands and Spain the term ‘intercultural health strategy’ is used; in the UK ‘equality and diversity strategy’; while ‘migrant-friendliness’ became the term chosen by a group of European hospitals² to describe the cultural and organisational change needed to respond adequately to the needs of an increasingly diverse population. However, when these strategies have

³ Si veda anche il rapporto inerente il progetto Migrant Friendly Hospitals in cui è presentata un'analisi accurata della situazione e sono dettagliate le competenze interculturali sotto diversi aspetti: Bischoff, Alexander (2003): *Caring for migrant and minority patients in European hospitals - A review of effective intervention*. Neuchatel and Basel.

⁴ The CECP, 2001, is part of the American Institutes for Research (AIR), and is funded under a cooperative agreement with the Office of Special Education Programs (OSEP), U.S. Department of Education (ED), with supplemental funding from the Center for Mental Health Services (CMHS), U.S. Department of Health and Human Services (HHS).

to be translated into training programmes for staff" , although examples of alternative models are available, such as the 'transcultural competence' approach developed in Switzerland (Domenig, 2007), European health care organizations tend to rely on the American concept of 'cultural competence' (Krajic, 2005). (Chiarenza, 1998, p. 69)

Le competenze devono perciò essere basate innanzitutto su di una "sensibilità alla differenza" e intendiamo qui adottare l'approccio di Domenig (2007, p. 3)

Transcultural competence means the ability to notice and understand individual life-worlds in a specific situation and in various contexts, and to infer appropriate ways of action from this (Domenig, 2001b: 200, Domenig, 2001a). Every individual constructs their own, individual "Lebenswelt" or life-world (Schütz, 2003) based on personal attitudes and values, biographical experiences, external living conditions and socio-cultural backgrounds. Consequently, generalised ethno-specific "cultural recipes" offer hardly any help in bridging existing gulfs in real-life encounters with migrants. On the contrary, they tend to widen these, because of intruding prejudices that most often have hardly anything to do with migrants' real life-worlds.

2.1. L'Ufficio federale della sanità pubblica e il Programma nazionale migrazione e salute

L'Ufficio federale della sanità pubblica s'impegna con competenza a favore della salute pubblica e delle pari opportunità nel settore sanitario in Svizzera. Incoraggia uno stile di vita sano e vigila affinché il sistema sanitario sia efficiente e accessibile a tutti.

In nessun caso l'accesso alle cure sanitarie e la loro qualità devono dipendere da fattori come la lingua, la religione, il sesso, l'età o le condizioni sociali ed economiche. A tal fine, il Consiglio federale ha incaricato il Dipartimento federale dell'interno DFI e l'UFSP di prorogare il Programma nazionale migrazione e salute fino alla fine del 2017. Nel quadro del suo impegno in tal senso, la Confederazione sostiene dal 2008 la creazione della rete degli *Swiss Hospitals for Equity*, con l'obiettivo di realizzare centri di competenza in materia che offrano cure mediche adeguate, accessibili e di qualità a tutti i pazienti, compresi i migranti.

La rete degli «Swiss Hospitals for Equity» è frutto delle esperienze acquisite nell'ambito del progetto europeo «Migrant-Friendly Hospitals» (MHF), finanziato dalla Commissione europea dal 2002 al 2004 e realizzato da dodici istituzioni ospedaliere in dodici diversi Paesi dell'Unione europea.

Nel quadro di un omonimo progetto (MFH), l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) aveva inizialmente finanziato l'attuazione di misure mirate all'interno degli ospedali dal 2005 al 2006, come parte integrante della strategia nazionale Migrazione e salute lanciata nel 2002. I risultati e le raccomandazioni derivanti da questa fase del progetto in Svizzera sono stati pubblicati in un manuale attinente al tema. In una seconda fase, l'UFSP ha selezionato cinque ospedali e gruppi ospedalieri per trasformarli in centri di eccellenza in grado di rispondere alle esigenze specifiche delle popolazioni migranti in Svizzera. Sono stati selezionati in base alle loro richieste di finanziamento, con la condizione che partecipassero al finanziamento dei programmi.

2.2. Dal Migrant Friendly Hospitals al Swiss Hospitals for Equity

Con il progetto «Migrant Friendly Hospitals» l'Ufficio federale della sanità pubblica promuove dal 2010 l'istituzione di centri di competenza che tengano conto delle esigenze dei migranti. Questi centri, che si chiameranno d'ora in poi «Swiss Hospitals for Equity», presentano su un sito web comune i loro programmi e le loro misure.

Offrire a tutti i pazienti pari accesso e cure di qualità, indipendentemente dalla loro origine, lingua, situazione socio-economica e competenza sanitaria: è questo l'obiettivo dell'UFSP e della rete «Swiss Hospitals for Equity», che si presenta al pubblico sul nuovo sito web: www.hospitals4equity.ch

I seguenti ospedali e gruppi ospedalieri fanno parte della rete «Swiss Hospitals for Equity» e fino al 2017 saranno sostenuti dall'UFSP nelle misure finalizzate alla promozione delle pari opportunità per la popolazione migrante: ospedali universitari di Basilea, Ginevra e Losanna, ospedali pediatrici di Zurigo, Basilea e San Gallo, ospedali di Soletta e ospedale cantonale di Aarau. Speriamo nella collaborazione di altri ospedali affinché la rete possa crescere ed essere il più efficace possibile.

Nel 2014, gli ospedali membri della rete hanno deciso di ribattezzare quest'ultima in «Swiss Hospitals for Equity», nell'intento di sottolineare l'importanza di fornire e garantire cure sanitarie di qualità a tutti i pazienti, non solo ai migranti.

Lo sviluppo della rete Swiss Hospitals for Equity rappresenta un passo importante verso l'eliminazione delle disparità di opportunità nell'assistenza sanitaria svizzera e contribuisce in modo determinante affinché le autorità sanitarie e gli operatori del settore sanitario prendano atto della loro responsabilità di garantire cure sanitarie di qualità a tutti i pazienti, indistintamente.

Con quattro lingue nazionali e il 23 per cento di stranieri, la Svizzera si contraddistingue da tempo per la sua varietà socioculturale e linguistica. Le istituzioni sanitarie svizzere si trovano confrontate con popolazioni di pazienti sempre più eterogenee e con una manodopera diversificata. Allo scopo di garantire le stesse condizioni di accesso all'assistenza sanitaria, l'UFSP ha promosso lo sviluppo di centri di eccellenza in grado di identificare e soddisfare le esigenze delle diverse popolazioni di pazienti.

Nel settembre 2013, in occasione della prima conferenza nazionale di «Swiss Migrant Friendly Hospitals», i membri della rete, mediante appello ad agire, hanno esortato nuovi partner a fornire il loro contributo al raggiungimento delle pari opportunità nel settore sanitario. Le istituzioni sanitarie sono state invitate a riflettere sulle misure da intraprendere per garantire l'accesso all'assistenza sanitaria a tutti i pazienti, per provvedere a una comunicazione efficace superando le barriere linguistiche, per rafforzare la competenza interculturale degli operatori sanitari e per promuovere la ricerca sui temi legati alla diversità.

2.3. L'attuale presa in carico dei pazienti migranti nelle strutture dell'EOC

Nel Canton Ticino la composizione della popolazione straniera residente ha subito delle variazioni importanti negli ultimi quarant'anni. Se in passato i lavoratori e le lavoratrici con cittadinanza estera erano soprattutto italiani e italiane, oggi la società è di fatto multiculturale e multi-etnica. A fianco dei lavoratori ospiti provenienti dai paesi limitrofi (in particolare Italia, Spagna e in seguito Portogallo e paesi dell'Ex-Jugoslavia), si osserva oggi la presenza di persone dall'Europa dell'Est e da altri continenti, seppure i quantitativi siano numericamente ridotti. Nel 2014, il 27.6% della popolazione residente permanente possedeva la cittadinanza estera. A tale composizione vanno aggiunti i dimoranti temporanei (1'547), i richiedenti l'asilo assegnati al Cantone (967 permessi N) e gli ammessi provvisori (854 permessi F) pure residenti in Ticino⁵. Occorre inoltre considerare i richiedenti l'asilo che soggiornano provvisoriamente nei Centri di registrazione di Chiasso e di Losone.

Tabella 1: Pazienti richiedenti l'asilo Centri di registrazione o assegnati al Cantone per ospedali, 2014

⁵ Cfr. statistiche "Popolazione residente permanente secondo lo statuto al 31 dicembre 2014", Ufficio cantonale di statistica, <http://www3.ti.ch/DFE/DR/USTAT/index.php?fuseaction=temi.sottotema&p1=33&p2=61&p3=68&prold=67>.

ospedali	2014			
	pazienti ambulatoriali	pazienti degenti	totale	in % colonna
OBV	692	37	729	69.9
OCL-ITA	16	3	19	1.8
OSG-FAI-ACQ	193	10	203	19.5
ODL	87	3	90	8.6
non indicato	2	0	2	0.2
Totale EOC	988	53	1'043	100.0

Fonte: Statistica fornita dal Servizio qualità EOC

Il numero di pazienti ambulatoriali, con lo statuto di richiedenti l'asilo è elevato soprattutto all'OBV proprio perché provengono direttamente dal Centro di registrazione di Chiasso. Quasi il 70% di questi pazienti fa capo alla struttura ospedaliera di Mendrisio.

Tabella 2: Pazienti richiedenti l'asilo Centro di registrazione o assegnati al Cantone per ospedali, 2015

ospedali	2015			
	pazienti ambulatoriali	pazienti degenti	totale	in % colonna
OBV	1'279	63	1'342	77.6
OCL-ITA	24	4	28	1.6
OSG-FAI-ACQ	168	8	176	10.2
ODL	160	14	174	10.1
non indicato	9	0	9	0.5
Totale EOC	1'631	89	1'729	100.0

Fonte: Statistica fornita dal Servizio qualità EOC

In un anno il numero di pazienti ambulatoriali e degenti provenienti dall'asilo hanno avuto un aumento del 65.8%. Tale percentualmente è maggiore all'ODL (93.3%) data la presenza nella regione del nuovo Centro di Losone e all'OBV (84.1%) visti gli attuali flussi in arrivo a Chiasso. Nelle strutture ospedaliere del Luganese si registra pure un incremento del 47.4%.

La salute di cui godono i migranti, che solitamente è giudicata più a rischio rispetto a quella degli autoctoni, è determinata perlopiù dallo stile di vita e dagli aspetti legati all'integrazione. La presenza di una popolazione migrante sempre più eterogenea presenta dunque nuove sfide, sia per quanto attiene all'integrazione, alla salute, all'efficacia delle cure e della presa in carico all'interno delle strutture ospedaliere. Si evince come "la crescente multiculturalità della società richieda di integrare la gestione della diversità anche nel settore delle cure. Nei Pronto soccorsi (come nei reparti) arrivano il residente d'altra nazionalità, il turista o il richiedente l'asilo che non parlano una lingua conosciuta ai curanti, il paziente che per convinzione religiosa non accetta di essere curato da persona dell'altro sesso o non acconsente a taluni atti medico-sanitari (...). La multiculturalità dell'utenza richiede da parte dei professionisti della salute il rispetto di altri costumi e usanze, di convinzioni e pratiche religiose, di altri modi di vivere" (AA, 2015)

I vari siti dell'EOC, in particolare quelli da anni sollecitati dalla presenza di richiedenti l'asilo come l'OBV di Mendrisio per la vicinanza con il Centro di registrazione di Chiasso o le strutture più grandi come l'ORL sono stati pionieri nella presa in carico dei pazienti migranti attraverso un elenco di dipendenti (curanti e non, collaboratori interni) da attivare come "traduttori" fra paziente e curante e l'attivazione di mediatori e mediatrici

interculturali esterni legati all'Agenzia Derman⁶ o all'interpretariato telefonico AOZ. Con l'Agenzia Derman l'EOC ha sottoscritto una Convenzione che consente agli operatori delle diverse strutture ospedaliere di far capo a interpreti e mediatori adeguatamente formati.

I servizi sociali sono di regola designati come "centri di competenza" per quanto attiene ai pazienti migranti e al coordinamento delle attività di interpretariato. Per questo motivo, nelle interviste esplorative, si sono raccolte dapprima le loro testimonianze.

⁶ L'Agenzia Derman, di SOS-Ticino, interviene in caso di problemi di comunicazione e comprensione linguistica tra gli operatori dei servizi sociali, scolastici e medico-sanitari e la popolazione migrante che vive in Ticino. L'Agenzia mette a disposizione più di 40 interpreti provenienti da tutto il mondo per più di 40 differenti lingue.

3. Analisi dei dati

Il presente capitolo, come pure il successivo, segue la struttura del documento “diagnostique hospitalier” fornito dalla rete Swiss Hospitals for Equity.

3.1. Analisi dei bisogni e delle problematiche

Comprendere ed essere compresi è il problema principale con cui sono confrontati l'insieme dei professionisti che operano in ospedale.

I dati raccolti con le équipes di lavoro incontrate tramite i focus group e le persone intervistate nella prima fase della ricerca sono stati raggruppati in tre sezioni. Una prima, più generale riguarda la traduzione e l'interpretariato in ospedale. La seconda sezione va più nello specifico ed è dedicata alla presentazione delle problematiche cliniche rilevate. La terza verte sui bisogni dei pazienti dal punto di vista dei professionisti incontrati, questa parte può essere considerata più specifica alla sede di Mendrisio in cui sono stati organizzati i focus group.

Per quanto concerne la comprensione linguistico – culturale i fattori di difficoltà emersi riguardano: tempo, identificazione della lingua parlata, genere, identità professionale e ruolo dell'interprete/mediatore.

Le problematiche cliniche riscontrate sono legate a: rappresentazioni di salute e malattia, necessità specifiche dei curanti, anamnesi, aderenza terapeutica, consensi informati, organizzazione del lavoro.

I bisogni dei pazienti toccano aspetti quali le procedure e la rete come pure l'organizzazione del lavoro a livello ospedaliero.

3.1.1. Gestione delle barriere linguistiche e/o culturali

Tempo e organizzazione delle cure

Si rilevano i seguenti aspetti che incidono sull'organizzazione:

“Quando si riesce a programmare i controlli di gravidanza si pianificano prima. A volta è necessaria una mezza giornata, per questo motivo si cerca di far arrivare prima i “traduttori”. Un altro problema è quando ti dicono che parlano inglese ma poi ti rendi conto che non è così... E perdiamo un sacco di tempo... trovare qualcuno subito non è facile, a volte rimandi l'appuntamento. Il problema più complesso da gestire sono i casi d'urgenza”.

“È sempre difficile, quando arriva un paziente migrante in reparto capire la sua cultura e la sua storia, che possono incidere sulla situazione di malattia. Purtroppo queste informazioni non le abbiamo mai nelle prime 24 ore. Spesso succede che una volta esclusa l'urgenza e si possa far capo all'intervento dell'interprete e scoprire cose che potevano servirti prima”.

“Gli infermieri hanno più esperienza...come medico assistente posso dire che in pronto soccorso si ha poco tempo, non c'è un interprete e ci troviamo a gestire dei pazienti con problematiche complesse (intossicazioni, comportamenti aggressivi)”.

I pazienti migranti sono pazienti che “consumano tempo”, come ci riferisce anche un responsabile amministrativo. Questo aspetto come vedremo più avanti, influenza anche il tipo di presa in carico di altri attori della rete, i medici di famiglia per esempio nell'ambito della salute, che a sua volta influenza l'arrivo e la richiesta da parte dei pazienti presso l'ospedale. Comprendersi, con o senza traduttore, necessita molto più tempo di quanto richiede la stessa attività quando non vi è l'ostacolo della lingua. Nelle situazioni di urgenza non è possibile dotarsi di un traduttore, la notte e il week end sono anch'essi momenti difficili per reperire le risorse necessarie a comprendersi.

Identificazione della lingua del paziente

Le diverse procedure che permettono di dotarsi di una risorsa di comprensione linguistica, si scontrano in primo luogo con l'ostacolo dell'identificazione dell'idioma, trattandosi spesso di dialetti.

“Il problema è che non si tratta soltanto di lingue straniere come ad esempio il turco, ci sono tanti dialetti. Abbiamo al nostro interno una persona che parla arabo ma a volte non si riesce a capire quale sia la lingua parlata, noi non sappiamo che lingua parlano. Per le minoranze è davvero impensabile avere un mediatore. L'ostacolo linguistico è tuttavia più facile da superare rispetto alle differenze culturali”.

Anche per il segretariato la problematica linguistica è presente: *“Ti dicono che parlano tigrino o che il signore parla bene il francese, poi non è così, per un paio di giorni non si hanno informazioni, magari la persona arriva da Zurigo poiché era lì in vacanza... nessuno ha informazioni e si tenta di capire in quale lingua si esprime. Non sai mai... possono esserci lingue non facili da identificare e questo vale anche per il Centro di registrazione di Chiasso. Lì possono passare tre o quattro giorni prima di poter capire esattamente di che lingua o dialetto si tratti. Non ci sono molti mediatori, ad esempio per il fula⁷ c'è una sola mediatrice che lavora al telefono per il Centro qualche ora la mattina. Ci possono essere persone migranti gentili, ed altri che ti rincorrono perché non capisci quello che ti dicono... Ci sono molti più flussi oggi, magari arrivano solo una persona dalla Svizzera tedesca ma in reparto non c'è nessuno in quel momento che parla tedesco o l'inglese”.*

Identità professionale e ruolo dell'interprete o traduttore

La maniera in cui le persone arrivano in ospedale e il tipo di bisogno, in particolare quando si tratta di un'urgenza, può determinare l'identità del traduttore o dell'interprete che si riuscirà a reperire. La consulente di pianificazione familiare, che si occupa quindi anche di interruzioni di gravidanza, evidenzia la difficoltà a ricevere pazienti accompagnate da amici o familiari. Il ruolo del traduttore o dell'interprete è una questione molto delicata, può infatti determinare la possibilità della paziente di esprimersi liberamente e in modo esaustivo. Allo stesso modo per l'interprete o il traduttore può non essere facile tradurre alcuni elementi o porre determinate domande. Tradurre significa mediare e l'identità del mediatore è vincolante.

La consulente, che da anni lavora in questo ambito sottolinea: *“ci rivolgiamo dapprima al personale interno e in seguito all'Agenzia Derman. La casistica è cambiata tantissimo, in passato eravamo confrontati a prostitute in situazione di clandestinità, abbiamo usufruito più volte dell'intervento di traduttori. Adesso le donne migranti - ma ho la sensazione meno le donne del Centro di registrazione di Chiasso - vengono direttamente al Pronto soccorso e sono accompagnate da amici o familiari e questo rende il tutto più difficile. E' pure difficile trovare traduttore esterni per alcune lingue come ad esempio per il tigrino e il tutto si complica se il traduttore è uomo. Non abbiamo molto riscontro per valutare la qualità della traduzione. A livello di documentazione, abbiamo il materiale prodotto dalla Società di salute sessuale svizzera in diverse lingue”.*

Il ricorso ai collaboratori interni all'EOC, pur trattandosi di persone che si mettono volentieri a disposizione per le attività di traduzione, può causare difficoltà soprattutto se non fanno parte del personale medico-sanitario: *“per i “traduttori” del mio servizio (alberghiero) può essere difficile fare certe domande perché non sono medici e non sono infermieri... può essere imbarazzante già solo il fatto di chiedere a qualcuno cose che riguardano la sfera personale e intima... e in più conoscendo gli aspetti culturali che stanno dietro... ogni tanto vedo i miei collaboratori arrivare proprio al limite!”.*

⁷ Lingua parlata, nelle sue varie declinazioni di dialetti in diversi paesi dell'Africa occidentale e centrale come ad esempio in Benin, Camerun, Ciad, Guinea, Mali, Niger, Nigeria e Senegal.

Aspetti legati al genere

È un aspetto fondamentale secondo i nostri intervistati. Come per quanto riguarda più in generale l'identità dell'interprete e la fiducia che può instaurarsi o venire a mancare, l'identità di genere influenza la possibilità di comprendersi ed essere compresi. I rapporti di genere possono condurre a malintesi linguistici ma anche culturali in cui un atto terapeutico può essere vissuto come una violazione dell'intimità. A questi aspetti di negoziazione dello spazio intimo i curanti fanno particolarmente attenzione siano essi infermieri e medici uomini o donne. Un'infermiera racconta:

“La stessa cosa vale per noi donne quando andiamo ad aiutare... Ricordo la situazione di un ragazzo con la varicella al quale dovevo mettere la crema dappertutto, si è trovato davanti una persona con una tuta verde, tutta imbacuccata, che gli metteva la crema su tutto il corpo... ero imbarazzata anch'io all'inizio! Alla fine sono riuscita a spiegargli che poteva mettere la crema anche da solo. Inizialmente è stato difficile spiegargli che la crema era contro il prurito”.

Anche un medico assistente rileva: *“per me certe volte con un paziente che parla arabo, andare a visitare parti genitali e non poterlo spiegare è difficile.... Io è già anche con il paziente europeo ... non è evidente se devo fare un'esplorazione rettale”.*

Questo aspetto delle differenze di genere e della nudità è messo in evidenza pure nel focus 3: *“Nei paesi di provenienza delle donne che parlano la lingua araba non è come qui, si spoglia soltanto la zona necessaria e il resto del corpo è coperto. Per loro il nostro modo di procedere è sicuramente un'invasione. Bisogna considerare che alcune di loro sono state violentate nel percorso migratorio per arrivare qui! Possono vivere una sorta di invasione dello spazio se ad esempio entrano in camera uomini per cambiare le lenzuola. Questi aspetti non sono da sottovalutare!”.*

3.1.2. Problematiche cliniche

Rappresentazioni salute e malattia

Nell'area materno pediatrica le difficoltà riscontrate dai curanti riguardano l'approccio e la gestione della gravidanza che varia molto a seconda della provenienza socio-culturale. Gli aspetti culturali riguardanti nascita e morte sono molto importanti e il semplice fatto di andare in ospedale quando si è incinta, pratica assolutamente corrente in Ticino, non è cosa di lettura facile per pazienti provenienti da altri Paesi. Le conoscenze sulla gravidanza e il parto possono essere differenti, dati che sono essenziali per i curanti in Ticino non lo sono altrove e non sono perciò noti, e vice versa, alcune necessità delle donne che giungono in consultazione per la gravidanza possono essere ignorate dai professionisti locali. Quest'ultimo aspetto per essere valutato meriterebbe però di essere approfondito ulteriormente.

“Queste donne quando arrivano qui incinte non si aspettano una visita ginecologica, non si aspettano di dover fare un tampone e quindi questa è la difficoltà più grande. Nella relazione l'aspetto più difficile da comunicare è la nostra intenzione di fare degli esami proprio perché hanno una visione meno medicalizzata della vita. La necessità di inquadrare la gravidanza, la datazione in Ticino sono particolarmente importante per escludere determinate patologie. La difficoltà più grande è quella di far capire per quali ragioni si intraprendono questi esami. Le risposte: da noi si fa così, è giusto così non sono delle risposte! Perché è giusto così? Non lo so... qui è normale chiedere l'ecografia al test di gravidanza. Queste donne migranti spesso sono passate dai campi profughi e a volte riferiscono di controlli fatti in Turchia o in Italia. Sapere che un primo controllo sia avvenuto ci rassicura. Spesso sono capitate situazioni complicate, per fortuna le donne in questione parlavano inglese. L'anno scorso abbiamo avuto una paziente con una gravidanza gemellare da abuso, con l'hiv e tutta una serie di complicanze è uscita dalla nostra area e ha girato tutti i reparti poiché aveva la polmonite, l'encefalite...”

Oltre alle difficoltà di comunicazione c'è una visione diversa, c'è una difficoltà a far comprendere cosa stiamo facendo... “.

A questo proposito il medico, membro del Board, ci riferisce dell'importanza di un approccio interculturale:
“È una questione anche individuale. Poter accettare che vi siano persone che non pensano come te, che non hanno gli stessi parametri. Ti dico di prendere le pastiglie in un modo, e la persona non lo fa; non c'è la voglia e il tempo di comprendere il perché, se non la pensi come me non sei normale e questo alla fine pesa. Invece di cercare di capire ti scocci... È che queste persone non hanno un'educazione sanitaria. Poi ci sono determinate situazioni (vedi ecuadoregni) in cui si cerca di ragionare con gli stessi parametri che si utilizzano con altri pazienti ma questi parametri non sono gli stessi. Lo stesso gesto di dare in mano una ricetta con indicati i medicinali prescritti. Magari la persona in questione non sa nemmeno andare in farmacia, al di là della contingenza di poterli pagare. Queste persone non possono comportarsi come noi e ci vuole una sensibilità”.

Quando e come intervenire su una gravidanza? Questa questione è controversa. Può succedere che l'intervento dei curanti non sia compreso con delle conseguenze importanti.

“Una donna, non era richiedente l'asilo, era qui da qualche anno, che aveva avuto due gemelline non tanto tempo fa e voleva un parto naturale, l'aveva chiesto esplicitamente, cosa che qui non siamo tanto abituati a fare nemmeno quando non ci sono complicazioni, siamo piuttosto propensi ai parti cesarei in situazioni gemellari”.

In questa prima parte della storia che ci viene raccontata emerge già la questione della medicalizzazione del parto. In Ticino, come ci dice la curante, è pratica corrente evitare il parto naturale in caso di gravidanza gemellare. Anche nel nostro Paese è controversa la questione dell'intervento chirurgico per partorire. La pratica del taglio cesareo secondo la corrente critica della sociologia medica sarebbe troppo facilmente preferita al parto naturale nei paesi occidentali e questo dovrebbe essere valutato anche in funzione dei costi eccessivi che genera questo tipo di approccio. La curante continua il racconto di questo caso e di un successivo:

“Alla fine abbiamo fatto un cesareo, ore e ore di colloquio con il ginecologo, con i tecnici anestesisti, probabilmente la persona se fosse stata legata ai nostri usi, se era di qua, non avrebbe perseverato così tanto nella sua idea. C'era anche la questione del parto indotto prima del cesareo.

A volte queste donne arrivano conoscendo, se va bene, la data dell'ultima mestruazione. Questa signora se la ricordava e le misure concordavano con una gravidanza oltre termine e le misure concordavano il bambino era grande, aveva la testa grossa. Le abbiamo indotto il parto, lei ha firmato un consenso ma non so con quale consapevolezza ha firmato un documento in cui si spiega che con il nostro intervento la si porta verso il travaglio. Poi di fatto non è mai entrata in travaglio, il bambino non è sceso, abbiamo fatto il cesareo. Il pediatra ha spiegato della testa grande e lei diceva come il papà, escluse patologie particolari, aveva una circonferenza cranica sopra le norme, ha fatto anche una risonanza alla bimba, problemi perinatali, e lei diceva che la colpa era nostra poiché siamo intervenuti. Perché lei diceva che a casa avrebbe partorito al momento del travaglio.. questi sono i problemi che dicevo prima, problemi culturali”.

Non semplice dunque condividere le procedure in vigore e far accettare le scelte d'intervento medico su un parto che apparentemente non presenta delle problematiche dal punto di vista della paziente:

“Una donna richiedente l'asilo, con la famiglia nella Svizzera tedesca, aveva già avuto due cesari. Per noi è stato difficile spiegarle che con due cesari a quaranta settimane non poteva aspettare di andare a Chiasso ed essere inviata altrove, doveva fare un cesareo qui. Lei voleva andare là. Abbiamo passato una giornata con lei. Lei cosa parlava? Afgano. Parlavamo tedesco con la zia, avevamo un contatto con un ospedale ma si capiva solo con la zia, è stato un disastro, dovevamo spiegarle che non poteva andare in giro, non perché stesse male ma perché doveva fare il cesareo”.

Quest'ultima citazione mette in evidenza la questione dell'aderenza terapeutica che tratteremo più avanti.

Dati relativi al paziente e anamnesi

La datazione della gravidanza è una problematica evocata dai curanti:

“Sono spesso persone che provengono dal Centro (di registrazione di Chiasso). Quando arrivano a Chiasso nel giro di un paio di giorni arrivano qui, arrivano... probabilmente sono stremate dal viaggio... hanno mal di schiena se sono già in uno stadio avanzato di gravidanza in quei casi ce le portano anche in urgenza. Arrivano senza un dato, sanno di essere incinta ma non sanno di quanto, non sanno niente di più”.

C'è sensibilità anche però per la raccolta di dati sui pazienti che non riguardano solo parametri biomedici:

“Ricordo una studentessa aveva fatto un lavoro di approfondimento sugli alimenti che non si mangiano in gravidanza, sui rituali del lavarsi, del non lavarsi... Se penso - nella mia cultura – che un dato alimento fa male certamente non lo mangio!”

Sarebbe utile poter fare una anamnesi ostetrica su questi aspetti.

L'intimità del gesto di cura ma anche la fiducia e la possibilità di comunicare:

“Qualche passettino l'abbiamo fatto. Prima dovevamo guardare la lista interna dei collaboratori, loro non sono formati, adesso chiami il traduttore e magari ti arriva uomo e già la metà delle cose non le vieni a sapere. A volte anche chiedere una donna è impossibile”.

Fiducia, aderenza terapeutica e consensi informati

Poter instaurare una relazione di fiducia è un elemento essenziale per i curanti, l'alleanza terapeutica ne dipende ed è fondamentale per poter garantire l'efficacia delle cure.

Sono note le problematiche della presa di medicinali per curare la tbc che vengono assunti, una volta usciti dall'ospedale, solo in caso di forte febbre, favorendo lo sviluppo di resistenza da parte della malattia. L'alleanza terapeutica garantisce l'adesione alla terapia, ma è una delle problematiche maggiori nella cura, ancor di più se sussiste una barriera culturale e linguistica.

“Una volta, una delle esperienze più brutte, c'è stato un ragazzo ricoverato per un diabete di tipo uno, veniva l'interprete per fare l'istruzione per fare l'insulina. È stato qui a lungo, desiderava raggiungere la famiglia in Germania, si erano attivati tutti i servizi perché lui riuscisse a raggiungerla. Il mattino in cui arrivava la polizia per comunicargli che la sua richiesta era accettata lui era scappato. Dopo le nove non è più stato più trovato. Questa cosa ci ha dimostrato che non siamo stati capaci di costruire la sua fiducia. Il reparto è stato mortificato perché per una questione di due ore, dopo che si sono attivati così tanto per raggiungere quell'obiettivo... lui non ha capito o non ha creduto. Occorre considerare che persone picchiate, imprigionate, ecc. non si possano fidare!”

La comunicazione non verbale può essere un'ottima strategia per entrare in contatto con l'altro tuttavia è necessario un lavoro di comprensione reciproca dei significati soggiacenti a gesti, espressioni, sguardi.

“Per noi infermiere, la barriera linguistica è un grande problema, perché l'accoglienza è fondamentale, e nell'accoglienza è vero che la parte verbale è minima ma essenziale. Sicuramente si usa il non verbale, la gestualità, il contatto fisico, cerchiamo di capire se la persona gradisce o meno, perché non in tutte le culture è accettato. Cerchiamo di trasmettere sicurezza con i gesti e con lo sguardo. Ma anche lo sguardo non ha lo stesso significato ovunque, dobbiamo osservare avendo pochissimo tempo cercando di riflettere cosa l'altra persona gradisce”.

Un medico anestesista aggiunge:

“A volte la barriera è anche all’atto medico. La persona non sa discernere se quello che proponiamo gli è utile o meno. Ad esempio in piena notte, una donna con sofferenza fetale importante, barriera linguistica completa, barriera culturale importante, non voleva fare il cesareo e il bambino stava morendo. Quindi si è deciso di portare comunque la signora in sala operatoria chiamando il direttore sanitario in piena notte. Ho dovuto addormentare la signora perché fare una spinale era impossibile chiederle collaborazione: ‘pieghi le ginocchia, si metta seduta ecc.’ Abbiamo rischiato tutti quanti, perché la generale è più rischiosa nel cesareo che la spinale e la signora non era nemmeno in grado di capire cosa stavamo facendo. Abbiamo preso la decisione in tre: ginecologo, direttore sanitario ed io alle quattro del mattino. O facciamo o qui qualcuno muore! (...) Poi penso anche all’aspetto religioso, ad esempio il testimone di Geova, io li rispetto, non c’è problema se rifiutando determinate cure questo può portare alla morte, ma devono firmare. Ogni tanto cercano anche di convincermi. Però se il caso riguarda un minore, per esempio un bambino per tonsillectomia c’è rischio e questo mi mette a disagio. Fosse per me il bambino con le tonsille non lo opererei. Il problema è il minore. Se è adulto decide per sé.”

E poi ancora:

“Spesso nei russi invece troviamo un atteggiamento di supponenza, ... forse per statuto, ... per esempio se dico che dobbiamo sospendere la cardioaspirina, mi chiedono. “Perché?” Ma anche se glielo spieghi non basta per essere compresi. Allora a volte alla fine rinunci a farti capire...”

Oppure gli spieghi che l’anestesia sarà un po’ diversa da ciò che si aspettano, perché di solito sono grandi bevitori e grandi fumatori e questo influisce e loro pensano che tu stai scherzando. Ti sembrano saccenti o arroganti.

Sempre il medico ci racconta come procede:

“Si ripresenta il caso, si sottopone e si spiega il consenso firmato con i rischi, lo leggo più volte e si fa firmare, informando sul percorso di degenza in cure intense, la scelta dell’anestesia - locale o generale - insomma si spiega più volte e con la pazienza prima o poi si ottiene. Abbiamo qualche consenso in tedesco, inglese francese e italiano. Finché il paziente è europeo ci si riesce a gestire, se è extraeuropeo si prende più tempo. Alla fine abbiamo sempre ottenuto il consenso senza estorcerlo e consapevole.”

Alla domanda di approfondimento sui tempi evocati dal medico, ossia quanto tempo viene dedicato concretamente a questa attività, ci rendiamo conto che nel contesto dell’urgenza ci si riferisce comunque a momenti relativamente brevi:

“Venti minuti, la visita è venti minuti poi c’è un altro che aspetta.”

E un’infermiera anestesista sempre su questo tema aggiunge:

“Ci sono solo traduzioni dei nostri consensi verso il tedesco. L’ultima volta per esempio abbiamo fatto leggere tutto al traduttore. Il problema è che l’infermiera ha anche altri pazienti e quindi deve delegare a qualcuno non potendo stare al telefono, magari anche per un’ora e mezza... e per noi con i nostri ritmi è un problema.”

Infatti i consensi informati sono dei documenti creati ad hoc e non sono gli stessi da un sito all’altro:

“Questi consensi sono dell’Ente, sono dell’OBV e noi utilizziamo un codice. Un documento di consenso che abbiamo qui non è il medesimo in uso al Civico. Se fai una gastroscopia qui hai determinati iter in funzione del medico che opera qui. Magari cambia poco, ma non è lo stesso.”

La dietista aggiunge:

“Quelli che ho visto io in genere erano persone che sapevano leggere e scrivere”

E l’infermiera:

“Quelli che ho visto io no, però c’era l’interprete. Io so che negli orari canonici, se ci sono pazienti che parlano tedesco vanno dalla segretaria del medico visto che lei parla il tedesco. Chiaro può succedere di necessitare in urgenza anche della lingua tedesca, insomma, se non sai il tedesco, non è mica facile tradurre un consenso informato.

Non è semplice tradurre un consenso informato e soprattutto ci si può chiedere se una semplice traduzione possa essere sufficiente per affermare di aver trasmesso il senso di un intervento medico sul paziente.

3.1.3. Bisogni dei pazienti

Il personale dell'ospedale evidenzia tra le problematiche che ritiene importanti anche quelle che riguardano il benessere più generale dei pazienti migranti. Si tratta di bisogni che secondo loro hanno un'influenza sulle cure e dovrebbero quindi essere considerati non solo per il benessere dei pazienti, ma anche per assicurare la qualità del lavoro e il benessere dei curanti.

Gli aspetti che tratteremo in questo sottocapitolo come già accennato sono più specifici alla realtà dell'Ospedale Beata Vergine di Mendrisio, un sito confrontato con un utenza particolare vista la vicinanza dal Centro di registrazione di Chiasso.

La rete e l'organizzazione

La degenza in ospedale di richiedenti l'asilo del Centro di registrazione situato a Chiasso avviene spesso a pochi giorni dall'arrivo di queste persone sul suolo svizzero. Un'infermiera ci parla della quotidianità in reparto.

“Perché chiaramente quando il paziente capisce che può comunicare con noi, ha anche altre esigenze ... noi quello che viviamo in reparto è per esempio il bisogno di riuscire a mettere in contatto lui con la famiglia... ma non è possibile, perché dal Centro portano la tessera telefonica, ma quella funziona solo con il telefono pubblico che sta di sotto e il paziente è in isolamento. Non può scendere in cabina e il suo telefonino gli viene portato via appena arriva qui. Quindi quello che la dottoressa rispetto al fatto di potersi riposare qui in ospedale e stare in pace, bello, certo, ma ci sono anche dei disagi. Sicuramente le donne sono più contente di essere qui che di stare al Centro. Gli uomini sono un po' più agitati. Primo perché fumano e le sigarette non gli vengono portate, così alla fine le compriamo noi perché è un disagio se ogni cinque minuti il paziente suona per una sigaretta. Allora prendiamo i soldi e andiamo giù a prendere un pacchetto. Secondo, vi faccio un esempio: immaginiamo se io fossi stata in viaggio sei mesi, ho fatto un viaggio infernale, arrivo qui e non posso nemmeno dire alla mia mamma che sono arrivata?”

Quindi è vero quello che dice lei che stanno bene, però io sento il disagio di queste persone nel non poter dire “sono vivo” alle persone care”.

Un'assistente amministrativa aggiunge:

“Alle volte noi facciamo fare una chiamata dal centralino perché è l'unico modo che abbiamo trovato. Chiediamo il permesso al servizio qualità, lui ci manda una mail e procediamo”.

Infermiera:

“Però avere una tessera come quella che fornisce il Centro di registrazione, gli diamo un telefonino e possono stare al telefono due ore con dieci centesimi, questo sarebbe fattibile... noi l'abbiamo mandata dentro come idea di miglioramento ad agosto, siamo a febbraio ma non ci hanno ancora risposto”.

L'assistente amministrativa ricorda anche la problematica dei vestiti:

“I medici forse non sono toccati da questo tema, ma per gli infermieri e per noi, noi che siamo sul campo, questo è tempo di lavoro, perché continuano a chiamare, dobbiamo gestire disagio: agitazione loro e agitazione nostra che non possiamo fare niente. Anche i vestiti non gli vengono portati allora noi facciamo le collette e glieli portiamo da casa”.

L'infermiera aggiunge:

“Oggi la nostra capo reparto è andata a comprare un paio di scarpe. Per l'amor di Dio lo fai con il cuore però chiaramente...è disturbante per il paziente e per noi. Ho su un paziente che è su da tre settimane che chiede

al Centro di portargli i vestiti, è in giro con gli stessi vestiti da tre settimane. Oggi un collega gli ha portato un vestito e la caporeparto ha comprato delle scarpe. Da più di un anno a questa parte è così.”

Anche in ginecologia e ostetricia riscontriamo una sensibilità e una preoccupazione per il benessere più generale del paziente e le problematiche non solo organizzative, un medico assistente ci parla delle barriere culturali che influenzano la degenza in ospedale:

“Per esempio a volte, arrivano disidratati perché non mangiano da giorni... Allora fai una prima visita poi dopo un paio di giorni vedi che continuano a non mangiare. Ti puoi chiedere “cos’è che ti manca?”...è che se la persona è abituata a mangiare certe cose e ti servono spatzli con il burro... vi faccio un esempio. Ricordo una signora che ha avuto un parto gemellare e non riusciva a mangiare. Lei mi diceva che le veniva da vomitare, le servivano tutti piatti con le salsine...dopo qualche giorno siamo arrivati a darle riso scondito e alla fine le portava da mangiare la sorella da Biasca. In modo superficiale potresti dire “se hai fame mangia”, però secondo me non è facile.

Ma non si tratta solo del benessere e la qualità della degenza in ospedale, le problematiche possono riguardare anche la qualità delle cure. Sempre un medico assistente racconta:

“Spesso vengono al pronto soccorso per il depistaggio della tubercolosi. Loro fanno uno score al Centro di registrazione per vedere se c’è una probabilità di malattia tubercolare, se lo score è positivo fanno una lastra da un medico da loro e poi vengono qui in pronto soccorso. La lingua è fondamentale. La nostra capacità di depistare malattie come la tubercolosi ovviamente dipende dall’anamnesi e quindi spesso noi andiamo un po’ alla cieca: si fa un po’ con i gesti e con dei versi. Io mi immagino dall’altra parte cosa può significare per la persona che viene presa, portata qui, blindata in una camera con la mascherina, aggiungendo il fatto che non riusciamo a comunicare e non possiamo dirgli che per due settimane rimarrà in isolamento... Poi è vero che nei giorni successivi si riesce a trovare un interprete.

È difficile anche ricostruire la storia di queste persone, il viaggio, la loro origine... nascono così degli aspetti problematici: lo stato di nutrizione è ovviamente uno dei principali con il rischio delle sindromi da refeeding. Si vedono portare dei vassoi mai visti in vita loro... poi ci sono aspetti anche legati alla religione, considerare se mangiano o meno la carne, tante volte anch’io mi dimentico di chiedere, ma è un fattore da considerare per prendersi cura. Un altro elemento ancora è comprendere se vogliono informare qualcuno. Così capiamo anche meglio la storia o dove vogliono andare. Noi sappiamo da dove arrivano ma non sappiamo dove vanno. Questo per noi è un problema. Una volta che lasciano OBV e poi il Centro, chissà dove andranno.

La degenza in ospedale

L’incertezza dei curanti è legata non solo al comprendere il paziente ma anche all’essere compresi correttamente. Come ha sottolineato il medico assistente della medicina, ma anche la dietista, il non essere compresi ha delle implicazioni cliniche non indifferenti e genera disagio nei curanti.

L’infermiera della chirurgia sottolinea:

“Abbiamo qualcosa come documentazioni con immagini per esempio per alimentazione e refeeding... lì la tempestività è importante, bisogna poter sapere dell’ultimo pasto, da quanto non mangia... Allora lo mandi subito all’arrivo dalla dietista.

La dietista continua:

“Noi per quanto riguarda le persone migranti, io li vedo quando mi vengono segnalati per problemi legati alla malnutrizione o vengono dalla chirurgia per problemi gastro intestinali. Il linguaggio è il problema. Se parlano inglese posso spiegare cosa sono lì a fare, spiegare anche perché arriva il vassoio con certe quantità. Io però, anche quando mi rispondono, esco sempre con il dubbio che non sia tutto chiaro, o comunque con la convinzione, che poi spesso mi confermano, che appena girati i tacchi vanno a chiedere di nuovo a qualcun

altro.”

E continua dicendo:

Quando si va in reparto e succede come ultimamente che abbiamo pazienti con cui il linguaggio è un ostacolo insormontabile, utilizziamo dei libri dove ci sono illustrazione di cibo per capirsi. Quando c'è la possibilità di capirsi un po' cerchiamo di ribadire più volte. Per esempio se non mangiano il maiale: un conto è che noi sappiamo, un conto è che loro sappiano che noi abbiamo capito e che applichiamo questo criterio. A volte ti dicono che non mangiano carne, allora se io comprendo e dico “no io so che tu non mangi maiale”, allora cambia, è un'altra cosa, acquisti fiducia. Questo è utile se noi vogliamo essere efficaci e che loro mangino.

Io ho lavorato all'OSC, mi è stato utile quel periodo, e portavamo il cibo a Chiasso, si erano definiti dei menu standard con la responsabile e avevamo trovato le cose che potevano andare bene un po' per tutti. Il riso, la pasta, le patate. Le verdure cotte non le mangiavano, invece l'insalata sì allora c'erano tutte delle strategie. Popolazioni che poi ovviamente variavano. Ogni tanto poi succedeva un putiferio. Una volta era arrivata una popolazione rom ed era stato servito un risotto con i gamberetti (era una festività forse Pasqua), ed era successo un putiferio perché per loro era come se avessimo servito insetti”.

3.2. Identificazione delle risorse e delle competenze già presenti o da sviluppare

In questa sezione si analizzano le risorse già attualmente disponibili quali l'interpretariato e la mediazione interculturale fornita dall'Agenzia Derman, la lista dei collaboratori interni disponibili quali “traduttori”, il servizio di interpretariato telefonico AOZ e altri supporti come documenti tradotti o risorse informatiche.

Un secondo punto è invece dedicato alle questioni più prettamente cliniche, ossia le competenze diagnostiche, gli aspetti legati alla comunicazione, alle rappresentazioni e le competenze sociali e personali, o *soft skills*.

Per iniziare questo capitolo si riporta la testimonianza di una studentessa della Supsi che ha prodotto uno scritto sul tema dell'identità e alterità nella pratica professionale durante uno stage all'Ente.

“Una mattina, rientrando al lavoro dopo un giorno libero, come prima cosa mi sono assicurata chi fosse l'infermiera con cui avrei lavorato, poi mi sono presa del tempo per la consegna. Raccogliendo le informazioni riguardanti un giovane ragazzo, ricoverato per importanti problemi di cefalea e sospetta scabbia, leggo che, appena arrivato in Svizzera dall'Eritrea, non parla la nostra lingua e che la comunicazione risulta molto problematica. Nella notte in pronto soccorso il personale è riuscito a comunicare in tigrino (lingua madre del paziente) e a spiegare in grandi linee la situazione grazie all'aiuto di una dottoressa del Bellinzonese.

Inizialmente, discutendo con l'infermiera con cui lavoravo, abbiamo pensato di provare a interagire con lui in possibili lingue conosciute (francese, tedesco, inglese,...) prendendoci tutto il tempo necessario, anche attraverso gesti. Già dal primo incontro con il paziente ci accorgiamo però che purtroppo il ragazzo sembra non capire quello che gli viene detto in qualsiasi lingua parlassimo e, anche attraverso i gesti non riusciamo a far passare i messaggi che vorremmo, creando probabili incomprensioni e non potendo capire che cosa abbia realmente compreso. Comunicare con il paziente in questo caso è molto problematico e, non poterlo fare, influisce sull'assistenza che gli viene fornita. Un esempio banale è anche solo il capire se la persona ha dolore (anche se in parte visibile dalla mimica e da altri indicatori), se ha ancora le allucinazione come all'entrata oppure spiegargli che non può lasciare la camera poiché si trova in isolamento. Non riuscire a rassicurarlo crea un senso di impotenza.

Nell'arco della mattinata il giovane è stato sottoposto a differenti esami radiologici e di laboratorio ed ogni volta che bisognava eseguire un atto (per esempio un prelievo di sangue) si dimostrava spaventato, non capendo la situazione, nonostante gli sforzi nostri per cercare di spiegargli e rassicurarlo.

La mattinata in reparto è stata più movimentata rispetto alla normale routine e, pur volendo mettercela tutta per far sentire la persona meno spaventata e cercando altri mezzi per spiegargli le cose, il tempo a

disposizione non era molto.

Come se non bastasse, il telefono personale del paziente era completamente scarico. Questo non gli ha permesso di contattare possibili conoscenti che avrebbero potuto aiutarci. Essendo un modello poco utilizzato, all'interno del reparto non abbiamo trovato nessuno che avesse un caricatore adatto. Questo sicuramente non ha aiutato la situazione in cui si trovava il ragazzo, isolandolo ancora di più.

Siamo riusciti a capire dove lui alloggiava temporaneamente e ci siamo messi in contatto con il Centro che l'ha accolto all'arrivo e ci è stato riferito che purtroppo non potevano darci molte informazioni in quanto era arrivato da pochi giorni prima di essere ricoverato in ospedale. Anche per loro comunicare non era evidente.

Sarebbe stato importante per sapere come porci rispettando i suoi valori e le sue credenze capire che cosa volesse dire per il ragazzo il ricovero e tutto quello che comportava (vissuti, paure, aspettative).

Una delle tante domande che mi sono sorte è se il ragazzo avesse mai sentito parlare prima degli esami a cui è stato sottoposto. Per esempio immagino la sua confusione a momento della TAC sentendo il calore del mezzo di contrasto che si diffonde, oppure quando gli ho estratto il venflon per l'accesso venoso periferico e ho incrociato il suo sguardo interrogativo.

Occuparmi di una persona con delle barriere linguistiche importanti, come in questo caso, mi ha fatto capire quanto sia difficile far comprendere all'altro le intenzioni di quello che si intende fare senza poter l'utilizzo della parte verbale. Rassicurare e coinvolgere la persona nel processo delle cure, cercando di capire quello che sente e prova è difficile, ma necessario. Mi sento di poter dire che anche prima di questa esperienza ero a conoscenza dell'importanza della comunicazione e, che questa ne è stata una conferma molto palese ed evidente.

Il fatto di essere a contatto con persone provenienti da culture e religioni differenti ci obbliga ad ampliare le nostre conoscenze. Gestì quotidiani e spontanei per noi potrebbero urtare la sensibilità della persona prima che ce ne rendiamo conto. Penso per esempio al contatto fisico necessario per determinati atti di cura (medicazioni di lesioni, prelievi di sangue o aiuto nel lavarsi) quanto potrebbe essere fonte di imbarazzo o disagio per alcuni. La comunicazione in casi come questi gioca un ruolo fondamentale anche per far comprendere la necessità di determinati interventi anche invasivi in cui si oltrepassa la sfera intima propria della persona. La parola permette di facilitare la costruzione di un rapporto di fiducia, permettendo una vicinanza maggiore e quindi un'accettazione da parte dell'altro nel dover "subire" determinati aiuti o atti. Quando la comunicazione verbale è difficoltosa diviene ancor più difficile instaurare queste relazioni.

(Vera, studentessa Supsi, secondo anno in Cure infermieristiche)

3.2.1. Risorse

Il presente sottocapitolo focalizza l'attenzione sulla maniera in cui sono attivate le diverse risorse disponibili, fornendo una descrizione e un'analisi dell'utilizzo degli strumenti in uso.

Strumenti e procedure in uso

All'interno dell'Ente a seguito del programma Migrant Friendly Hospital sono state create delle procedure che consentono ai curanti di accedere alle diverse risorse di traduzione e mediazione linguistica e culturale disponibili. Nello spirito di questo programma si è arrivati infatti a fornire dei servizi diversificati e una maggiore efficacia nella presa in carico. Mendrisio ha fatto da tester per il MFH, dopo la Convenzione con Derman poiché il Servizio qualità di questa struttura ospedaliera ha avviato il sistema di procedure che sono state poi riprese ed estese agli altri siti.

La procedura consiste nel controllare la lista interna e verificare la disponibilità di un collaboratore dell'ospedale, se necessario contattare un interprete dell'Agenzia Derman attraverso l'inoltro della richiesta (tramite un formulario molto breve) al Servizio qualità nel caso di Mendrisio o ai Servizi sociali in tutti gli altri siti. Sono questi ultimi a prendersi carico di contattare l'Agenzia per reperire un interprete nella tempistica migliore. È l'EOC a pagare il contributo fornito dai mediatori esterni. La procedura comprende delle schede elaborate in collaborazione con il Servizio qualità per gli interventi pianificabili di giorno mentre fuori orario e d'urgenza la persona di riferimento dell'area o del reparto attiva il servizio telefonico AOZ oppure le persone che figurano sulla lista interna di lingue parlate.

La recente possibilità di utilizzare anche il servizio di consulenza telefonica nazionale di AOZ (24 ore su 24) con mediatori certificati consente di mettere in contatto "traduttori" con i curanti per l'insieme della Svizzera anche nei momenti in cui non è possibile raggiungere mediatori Derman e personale interno, ad esempio di notte o durante i fine settimana.

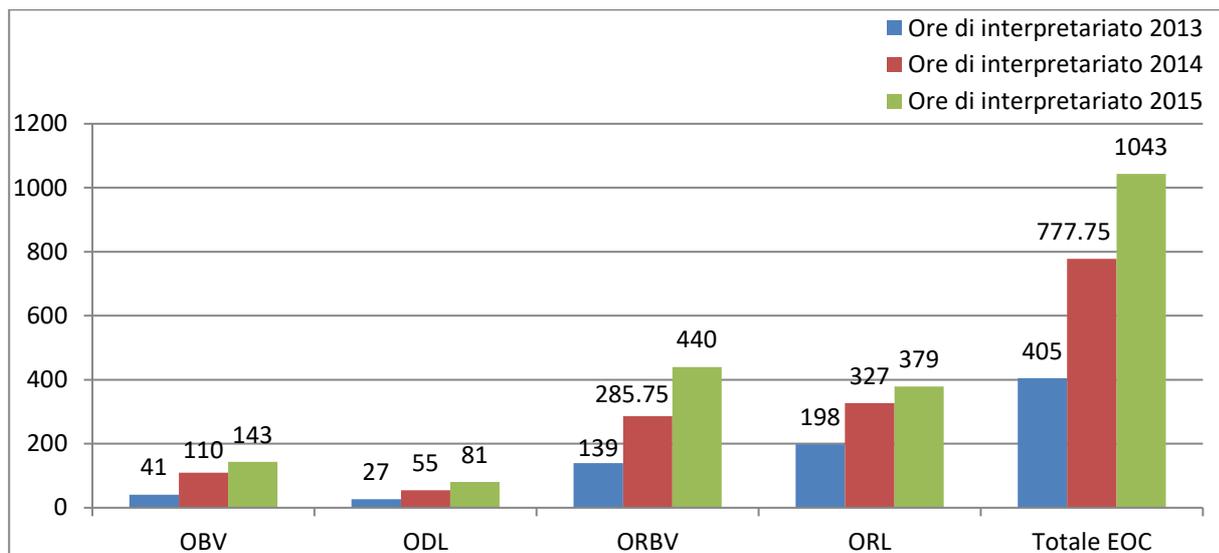
In determinate aree è stata prodotta ed è in uso una certa quantità di documentazione basata prevalentemente su disegni di oggetti. Questa documentazione sembrerebbe essere utilizzata per comunicare soprattutto sul tema del cibo grazie ad icone semplici.

Una quinta risorsa rilevata è il web. Nelle ore che separano l'arrivo dell'interprete ma anche dopo il suo passaggio, i curanti, specie quelli che passano più tempo al letto del paziente, necessitano di risorse linguistiche per lo meno basiche che talvolta vengono ricercate sul web. Tra questi i glossari, ma anche servizi di traduzione e pronuncia automatizzata di vocaboli.

Stato dell'arte degli interventi attivati

Per un quadro completo delle risorse messe in atto gli ultimi anni, si presentano i dati statistici disponibili, relativi al servizio di interpretariato Derman, al ricorso al personale interno e all'interpretariato telefonico AOZ.

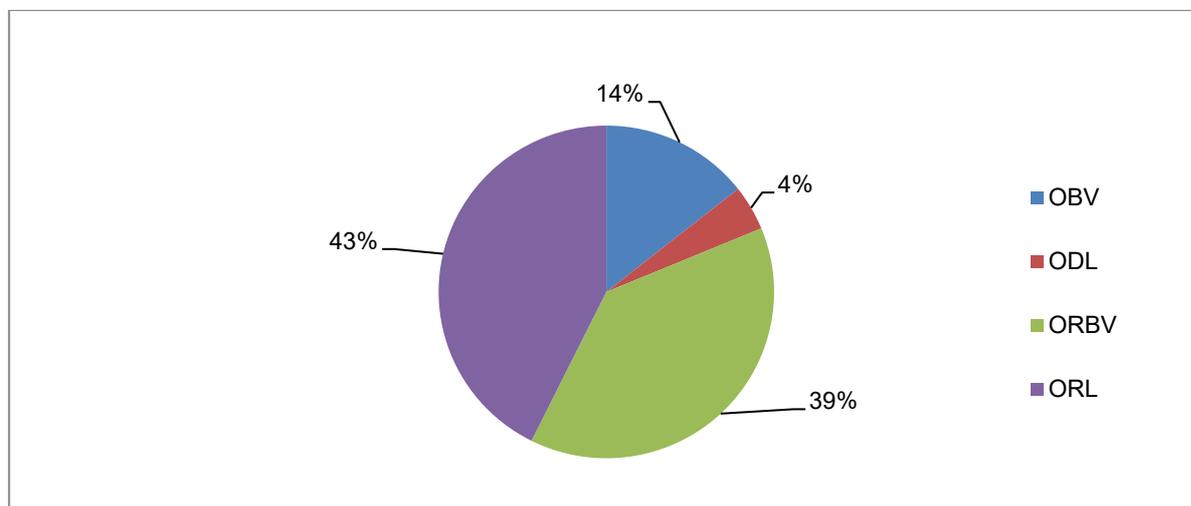
Grafico 1: Ore di interpretariato Agenzia Derman per strutture ospedaliere, 2013-2015



Fonte: statistiche Agenzia Derman

Il grafico mette in evidenza l'aumento negli ultimi due anni di ore di interpretariato, svolte dai mediatori e dalle mediatrici interculturali che fanno capo all'Agenzia Derman. Dal 2013 al 2015 in tutte le strutture ospedaliere del Cantone si registra un incremento delle ore di intervento, in modo particolare all'OBV, all'ORBV e all'ODL. Raddoppiate pure le ore, già importanti, realizzate nei siti dell'ORL.

Grafico 2: Numero interventi Derman per strutture ospedaliere (settembre 2014 – settembre 2015)



Fonte: statistiche Agenzia Derman

Le strutture ospedaliere che hanno maggiormente ricorso ad interventi diretti di mediatori e mediatrici interculturali dell'agenzia Derman - nei 12 mesi trascorsi da settembre 2014 e il settembre 2015 il totale degli interventi era di 821 - sono gli ospedali regionali di Lugano, Civico e Italiano con 350 interventi, pari al 43% e gli ospedali regionali del Bellinzonese e Valli con 317 (39%). Seguono l'Ospedale regionale di Mendrisio con 118 situazioni (14%) e l'Ospedale regionale di Locarno con 36 (4%). Al momento della convezione tra EOC e l'Agenzia Derman, da 6-7 anni si sono attivati velocemente gli ospedali del Luganese attraverso il servizio sociale cercando di utilizzare queste risorse al meglio in particolare nelle situazioni ambulatoriali in cui è

possibile pianificare gli appuntamenti. In seguito anche gli altri siti ospedalieri hanno fatto capo ai mediatori interculturali di Derman, certificati da Interpret. Il referente del servizio sociale dell'ORL stima che arrivino indicativamente due-tre richieste di interventi di mediatori interculturali Derman la settimana in particolare dagli ambulatori, da ginecologia e da pediatria. Il tigrino è la lingua attualmente più richiesta. Vi sono pure diversi pazienti dall'Afghanistan, e dalla Siria.

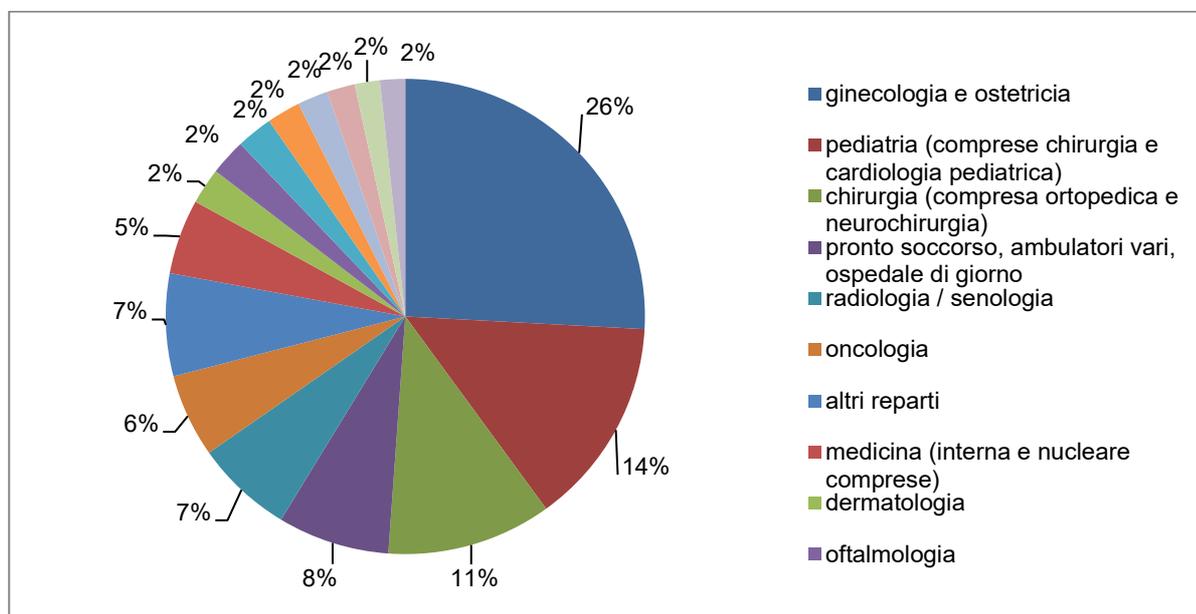
Tabella 3: Lingue interventi Derman (settembre 2014 – settembre 2015)

lingue	ORL	ORBV	OBV	ODL	totale	in %
tigrino	98	123	59	25	305	37.1
arabo	83	117	37	6	243	29.6
farsi	96	47	3	3	149	18.1
somalo	28	8	13	2	51	6.2
russo	23	5	0	0	28	3.4
turco	2	13	1	0	16	1.9
curdo	7	2	0	0	9	1.1
tamil	4	0	2	0	6	0.7
altra lingua	9	2	3	0	14	1.7
totale	350	317	118	36	821	100.0

Fonte: statistiche Agenzia Derman

Le lingue degli interventi riflettono la composizione dei flussi migratori legati all'asilo, in particolare persone provenienti dall'Eritrea, dall'Afghanistan e dalla Siria. Tale ricorso a mediatori interculturali di determinate aree di provenienza riflette l'attuale presenza di richiedenti l'asilo proveniente perlopiù da questi Paesi.

Grafico 3: Principali reparti EOC coinvolti interpretariato Derman (sett. 2014-sett. 2015)



Fonte: statistiche Agenzia Derman

I principali settori in cui sono stati realizzati interventi dell'Agenzia Derman sono: ginecologia e ostetricia (26%), pediatria (14%), chirurgia (11%) e pronto soccorso (compresi gli ambulatori e l'ospedale di giorno). Si segnala inoltre come le questioni relative ai controlli durante le gravidanze, alle malattie infettive (tubercolosi, difterite,

malaria, scabia), a situazioni di malnutrizione e/o di disidratazione sono aspetti su cui gli operatori sanitari intervengono sovente anche in ambito ambulatoriale con i nuovi arrivati nei Centri di registrazione.

A fianco dell'Agenzia Derman, in situazioni di difficoltà e di mancanza di operatori disponibili, si può far capo all'interpretariato telefonico nazionale di AOZ. Il costo di questo servizio è di Fr. 3 al minuto con scatti di 10 minuti.

Tabella 4: Numero di interventi interpretariato telefonico (2014 e 2015)

	2014			2015		
ospedali	interventi	durata	costi in Fr.	interventi	durata	costi in Fr.
OBV	2	11	64.80	44	17	2'238.90
ODL	--	--		6	15	262.20
ORBV	--	--		--	--	--
ORL	2	26	155.50	1	32	97.20
Totale EOC	4	37	220.30	51	64	2'598.30

Fonte: Statistica fornita dal Servizio qualità EOC

Tra il 2014 e il 2015 si osserva un incremento del ricorso al servizio di interpretariato telefonico in particolare all'OBV. Gli interventi sono comunque esigui se confrontati con i dati dell'Agenzia Derman. Questo servizio telefonico nazionale di AOZ, ancora poco utilizzato, viene attivato dal ricezionista o dal capoturno del Pronto soccorso.

Per completare la panoramica sulle pratiche interculturali all'interno dell'EOC, è stato realizzato tra dicembre 2015 e gennaio 2016 un sondaggio interno online, coinvolgendo 802 collaboratori che figurano sull'elenco di persone disponibili per traduzioni linguistiche. Sono stati completati 171 questionari; il tasso di risposta è dunque del 21.3%. Molti collaboratori presenti sulle liste interne lavorano nel settore alberghiero e non hanno accesso alle mail, di conseguenza questa categoria è sottorappresentata.

Tabella 5: Funzione delle persone che hanno risposto al sondaggio interno

funzione	n. persone	in %
alberghiero	5	2.9
altro	6	3.5
amministrativo	30	17.5
infermieristico	91	53.2
medico	26	15.2
tecnico - medico (laboratorio, radiologia, farmacia, fisioterapia, ergoterapia)	13	7.6
totale	171	100.0

Fonte: Sondaggio interno EOC

Le categorie professionali più rappresentate nel sondaggio si riferiscono al personale infermieristico, seguito degli amministrativi e dai medici. Tali suddivisioni riflettono l'intero campione delle persone interne a disposizione.

Tabella 6: Personale interno EOC che ha risposto al sondaggio per struttura ospedaliera

ospedali	campione	in %	n. questionari	in %
ACQ	21	2.6	8	4.7
FAI	26	3.2	2	1.2
OSG	205	25.6	44	25.7
OCL	201	25.1	47	27.5
ITA	47	5.9	11	6.4
CRN	32	4.0	10	5.8
ODL	182	22.7	29	17.0
OBV	88	11.0	20	11.7
totale	802	100.0	171	100.0

Fonte: Sondaggio interno EOC

Vi è una relazione tra il numero di risposte ai questionari e il numero di collaboratori nei diversi siti dell'EOC. Gli ospedali con un personale interno elevato sono nell'ordine l'Ospedale San Giovanni di Bellinzona, l'Ospedale Civico di Lugano e l'Ospedale di Locarno. Seguono l'Ospedale Beata Vergine di Mendrisio e gli Ospedali di Italiano, Clinica riabilitativa di Novaggio, Faido e Acquarossa.

Tabella 7: Negli ultimi due anni è stato chiamato per effettuare interventi quale interprete

risposta	n. persone	in %
no	97	56.7
sì	74	43.3
totale	171	100.0

Fonte: Sondaggio interno EOC

Il 43% dei rispondenti al sondaggio afferma di essere stato chiamato ad effettuare interventi quale interprete negli ultimi due anni. Anche in questo caso il ricorso al personale interno più elevato si registra nelle strutture ospedaliere con un numero più elevato di pazienti (Civico, San Giovanni, Locarno) sia in quelle più piccole come Novaggio o Faido.

Tabella 8: Interventi effettuati approssimativamente negli ultimi 2 anni

n. interventi	n. persone	in %
solo 1	12	16.2
2 - 3	38	51.4
4 - 10	14	18.9
più di 10	10	13.5
totale	74	100.0

Fonte: Sondaggio interno EOC

In genere non vi è soltanto un intervento da parte del personale interno. Il 51.4% risponde di essere stato sollecitato da 2 a 3 volte mentre il 32.4% più di 4 volte. Vi è quindi una propensione a ricorrere ai collaboratori in loco.

Tabella 9: Interventi effettuati approssimativamente negli ultimi 2 anni

lingue	ORL	ORBV	OBV	ODL	totale
albanese/croato /serbo/bosniaco/ macedone	18	7			31
spagnolo	5	4	2		12
portoghese	6	1	1		8
arabo	1	3			6
fiammingo / olandese		2			4
lettone / russo	2	1			4
turco		2			2
danese/svedese			1		1
filippino			1		1
tamil			1		1
finlandese					1
rumeno	1				1
greco	1				1
italiano dei segni		1			1
totale	34	21	6	3	74

Fonte: Sondaggio interno EOC

Sono soprattutto le lingue dei paesi dell'Ex-Jugoslavia ad essere più utilizzate dal personale interno nelle attività di traduzione / mediazione, seguite dalla lingua spagnola e da quella portoghese. Tale composizione riflette la presenza di collaboratori provenienti da queste aree geografiche. Alcuni collaboratori figurano come interpreti interni per più lingue, se da un lato il ricorso alle loro conoscenze può essere un vantaggio per la struttura ospedaliera, dall'altro occorre considerare l'importanza dell'attività di mediazione e la difficoltà a tradurre in un'altra lingua gli aspetti medico-tecnici.

Tabella 10: Principali aree / reparti di intervento

Aree di intervento	n. risposte	in %
ambulatori	25	21.6
area critica (Pronto soccorso, Medicina intensiva, Sala operatoria)	26	22.4
area materno pediatrica	14	12.1
chirurgia	22	19.0
medicina	29	25.0
totale	116	100.0

Fonte: Sondaggio interno EOC

Il personale interno, chiamato ad effettuare interventi quale interprete negli ultimi due anni è intervenuto in più settori. Delle 116 risposte ottenute, sono infatti stati indicati più aree d'intervento, si osserva distribuzione abbastanza omogenea tra gli interventi in medicina, ambulatori, pronto soccorso, medicina intensiva, sala operatoria e chirurgia. Minori invece gli interventi nell'area materno pediatrica, area in cui è frequente il ricorso ai mediatori Derman. Si può dunque supporre che gli interpreti interni siano complementari agli interventi dei mediatori e delle mediatrici interculturali esterni poiché coprono aree linguistiche diverse.

Tra i suggerimenti indicati dai collaboratori interni per migliorare gli interventi di interpretariato/mediazione con i pazienti stranieri figurano la difficoltà nel conciliare le richieste di intervento di traduzione (senza preavviso, in situazioni di urgenza) con il lavoro nel proprio reparto; la necessità di avere un tempo di preparazione e una documentazione con le situazioni più ricorrenti e le informazioni principali nelle diverse lingue; avere a disposizione un luogo tranquillo in cui il paziente possa esprimere anche eventuali situazioni di disagio; avere la possibilità di un aggiornamento linguistico; avere a disposizione un'agenzia o un'associazione esterna con mediatori interculturali qualificati e un picchetto poiché vi è una differenza tra dare un aiuto in caso di necessità e poter far capo a professionisti del settore.

Tabella 11: Partecipazione a formazioni o aggiornamenti sugli aspetti interculturali nelle cure

tipo di risposta	n. persone	in %
no	164	95.9
sì	7	4.1
totale	171	100.0

Fonte: Sondaggio interno EOC

Quasi la totalità del personale interno che ha risposto al sondaggio non ha mai seguito giornate formative o corsi sugli aspetti interculturali nelle cure. Soltanto in alcuni casi si fa riferimento ai temi dell'intercultura trattati nelle formazioni infermieristiche o in corsi di aggiornamento specifici.

Tabella 12: Conoscenza della formazione e-learning "Interazione e qualità nel settore sanitario"

risposta	n. persone	in%
no	159	93.0
sì	12	7.0
totale	171	100.0

Fonte: Sondaggio interno EOC

La formazione e-learning è conosciuta soltanto dal 7% del campione.

La scelta tra una risorsa e l'altra: l'arte di arrangiarsi

Al di là delle procedure definite all'interno dell'EOC, è interessante comprendere come viene privilegiata una risorsa rispetto ad un'altra, in quali occasioni tali risorse vengono attivate e quali gli auspici per il prossimo futuro.

La presenza stabile di collaboratori all'interno dell'EOC che si mettono a disposizione per le loro competenze linguistiche è positiva e complessa al tempo stesso. Un curante afferma:

"Qui abbiamo già diverse persone che parlano parecchie lingue. Poi ci sono i dialetti, ad esempio l'arabo varia se si tratta di persone provenienti dall'Egitto, dal Marocco o dalla Siria... Se io vedo la lista (di collaboratori interni) è molto lunga; l'attenzione è cambiata, quindici anni fa curavi e punto, non si riusciva a capire la persona, a volte veniva dimessa senza nemmeno sapere chi fosse..."

A volte non abbiamo nessuno e si procede per tentativi, dapprima con l'inglese. Spesso con i pazienti di origine araba magari si prova con il francese. Le persone sostengono di comprendere una lingua secondaria ma poi sulle questioni medico-infermieristiche non comprendono nulla. Anche per noi in italiano non è comprensibile".

Il collaboratore “traduttore” in alcune situazioni diventa la figura chiave: *“anche per ... quante volte sono arrivato e c'era una persona che si esprimeva in aramaico, in turco o curdo... con l'aiuto del paziente che tira fuori una parola poi l'altra ce la fai...”*.

Dalla citazione precedente si evince come l'arte di arrangiarsi faccia parte non solo di chi cura ma anche dei collaboratori che intervengono in urgenza per tradurre una lingua che a volte non è poi così familiare specialmente se bisogna comunicare questioni sanitarie. In situazione di difficoltà, è capitato anche di individuare soluzioni momentanee con un po' di creatività:

“Quello che ci ha aiutato tanto è il traduttore in internet. Ci è capitato più di una volta di scaricare un piccolo dizionario o le parole da google translator, adesso che abbiamo l'i-pad. A volte andiamo con il pc e facciamo pronunciare al computer la frase destinata al paziente. Ricordo un paziente che scriveva nel google translator poi girava il monitor e noi leggevamo. Quindici anni fa questo non esisteva. Può essere anche un miglioramento in pronto soccorso, se hai un'urgenza non prettamente vitale (in quel caso non è possibile) l'utilizzo della traduzione in google, tenendo sempre presente che non è sicura e precisa”.

È presente la consapevolezza che la traduzione attraverso strumenti web non sia verificabile, ma di fronte alla necessità di comprendersi vale il “meglio tentare che niente”.

“In un caso è funzionato molto bene poi è arrivato l'interprete e ha chiarito, però intanto quel buco, nelle prime 24-48 ore è stato coperto.

Una curante si esprime in merito al servizio di traduzione telefonica.

“Il servizio di traduzione telefonico si l'ho usato ma per quello che sono i casi in cui necessitavo solo di un informazione immediata, ma per quello che è informazione al paziente sul motivo dell'entrata, la diagnosi, il procedere terapeutico e diagnostico questo non era sufficiente. Mi sono direttamente accordata con l'interprete (mediatrice interculturale) per un incontro ma so che ciò ha un costo evidente e questo è limitante”.

Secondo i curanti il costo dell'interprete è limitante. A parere dei responsabili non dovrebbe essere così. Il mediatore, secondo un responsabile viene chiamato in base al paziente e alle necessità:

“Secondo il protocollo si guarda all'interno, sulla la lista delle persone disponibili poi se non c'è nessuno si chiama mediatore Derman”.

Vi sono comunque modi di procedere che possono variare a seconda della struttura ospedaliera e dal consolidamento di alcune buone pratiche, laddove vi è stato uno sviluppo si sottolinea l'utilità di un intervento di un mediatore sia per il paziente sia per il personale curante poiché non possono parlare la stessa lingua e non possiedono gli stessi codici culturali. Inizialmente è stato necessario sperimentare alcune situazioni per poi definire meglio il ruolo del mediatore, tempi e modalità del suo intervento. Un responsabile racconta:

“mi è successo di aver ricevuto una fattura che non era quella adeguata di quello che era stato l'interprete con il paziente e io dovevo mettere la firma sul foglio e lui aveva dichiarato che era stato cinque ore con il paziente. In realtà non è stato cinque ore con il paziente, era stato cinque ore in ospedale perché il paziente veniva operato e quindi lui aveva pagato le ore di presenza ma non di interpretariato. In seguito abbiamo 'corretto il tiro' la volta successiva l'abbiamo chiamato solo quando la paziente che doveva fare la tiroide è entrata e quando è uscita. Ma anche per noi non è stato evidente... adesso con l'esperienza è diverso, va meglio, chiamiamo il Servizio qualità”.

Nel caso specifico di Mendrisio, dove c'è la prossimità del Centro di registrazione di Chiasso, entrano in gioco altri attori della rete con le loro risorse, talvolta, grazie alla mutua conoscenza, si cercano altre risorse, in particolare quando non si riesce ad individuare la lingua parlata dal paziente oppure quando si tratta di una lingua per cui è difficile trovare interlocutori. Un'infermiera afferma:

“Avevo provato a trovare un interprete tramite il Centro asilanti ma non è stato possibile. Si trattava di una signora pakistana che parlava una lingua difficile da identificare. Capita anche con persone provenienti dall’Afghanistan. Non eravamo riusciti a trovare un interprete al Centro, tramite l’Agenzia Derman ne abbiamo trovato uno, ce n’è uno in tutto il Cantone”.

Vi è dunque un riferimento agli interpreti messi a disposizione dal Centro di registrazione di Chiasso poiché spesso i pazienti migranti con cui non si riesce a comunicare sono richiedenti l’asilo che soggiornano temporaneamente presso questa struttura. Alcuni curanti forniscono le seguenti testimonianze:

“A me è successo che i pazienti arrivassero già con l’interprete. Gli asilanti che abbiamo è difficile che siano pazienti che giravano per Mendrisio, a meno che non siano in stazione e succede una rissa. Anche lì è difficile capire perché...”.

“Mi è capitato che al Centro avessero già chiamato l’interprete e allora abbiamo dovuto essere tempestivi e chiedere di mandarci anche l’interprete perché erano le dieci di sera e non avremmo potuto fare altro. Ci siamo attivati noi come Pronto soccorso, non era un servizio ma un favore”.

La necessità dei curanti è di rispondere ai bisogni nel modo più rapido possibile e spesso la strategia rilevata è la ricerca di strumenti facilmente reperibili in internet ma con lo svantaggio di non poter verificarne l’efficacia. A questo si aggiunge la consapevolezza che nella cura c’è bisogno di mediazione interculturale e non di una semplice traduzione. In quella zona grigia, quando il contatto con il paziente non è mediato o tradotto da un professionista, i curanti si arrangiano a comunicare come possono, spesso cercando supporto dall’informatica. Un’infermiera della medicina e specialista clinica precisa:

“abbiamo come problema la comunicazione e la maggior parte di queste persone è in isolamento. È difficile far capire loro che non devono togliersi la mascherina. I problemi avuti erano con una persona aggressiva, in quel caso difficile abbiamo messo un addetto alla sicurezza. Ho pensato alla possibilità di attivare un mediatore, ma con il tigrino è sempre facile trovare un interprete. Sarebbe bello avere un dizionario compilato dai mediatori, un opuscolo per parlare con i pazienti”.

Altri partecipanti al focus group aggiungono:

“Il tigrino è una delle lingue più presenti. Ci piacerebbe poter avere un glossario, un opuscolo con due o tre frasi, ‘ciao come stai, come ti senti’, ecc.”. “Noi abbiamo provato a cercare parole in tigrino, entravamo dicevamo ‘buongiorno’ ma giustamente ci guardavano perplessi...”. “Sarebbe interessante disporre di un traduttore automatico fonico sarebbe economico e di rapida fruizione”.

Sembra quindi emergere l’esigenza di poter disporre, per le interazioni minime quotidiane, di un programma, di un’applicazione di traduzione simultaneo sugli iPad attualmente in dotazione, consapevoli del fatto che la mediazione interculturale sia indispensabile per una reale comunicazione e per questioni come i consensi informati.

Interessante notare come, in una relazione di confidenza, si possano anche imparare alcune parole dal paziente stesso: *“Quando sei in confidenza ti insegnano le parole!”.*

Anche rispetto alla tematica del cibo, dove sembrerebbe bastare il disegno degli alimenti in realtà i bisogni sono più ampi e spingono ogni tanto i professionisti a cercare risorse proprie:

“mi è capitato di tradurre delle diete in tigrino ma poi avevo paura di aver scritto delle sciocchezze utilizzando google translate. Ci vorrebbe un programma ad hoc, un progetto specifico più ampio. Se si mettono le parole va bene, sono le frasi che non funzionano. Quando la costruzione grammaticale non corrisponde non si capisce”.

Vi è pure un riferimento esplicito alla necessità di un vocabolario base per riuscire a trasmettere al paziente quali azioni si intendono compiere. Un'infermiera precisa:

Per alcuni interventi che svolgiamo quotidianamente sarebbe necessario un glossario. Anche solo per far capire 'adesso vengo e ti faccio una puntura'. Il fatto di andare da una paziente, sorriderle e non sapere se lei capisce perché le sorrido mentre la sto pungendo e le sto facendo male o perché le faccio un prelievo o le prendo la pressione! Ecco queste frasi...".

Il referente del servizio alberghiero racconta di aneddoti divertenti relativi all'alimentazione:

"Alcuni non mangiano certe cose, noi facciamo il pollo ma facciamo lo sminuzzato e loro non lo riconoscono allora dobbiamo negoziare, abbiamo delle icone per spiegare, ma se sono in reparto (e non vi è la possibilità di comprensione) allora torna tutto indietro, non lo toccano".

La lista interna di "traduttori"

Passiamo ora ad un'analisi sul funzionamento delle risorse disponibili iniziando dalla lista interna. La composizione della lista è avvenuta attraverso un rilevamento delle lingue parlate dai collaboratori dell'EOC, personale curante e non. Emerge la necessità di un'adeguata preparazione per svolgere il compito di traduzione poiché a fianco delle competenze linguistiche sono indispensabili le conoscenze medico-tecniche e le competenze sociali e interculturali.

"La sensazione è che, quando mi hanno chiesto, forse ho sbagliato, ma quando mi hanno chiesto che lingue parlo ho detto francese e però nel mio caso sono avvantaggiata dagli studi, ma immagino che chi ha detto arabo e non per forza conosce i termini medici, l'anatomia, oltre a chiedere queste persone in ospedale cosa parlano magari formarle perché oltre a tradurre e chiedere se vogliono farlo, perché immaginiamo che se devo parlare degli organi genitali di un uomo posso essere imbarazzata...".

La preparazione delle persone che intervengono in situazione di interpretariato linguistico nell'ambito della salute è particolare. In un focus group emergono considerazioni fondamentali rispetto alla qualità di una mediazione interculturale:

"È vero che ci sono gli interpreti, ma se non sono correttamente formati, cioè se non sanno cos'è un utero, come fanno a tradurlo?. Ci sono poi delle lingue dove certi termini non esistono. Mi sono occupata anche di formazione per mediatori, ma se uno non sa dov'è l'utero, è difficile. È diverso dire ho male a un braccio che è esterno!".

La reperibilità delle persone presenti sulla lista, la loro disponibilità, delle volte questi fattori fanno scegliere ai curanti di rinunciare a questa risorsa. In più la lista può riportare delle informazioni di difficile fruizione rispetto alla competenza linguistica:

"Arabo ma arabo non è arabo... un tunisino non comprende un egiziano, un arabo è quello che studiano un'ora a scuola alla settimana e a livello non serve molto. Occorre anche considerare il fatto che le persone sulla lista non per forza si trovano in quel momento in servizio o magari sono occupate nelle loro attività".

L'affidabilità della traduzione e la qualità dell'intervento sono argomenti emersi a più riprese:

"Un po' come quando chiami l'interprete dell'ospedale, tu parli un minuto e loro parlano un quarto d'ora e tu ti chiedi, ma se io ho parlato un minuto...cos'è che ho detto, stessa cosa la risposta, lei parla un quarto d'ora si gira e ti parla trenta secondi?".

Lavorare con i collaboratori interni che si mettono a disposizione per l'attività di traduzione necessita l'apprendimento di alcune regole e disposizioni del dialogo e di una professionalità:

"Bisogna anche ricordarsi di fermarsi a ogni frase, non è così facile. Se in più ho un discorso da fare, mi ricordo una signora che ha avuto un figlio e dovevamo spiegarle che non era in grado di occuparsene. Allora c'erano

tutti compreso il traduttore, si giravano (paziente e traduttore), dicevano una frase e noi guardavamo il traduttore cercando di fargli capire di addolcire un po' il tutto... lui diceva 'sì, sì ha capito. E non sai mai!'

"Mi ricordo un episodio dove non era possibile un intervento telefonico, abbiamo chiamato il traduttore interno. Sembrava prendesse anche l'iniziativa di esprimersi, non sapevi bene cosa stesse dicendo... chiedevamo 'puoi dirgli esattamente queste parole'... in questi casi ci vorrebbe l'interprete professionista!"

"Queste persone della lista, ho provato, ma poi sono in turno non sono in turno hanno tempo...e poi la capacità...è che torniamo al discorso che se uno ha mal di gamba è un conto, ma in gravidanza..."

È stata dichiarata esplicitamente la necessità di competenza specifica sia di chi traduce sia di chi deve farsi tradurre. Secondo un collaboratore che interviene da anni molto sovente come traduttore interno sarebbe auspicabile avere più figure di riferimento 24 ore su 24.

"Avere più figure ventiquattro ore. Ci sarebbe la necessità/possibilità di intervenire in tutto l'ospedale! E poi che la persona viene seguita anche dopo, o da un reparto all'altro. Io lo faccio ma perché ho la flessibilità. Anch'io già ho avuto dei colloqui difficili per queste mie assenze d'altronde io sono disponibile un altro magari lo è meno. Io già non lascio niente indietro.

Purtroppo questo è un po' così, mi è successo anche che non mi riconoscevano l'orario. Allora va bene tutto, ma se capita dopo l'orario, sono intervenuto tante volte tante volte, però...c'è da dare uno stipendio a uno che fa solo quello. Si fa tanto. Ci vorrebbero più figure".

"Appena hanno una chiamata dobbiamo essere molto flessibili e se non è urgente finisco il mio lavoro altrimenti intervengo subito".

Anche gli altri vengono senza visita programmata e dopo è difficile organizzare l'interprete. Dopo sono troppe volte, dopo nel team ti chiedono se ci sono riunioni e altro ti chiedono.

"L'aiuto di interpreti esterni potrebbe sgravare un po' il personale interno che ha già dei compiti".

La richiesta di intervento per i collaboratori presenti sulla lista abbiamo visto che può essere davvero impegnativa su diversi piani: c'è la disponibilità a interrompere la propria attività assumendone le ripercussioni, la reperibilità fuori dagli orari di lavoro, l'impegno dell'intervento stesso che poi può generare delle aspettative ad essere disponibile a diversi momenti della degenza del paziente e non solo per intervenire in un dialogo sanitario.

"Per me quando sono presenti gli interpreti è molto bello perché vedi che i pazienti sono più tranquilli è un aiuto. Poi il paziente sa che c'è qualcuno, allora magari quando l'interprete se ne va dice che ripassa a trovare il paziente e questo è importante".

Vi è accordo tra personale curante e collaboratori sulla lista interna in merito alla necessità di una preparazione prima della traduzione e di un debriefing successivo, momenti difficili da istaurare, un medico sottolinea:

"Non sono molto preparati e hanno comunque il loro lavoro da fare. Parlare una lingua, non è che per forza parlano esattamente la stessa lingua, può capitare non siano dell'etnia giusta".

"Una volta mi hanno chiamata su in medicina per il tedesco, c'era un uomo dovevo chiedergli un sacco di cose strane che avrei evitato davvero di chiedere perché non sono medico, mi sono resa conto quanto è imbarazzante questa cosa".

Essere riconosciuti come parte dell'equipe è importante per le persone che intervengono come "traduttori".

Il servizio di interpretariato telefonico

Tra le risorse disponibili in urgenza vi è la possibilità di disporre di traduzione telefonica. Il problema è che talvolta questo servizio necessita una traduzione ulteriore verso l'italiano. Un medico assistente fornisce la sua testimonianza:

"L'interpretariato telefonico funziona, dipende per che cosa, se devi raccogliere l'anamnesi va bene, se devi parlare di qualcosa di più complesso come un'interruzione di gravidanza oltre le quattro settimane, cioè un discorso un po' più complicato, questo non è sostenibile per telefono. Funziona per un discorso tecnico, per la raccolta anamnesi. Nei casi urgenti...di solito non hai tempo... il telefono ti dovrebbe bastare..".

Secondo un assistente, si tenta prima di instaurare una comunicazione con una lingua secondaria oppure attraverso altre forme espressive:

"In alcuni casi ci si aiuta con disegni, si cerca... è utile anche questo. Non abbiamo tante risorse, anche per telefono cerchiamo, ma se non sai che lingua parlano.. magari dal Centro potrebbero già saperlo!".

Un medico sottolinea una difficoltà legata al servizio telefonico:

"Ci è già capitato di parlare con un interprete sbagliato, e non è un servizio gratis. Può succedere che vi sia solo la traduzione telefonica ad esempio dal farsi al tedesco o dal farsi francese...e non ad esempio dal farsi all'inglese... È una barriera: il servizio ovviamente rispetto al niente è sicuramente meglio".

Il servizio di mediazione interculturale Derman

Secondo i referenti dei servizi sociali, attualmente l'utilità e l'efficacia del servizio di mediazione è comprovata all'interno del personale curante dell'Ente poiché sono stati risolti alcuni questioni iniziali (ore di presenza del mediatore, modalità di fatturazione) e il personale curante comincia ad essere sensibilizzato e consapevole della necessità di ricorrere a mediatori interculturali professionisti.

Da più parti viene sottolineata la qualità del servizio e la disponibilità dei mediatori e delle mediatrici coinvolti. Inizialmente vi erano un po' di difficoltà nel calcolare i tempi delle prestazioni, le trasferte e gli altri aspetti amministrativi, ora questi aspetti sembrano essere stati chiariti. La qualità dei servizi forniti ai pazienti migranti è senz'altro migliorata nel tempo grazie all'esperienza maturata reciprocamente tra mediatori e personale curante.

In generale i servizi sociali non ricevono feedback puntuali dopo l'intervento dei mediatori, vengono però sovente informati se vi sono delle difficoltà o divergenze tra paziente e interpreti. Sembra condiviso il riscontro positivo:

"Ho trovato i loro interventi positivi. Spesso i pazienti che ci arrivano sono in isolamento per sospetto di tubercolosi e ho notato una disponibilità dei mediatori anche a correre un rischio a entrare perché è un rischio se non sei protetto adeguatamente. Ricordo una volta che uno è entrato tutto 'bardato', è uscito tutto sudato ma felicissimo, ce l'abbiamo fatta a comunicare finalmente e anche per noi era un successo terapeutico".

Un altro effetto positivo, secondo un operatore sociale, è la creazione in alcuni casi di un legame tra il paziente e il mediatore. L'idea è quella di dare qualità all'intervento e di essere un punto di riferimento per le persone più vulnerabili per la loro poca integrazione, la non conoscenza della lingua e la mancanza di risorse. Sarebbe opportuno anche dare continuità a questo lavoro anche dopo le dimissioni dalle strutture ospedaliere.

3.2.2. Questioni cliniche

Familiarità con determinate problematiche

Certe malattie sono difficili da trattare se non c'è una conoscenza condivisa della patologia, del suo trattamento e un'alleanza terapeutica solida. A questo proposito un medico membro del Board racconta:

“C'è anche un altro aspetto importante, un problema che non avevamo quando i pazienti erano portoghesi e spagnoli è quello di riconoscere le loro malattie. Chiaro che hanno delle patologie, quelli che sono malati seriamente possono avere delle malattie che abbiamo visto a scuola ma che nella pratica non abbiamo mai trattato. La tubercolosi è un bell'esempio della nostra incompetenza. Se uno svizzero si ammala di tubercolosi sappiamo che i curanti vanno a casa, prendono le misure con i familiari...ma questi pazienti non hanno una casa...dovresti parlare con i familiari e non sai capire chi sono i familiari, dovresti sapere con chi ha condiviso l'alloggio il paziente nell'ultima settimana, ma magari non te li dice tutti perché magari alcuni è meglio che non si dica, non si deve sapere che sono qui... e quindi c'è la problematica di trattare le malattie di queste persone. Perché noi certe malattie non le conosciamo più. Immagino che se ci fosse un Centro nel Sopraceneri e uno del Sottoceneri e che anche chi lavora con queste persone sapesse a chi rivolgersi, sarebbe meglio. Perché anche loro, per esempio quelli di Casa Astra, loro non sanno, se hanno un problema agli occhi, non sanno dove andare, vanno in pronto soccorso. Anche al Centro di registrazione di Chiasso è un po' lo stesso, hanno dei medici di famiglia ma poi...”

Le equipe dell'ospedale hanno illustrato come sia divenuta prassi nella sede dell'OBV gestire le diverse necessità dei pazienti che abbiamo evocato nel capitolo precedente grazie ad accorgimenti organizzativi come la composizione mista delle equipe.

Un medico anestesista racconta:

“Fare l'anamnesi è quasi impossibile, con gli europei ci si organizza, per i pazienti extraeuropei è più difficile, c'è una barriera culturale o religiosa, magari una donna sta partorendo ed entro io che sono uomo e lo percepisco che il genere è un problema. Ultimamente, pensando alla sala parto, è più accettato che arrivi il medico maschio.

E lì ci sono io, o non c'è nessuno. Per chi viene dal mondo islamico, è davvero un problema.”

Infermiera: *“Per noi è l'opposto, se dici qualcosa tu come donna il paziente non ti ascolta, se arriva il collega maschio invece sì. Le equipe sono sempre miste, quindi bene o male ci si organizza”.*

“Sì anche in sala operatoria si risolve la questione per esempio della nudità lasciando vicina la persona dello stesso sesso. Mentre in sala parto lì c'è solo l'ostetrica è diverso”.

Alcune problematiche sembrano essere divenute di routine, altre invece creano disagio nei curanti, fra queste possiamo citare il confronto con situazioni ambigue relative ai rapporti familiari o di genere, differenti dal nostro contesto socio-culturale, o ancora la gestione collettiva degli eventi di salute e malattia da parte di alcune comunità.

Ostetrica: *“Ci sono tutte quelle donne richiedenti l'asilo che sono qui da anni, che vivono in casa e non parlano la lingua...poi con la storia dei matrimoni forzati, donne giovani che arrivano dalla svizzera tedesca per sposare qualcuno qui... o ancora quelle situazioni in cui lei è incinta, lei parla una lingua e lui un'altra, e pensi al matrimonio combinato. A me capita specialmente nel lavoro sul campo nel luganese di incontrare donne al terzo o quarto figlio, sono qui da dieci anni e parlano solo quel po' che imparano tramite i figli, vivono in case che sono esattamente come le case che hanno lasciato in Albania. Di solito queste donne hanno il marito che parla italiano, ma è sempre delicato approcciarci, insomma ci pensi: se lui la tiene in casa chiusa da dieci anni forse lui non è la persona più indicata per fare il traduttore e mediatore”.*

Medico anestesista: *“Invece in sala parto il problema è che sono spesso minorenni e potrebbe esserci un discorso di coercizione e di violenza, lo respiri, c’è un’aria tesa. Allora se parli di parto analgesia, la suocera e il marito sembra che ti guardano male, tu sei in mezzo e devi far firmare qualcuno perché è minorenne. La donna che accompagna la ragazza ti dice di essere la zia e lì l’aspetto culturale è difficile da gestire. È tutto a parole, potrebbe essere anche una donna rapita.. tu non puoi sapere.”*

Sono tutte situazioni di difficile lettura per i curanti, e affrontarle appare tutt’altro che scontato. Si tratta di pregiudizi? O sono situazioni gravi davvero? Intervenire? E se sì, in che modo farlo? Queste situazioni d’incontro interculturale mettono alla prova i curanti interrogando l’etica personale e professionale, oltre che incidere sulle cure erogate ai pazienti.

Gli eventi di salute e malattia sono gestiti in maniera collettiva da alcune comunità e pure questo aspetto può generare tensione presso i curanti.

Infermiera: *“Anni fa quando c’erano i campi rom, ora è un po’ che non succede, ti sembravano arroganti, non mollavano mai: in pronto soccorso era un casino. Arrivava il padre, il figlio e arrivano in quindici e stavano lì tutti insieme anche per periodi lunghi. Mi ricordo anni fa avevamo in cura un bambino, sono passati due tre mesi e finché non è guarito erano tutti qui, questo ci ha destabilizzati. Anche per la fatturazione era difficile, e per finire hanno introdotto delle regole dalla direzione generale”*

Comunicazione, informazioni e competenze interculturali

Le competenze cliniche specifiche per la gestione di malattie che toccano in particolare la popolazione migrante sono costruite strada facendo in una comunicazione quotidiana ancorata fortemente alla pratica:

Economia domestica: *a un certo punto quando avevamo a che fare con la scabbia abbiamo dovuto essere molto chiari perché a volte volevano farci ripulire tutto, abbiamo dovuto essere chiari se no... ci sono state anche delle lamentele...anche il personale non capiva.”*

Infermiera: *“È la prima volta che abbiamo avuto a che fare con la scabbia”*

Infermiera: *“Il medico cantonale ci aveva fatto una formazione, ma uno scambio più specifico sulle malattie a livello di Ente no non lo vedo così necessario. Secondo me non c’è nemmeno l’esigenza, di volta in volta se c’è un problema si affronta. Come sala operatoria trovo che rispondiamo bene.*

Infermiera pronto soccorso: *non c’è una differenza. Non so, sono giovani e pazienti semplici.”*

Nel personale che è confrontato solo con brevi interventi di tipo acuto con pazienti migranti la percezione rispetto all’acquisizione di competenze cliniche specifiche nell’ambito dell’interculturalità sembrerebbe non interessare. C’è una propensione a imparare sul campo, di volta in volta.

Infermiera pronto soccorso: *Per me non esistono le competenze interculturali, ho fatto anche formazioni e non ci credo: io credo nel rispetto. Per me è importante avere rispetto della persona al di là della cultura e che l’altra persona abbia rispetto di me”.*

Diversa invece la necessità di scambio e di comunicazione riscontrata nelle aree materno pediatrica e della medicina, nonché nell’ambito dell’economia domestica. Una responsabile si esprime rispetto a quanto detto dall’infermiera del pronto soccorso sulla questione del rispetto reciproco: *“Io concordo con lei, la difficoltà è quando non abbiamo la stessa nozione di rispetto, penso per esempio ai pazienti russi”*

Nei reparti dove il contatto con il paziente è prolungato la sensibilità alla questione interculturale è maggiormente sviluppata. Troviamo però anche personale attivo nell’area critica che ha seguito delle

formazioni precedenti nell'ambito dell'interculturalità e che esprime una particolare sensibilità a questi temi oltre che il desiderio e la necessità di acquisire maggiori competenze cliniche interculturali.

Infermiera: *“Secondo me una buona informazione, uno scambio proprio come sta accadendo oggi, può aiutare personalmente e professionalmente a gestire certe situazioni, rendersi conto degli incidenti culturali per esempio di quando si invade la privacy e non ci si rende conto. Perché ho notato che tanti pazienti non dicono nulla ma le vivono queste situazioni”.*

Infermiera: *“Si capita.”*

La sensibilità per una presa in carico dei pazienti che tenga conto della variabile “cultura” è la base per costruire delle competenze interculturali nella cura, competenze riconosciute necessarie nel mondo sanitario non solo per garantire delle cure di qualità a persone di origine etnico-culturale altra.

Infermiera: *“Ci sono ostacoli non linguistici. Quando hai a che fare con il paziente anziano demente o che viene da una qualche valle. Lui ti dice che non ha bisogno di prendere medicinali, oppure ancora capita che se gli chiedi di tagliarsi i capelli o la barba, o di togliersi la dentiera ci vuole tempo per farsi capire e convincerlo”.*

In un contesto dove i curanti sono sempre più sottopressione per riuscire a contenere le spese sanitarie, gli aspetti relazionali e di comunicazione in generale vengono facilmente considerati meno essenziali rispetto ai gesti tecnici.

Sorge la domanda se questa tendenza rischi di trasferire i costi di salute da un nodo all'altro della rete invece di diminuirli. A questa domanda possiamo aggiungere la considerazione sul rischio di *burn-out* cui sono esposti i curanti quando non sono riconosciuti i gesti di cura nella loro complessità:

“Abbiamo sempre più pressione negli ultimi anni, sempre più sollecitati da tanti campi, sempre più difficile, non abbiamo la forza”.

Rappresentazioni

Le rappresentazioni reciproche tra curanti e pazienti o fra paziente ticinese e paziente di origine etnico culturale altra, sono tutti aspetti importanti che incidono sulla qualità del lavoro e delle cure.

Infermiera: *“Mi piacerebbe condividere le esperienze degli altri colleghi anche per lavarmi da certi pregiudizi che sono legati alle mie esperienze professionali e personali, ma anche da quello che si sente in giro rispetto ai migranti. Io parlo onestamente, mi è capitato più di una volta di giudicare un paziente, perché per esempio ti ha rifiutato un piatto, ma ti ha chiesto tre volte la cioccolata. Questi casi capitano. A volte lo sento dire: “quel paziente non ha mangiato fino a ieri e adesso vuole tre cioccolate.” A me una frase del genere ferisce e vorrei non cadere io per prima in questi pregiudizi. Io cerco di curare tutti alla stessa maniera come dice lui, ma nella realtà succede diversamente: perché se uno del Mendrisiotto ti chiede un altro thè va bene, ma se invece te lo chiede l'eritreo è uno ‘scroccone”.*

Abbiamo anche raccolto delle rappresentazioni – da parte dei curanti - sui mediatori Derman:

Infermiera: *“Sarebbe bello avere qualcuno all'interno, perché dall'esterno, poi quelli che vengono, vi ricordate la paziente del 33 che aveva la scabbia? La mediatrice è arrivata, le abbiamo chiesto se voleva vestirsi, mettere il camice. Mi sarei aspettata un po' più di cortesia, sapeva che questa paziente era arrivata da un viaggio. È una connazionale, non dico che devi andare ad abbracciarla, però...e quando le ho chiesto se poteva essere meno distaccata lei mi ha guardata e mi ha detto: ma io a casa ho figli e marito. Insomma agiva con una grande freddezza. Mi sembra che l'interesse economico prevalga...”.*

Nella percezione dei curanti talvolta abbiamo riscontrato alcune rappresentazioni sulle modalità con cui mediatori e interpreti interculturali agiscono che possono ostacolare la collaborazione ottimale tra le diverse figure. I curanti che prendono in carico i pazienti migranti, in special modo quelli che arrivano dal Centro di registrazione, sono spesso confrontati a richieste che li spingono a “fare qualcosa in più per buon cuore”. Andare a comprare le sigarette o organizzare una telefonata per una persona che vuole contattare la famiglia per comunicare il suo arrivo in Svizzera, sono tutti esempi di attività necessarie in certi reparti, ma che vengono classificate dai curanti come un “aiuto in più”.

Il riconoscimento della professionalità e del ruolo del mediatore interculturale risulta perciò legato a queste rappresentazioni nella relazione d’aiuto: se un mediatore interviene per aiutare un migrante a comprendere il gesto di cura, sono necessarie qualità empatiche. Qualora questa visione dei curanti non fosse soddisfatta, il mediatore viene in un certo qual modo squalificato nel suo ruolo e questo genera un circolo vizioso e rende il dialogo problematico. Occorre invece considerare la condizione emotiva che il mediatore può vivere di fronte a connazionali con un percorso migratorio simile al suo. In questo senso una certa “distanza relazionale” può essere comprensibile.

Legame emotivo con i pazienti/ruolo

I mediatori e interpreti interculturali dell’Agenzia Derman talvolta ritengono problematico il legame che può instaurarsi con i pazienti incontrati in situazione di dialogo, la definizione del proprio ruolo e della propria implicazione che ha un carattere professionale non è semplice da gestire.

Per quanto riguarda le risorse interne che si mettono a disposizione per le traduzioni abbiamo riscontro positivo rispetto alla soddisfazione di poter intervenire nei reparti per “dare una mano ai colleghi”.

Collaboratore servizio alberghiero: *“Sì delle volte mi chiamano dalle camere se posso andare su ma non posso allora mi collego al telefono e c’è l’infermiera o il medico e chiedono una cosa così al volo”.*

“Ma mi è capitato anche a una fermata di un bus, e io mi ero dimenticato di una signora, e lei in turco mi dice ma lei mi ha salvato la vita, perché lei era in urgenza ero a casa e due minuti ero lì e l’abbiamo salvata. Era tanto contenta, siamo umani sono contento si dà un aiuto così. È bello.

Delle volte ci sono quelli già sistemati con i figli qua e magari i figli sono grandi e io li aiuto per traduzioni e mi invitano a bere il caffè. A volte si diventa amici”.

I colleghi della lista interna sono talvolta percepiti dai curanti come una risorsa informale che dovrebbe non solo intervenire in caso di un colloquio sanitario da tradurre, ma per “andare a fare una visita al paziente il giorno dopo”. Questa percezione conferma la rappresentazione descritta nel capitolo precedente, ossia che intervenire fra curante e paziente per gestire una barriera culturale non è sempre reputata un’attività pienamente professionale.

3.3. Analisi di contesto

Iniziamo questo capitolo da alcune considerazioni raccolte presso il medico cantonale.

Il fenomeno della migrazione è un problema con cui saremo sempre più confrontati. Nella nostra società la popolazione invecchia e non abbiamo sul campo sufficiente personale formato, quindi secondo me la migrazione potrà aiutarci nella gestione della problematica dell’invecchiamento demografico. Proprio di recente partecipando ad un congresso di salute pubblica, un relatore ha esposto la problematica evidenziando anche la sfida della migrazione e specificando che con questi numeri l’Europa andrà al collasso; se andiamo avanti così e non decuplichiamo l’entrata di migranti non ce la faremo. Ha dimostrato con i dati che siamo destinati a implodere se non ne accogliamo almeno dieci volte tanto. Tra l’altro, per esempio i siriani che

arrivano da noi in questo momento sono ben formati e rappresentano una possibile risorsa.

Questa affermazione cambia la prospettiva sui migranti, da “costo per la società” a risorsa preziosa per evitare il collasso del nostro sistema. Senza voler entrare in merito alla valutazione dell’aspetto socio-economico contenuto in questa affermazione, ci sembra però interessante cogliere come fa il medico il potenziale del fenomeno globale del movimento della popolazione che è un processo non reversibile, per lo meno a corto e medio termine. Tra i migranti che giungono in Svizzera ci sono persone che dovrebbero essere considerate anche per le loro competenze.

3.3.1. La situazione cantonale: dei pazienti “scomodi”

Premesso che la fragilità in materia di salute riguarda il precariato economico e sociale e non solo il fatto di avere lo statuto di migrante, il medico cantonale sottolinea la problematicità di questi pazienti per così dire “scomodi”.

“Innanzitutto va data una specifica definizione sul concetto di migrante. Vi possono essere stranieri poco vulnerabili (provenienti da paesi ricchi, quelli della mobilità o globalisti con competenze linguistiche), e altri come i richiedenti l’asilo e i sans-papiers. La fragilità e le difficoltà, più che la migrazione, sono questioni legate alla povertà, all’ignoranza, quindi non è solo la migrazione a influire.

In generale il sistema dei finanziamenti e delle responsabilità nella gestione è molto complesso. Il Ticino è un cantone che si confronta in particolare con questa complessità del sistema in quanto sul suo territorio è presente un Centro di registrazione (Chiasso) che è competenza della confederazione, mentre le misure di salute pubblica riguardano la popolazione locale, e qui entra in gioco il Cantone. Di fatto sembra che si stia sempre reagendo a problematiche in uno stato di urgenza ma non ci sia una chiarezza di fondo, con una procedura ben definita.

Ad esempio non sono definiti i sovra costi per la traduzione e la mediazione; chi paga? Potrebbe essere la cassa malati. Stessa cosa vale per i medici curanti i quali vengono retribuiti a minuto. Se per un migrante invece di cinque ce ne metto 25. Come fatturare?

Inoltre nessuno si occupa di una formazione specifica, il dialogo prende tempo e costa, e i pazienti sono più complessi, più fragili, più difficili da curare, quindi è comprensibile che sovente vengano percepiti come casi “scomodi”.

Occuparsi di questi pazienti è da un lato una sensibilità del curante nei confronti di un altro essere umano, ma dall’altro è anche un dovere e una responsabilità, in quanto potrebbero anche contagiare altre persone se fossero presenti specifiche patologie. Questo aspetto evidentemente ci riguarda perché si tratta di salute pubblica del Cantone.

3.3.2. La rete

Il problema della presa in carico dei migranti per i medici di famiglia influenza fortemente l’afflusso di pazienti all’ospedale tramite il pronto soccorso dove la risposta socio assistenziale sembrerebbe essere praticamente assente. Gli elementi problematici messi in evidenza dalle persone incontrate sono i seguenti: la conoscenza della copertura delle persone migranti, il sistema di fatturazione Tarmed, la tolleranza degli altri pazienti, il riconoscimento delle patologie non frequenti, il pagamento della mediazione linguistica e la competenza/tempistica del dialogo.

Medico membro del Board: *“La rete in realtà esiste, perché i medici di famiglia sono numerosi, ma purtroppo tanti non vogliono occuparsi dei migranti. Primo perché temono che non gli paghino la fattura, perché c’è*

ancora questa ignoranza che non sanno che ogni richiedente l'asilo è assicurato. Secondo c'è magari il fastidio di avere a che fare con gente che non ti capisce, che non segue le indicazioni terapeutiche.

Inoltre se hai la sala d'aspetto piena di persone di altre etnie, rischi che gli altri pazienti inizino a lamentarsi. E questo fa sì che molte persone si rivolgano in pronto soccorso perché non sanno dove andare, anche se la loro problematica non richiederebbe l'intervento in un pronto soccorso.

Nel Canton Vaud, già un decennio fa, la rete funzionava con un ambulatorio pubblico, dove erano impiegati collaboratori particolarmente sensibili alla problematica. In Ticino ho l'impressione che manchi la sensibilità sul tema. In pronto soccorso i servizi sociali vengono utilizzati quando non si sa dove indirizzare un paziente, quando non si sa che risposta dargli. Il pronto soccorso dà una prima risposta, ma sai non è quella definitiva; di solito chi viene lì ha una rete, mentre nel caso di queste persone bisogna rendersi conto che questa rete non c'è. Gli stessi cittadini svizzeri faticano a tornare dal loro medico quando sono stati presi in carico al pronto soccorso, quindi per chi non ha una rete è ancora più difficile: diventa quasi un passo "obbligato" ritornare nuovamente in pronto soccorso. Ritornano lì, ma poi non vengono capiti e non comprendono, e ho l'impressione che queste persone malgrado tutto non siano curate in modo adeguato."

Organizzazione della rete e impatto sulla realtà ospedaliera

Quando l'arrivo al pronto soccorso è una questione di procedura, i curanti dell'Ente si trovano talvolta in difficoltà perché spesso non viene tenuto conto dell'organizzazione delle cure al pronto soccorso. Probabilmente la rappresentazione esterna all'ospedale è che il servizio funzioni a pieno regime 24 ore su 24.

Un'infermiera: "Io non sempre (trovo positivo l'arrivo dei migranti), se il Centro mi manda un paziente con la scabbia alle 11 la sera e io ho altri cinque pazienti che aspettano, sapendo che la scabbia non era un'urgenza e poteva mandarmeli la mattina quell'incontro (con il paziente migrante) non mi porta nulla di positivo".

In questo spezzone è evidente ancora una volta la necessità familiarizzare tutti gli attori della rete socio-sanitaria con determinate patologie, ossia di pensare l'informazione in un'ottica di rete. Anche dai reparti emergono le questioni legate all'assunzione dei costi sanitari nelle situazioni transitorie.

Medico assistente: "Per il prosieguo della gravidanza, contano anche tutte le questioni legate allo statuto e alla legalità: c'è chi pensa che essere incinta è una condizione che garantisce di rimanere qua".

La continuità delle cure

La continuità delle cure in queste situazioni transitorie è un altro aspetto inerente al funzionamento della rete evocato anche dal medico cantonale:

“La rete è fondamentale. Dovrebbe essere un percorso ben definito e non dovrebbe essere una rete che tiene su chi solo cade fuori dal sistema.

Si potrebbe fare tutto il discorso della sanità elettronica. Sono pazienti che non hanno un percorso definito e il rischio che le informazioni vadano perse o siano incomplete è un fatto.

Il problema delle cartelle informatizzate se volessimo introdurle per i pazienti migranti è che riscontriamo delle resistenze da parte dei medici. Già è abbiamo difficoltà a tenerli a bordo della sanità elettronica, se in più aggiungiamo che il paziente è migrante rischiamo di creare una situazione di selezione negativa.

Non è solo perché un paziente è migrante, in generale i pazienti, quando vanno dal medico e lui chiede “sei già stato da qualcuno per altri problemi” la risposta è sempre “no certo”. Poi viene fuori che il paziente è anticoagulato e ti dice che si era dimenticato. Questa dinamica è già presente con tutti i pazienti, figuriamoci quando c’è una barriera linguistica o culturale”.

Una levatrice che lavora anche sul territorio racconta:

“Io ho diversa esperienza di lavoro presso il Centro di Paradiso, adesso forse cambierà, però ricordo che un tempo il personale era oberato perciò rispetto a una tbc o altro la signora incinta era una cosa normale e non prestavano molta attenzione ai bisogni. Chiaro che l’ideale sarebbe fare una anamnesi con queste donne in ospedale, ma magari si potrebbe fare anche fuori, potrebbe essere fatta benissimo all’accoglienza al Centro. Altrimenti bisognerebbe farlo qui spiegando però alle pazienti che l’ospedale è per noi il Centro di riferimento anche per le gravidanze. Cosa che non è ovvia per esempio per le eritree ma non solo. Bisogna trovare dei posti, per entrare a Paradiso si entrava davvero con il contagocce. Adesso tante rientrano in appartamento ma quelle che vanno al Centro io mi sono riproposta che bisogna segnare tutto quello che devono fare al bambino: dalla visita pediatrica al fatto che devono andare al controllo ecografico: bisogna spiegare tutto. Faccio un esempio: una è stata mandata in Mesolcina poi non si sapeva più nulla, inseguito non è stata presa in carico da nessuno e ha sviluppato una mastite. Noi avevamo mandato l’ostetrica ma aveva cambiato domicilio e non eravamo stati informati”.

Infermiera: “Il Ticino è un luogo di passaggio, spesso dedichiamo una giornata a fare tutti gli esami e dopo tre giorni le trasferiscono, oppure arrivano donne che sono a termine e partoriscono, ma poi le trasferiscono. Ultimamente quando vanno via diamo al Centro di registrazione una copia delle lettere e degli esami”.

Anche se in Ticino il numero di sans papier non è particolarmente alto, non bisogna scordare gli aspetti di cui ci parla il medico del Board:

“C’è tutto il problema della documentazione sanitaria: per esempio da Centro di registrazione di Vallorbe dovrebbe seguire ma in realtà non arriva quasi mai. Poi la storia dei sans papiers è anche peggio, hanno paura a entrare in uno schedario, anche se si tratta di un ospedale”.

La continuità delle cure è un tema che emerge anche nell’area della medicina interna:

Infermiera: “C’è stato un periodo in cui c’erano un sacco di problemi nel concordare la dimissione con il Centro di registrazione. Determinare il giorno, che cosa è necessario portare per il paziente... è stato un periodo tosto, chiamavamo tutta la settimana il Centro di registrazione per ricordare che la sera sarebbe stata dimessa la paziente e che aveva bisogno i vestiti e la non funzionava, ci trovavamo la sera prima senza che la paziente avesse ricevuto le cose. Inseguito è stata fatta una riunione, così è stata creata una figura di collegamento, Andrea, e ora questa figura fa da legame per tutti i pazienti. Ci rivolgiamo a lei per i problemi, per gli esami, possiamo mandare a lei i documenti e lei pensa a coordinare tutto”.

Conoscersi fra professionisti, conoscere le procedure e il sistema è un aspetto fondamentale, una competenza

necessaria per far sì che le cose funzionino, perché all'ora attuale le procedure e i ruoli nella presa in carico socio-sanitaria di persone migranti sembrerebbero non essere ancora sufficientemente chiare e definite in modo univoco.

Medico assistente: *“Al pronto soccorso l'interfaccia sono spesso gli operatori del Centro e abbiamo meno a che fare con un medico di famiglia. Anche per le dimissioni mi è capitato di interfacciarmi con l'operatore del Centro che sono sempre molto attenti e sembrano bene sul pezzo, si informano bene che il paziente abbia compreso la terapia. Mi è capitato che arrivassero qui da noi dei pazienti con la spiegazione “ha questi dolori da due tre giorni ma non è ancora riuscito a vedere il medico”. I medici che vedono i pazienti sono due o tre allora viene in pronto soccorso”.*

La moltitudine di attori che ruotano intorno ai pazienti migranti che arrivano in ospedale e la difficoltà di comunicazione fra procedure e dossier può portare a situazioni paradossali.

Medico assistente: *“Io mi ricordo un uomo, un pachistano credo, che era qui per un depistaggio, c'era anche la moglie, a un certo punto è crollato, non ce la faceva più, ha fatto una crisi di nervi. Non ce la faceva più, lo capisco, anch'io impazzirei dopo ventiquattro ore in una stanza...in più hanno avuto il loro percorso...poi abbiamo trovato un medico che riusciva a comunicare con lui, in qualche modo perché era indiano. La coppia aveva paura perché non trovavano più loro figlio che era anche al Centro di registrazione. In pediatria era ricoverato un bambino con lo stesso cognome, ma ci avevano assicurato dal Centro che non era il figlio di questa coppia. È stata una diatriba di tre giorni. Poi è arrivata qui anche la sorella, perché erano scappati fratello e sorella insieme. Alla fine si sono ritrovati, però mi ricordo che non riuscivamo a farli incontrare”.*

Assistente amministrativa: *“Ricordi che ti ho detto almeno facciamoli parlare per telefono”.*

Medico assistente: *“È vero, io ho detto va bene, perché non riuscivamo a sapere, a capire, c'era chi diceva di sì e chi il contrario. Allora a un certo punto si diceva facciamoli incontrare e così vediamo. Dalla direzione però abbiamo ricevuto risposta negativa, assolutamente no, non si può far uscire i genitori sono in isolamento. Noi ci siamo detti che quando però dobbiamo fare la lastra possono scendere di sotto con le mascherine. Assolutamente no, non potevamo farli uscire, però in questo caso davvero faceva la differenza sul benessere dei pazienti”.*

3.3.3. Realtà ospedaliera

I pazienti migranti, come visto all'inizio dell'analisi, sono pazienti che consumano tempo, tempo sempre più prezioso in una realtà di costi sanitari da contenere. I curanti esprimono alcune difficoltà: la percezione di stress è stata evocata più volte dai nostri interlocutori in questo settore di attività, specialmente per chi è attivo nelle aree critiche.

Lo stress dei curanti, generato dai ritmi di lavoro sostenuti, non influenza apparentemente la sensibilità e l'attenzione verso per le cure erogate a pazienti di origine straniera, di fatto però ci sono delle questioni relative alla gestione di questi pazienti che sono reputate problematiche risolvibili e che fanno per così dire "perdere tempo".

Assicurarsi che tutto proceda bene alla dimissione, in particolare per quanto concerne i vestiti per i neonati e il cambio per le persone degenti, o semplicemente poter lavare i vestiti delle persone che non hanno il cambio sono questioni importanti e influenzano pure la convivenza con gli altri pazienti.

Membro del Board: *"Talvolta siamo spiazzati perché non abbiamo la stessa rappresentazione della malattia, siamo spiazzati perché non abbiamo la sicurezza della ricezione del messaggio, dobbiamo gestire il dialogo, o ancora tenere conto degli aspetti legati al genere a cui ti devi adeguare secondo le linee guida. Abbiamo fatto delle linee guida dopo un'esperienza di parto a Mendrisio di quattro o cinque anni fa che è stato gestito molto bene. C'era una donna che richiedeva di non entrare in contatto con uomini, il medico donna c'era, ma era assicurata in camera comune e stava con una paziente ticinese. Il problema è che il marito della paziente ticinese non doveva vedere la paziente e si è dovuta gestire la questione. Allora per fortuna c'era una camera privata libera e hanno messo lì la paziente. Ponendosi anche il problema di quando avrebbe partorito: chi sarebbe stato di turno? Tutti questi aspetti erano da organizzare, l'hanno fatto molto bene ed è stato anche descritto a livello di commissione etica. Questo caso ci ha insegnato che ci sono anche altre culture che richiedono prestazioni diverse però è vero anche che possono porsi dei problemi con culture più vicine."*

Tolleranza in ospedale

Il rapporto fra pazienti è stato evocato come uno dei fattori di contesto ritenuti problematici.

Infermiera: *"È vero che loro magari è da sei mesi che portano lo stesso vestito, magari sono arrivati dopo essere stati rinchiusi, imprigionati, picchiati... però sono in ospedale ora e mi metto nei suoi panni, io non vorrei mica stare tre settimane con gli stessi vestiti. Poi magari ho anche il vicino di camera che a un certo punto mi guarda e mi dice che puzzo. Perché si crea anche questo di problema: "tu sei nero, tu puzzi e tu non ti lavi..." In realtà il paziente si lava, ma deve rimettersi gli stessi vestiti perché non ne ha altri. Gli altri pazienti non comprendono, il razzismo tra pazienti c'è".*

Infermiera: *"Potremmo avere un luogo dove mettere i vestiti che magari portiamo, lasciarli a disposizione lì puliti. I vestiti che hanno indosso li prendiamo e li portiamo fuori in lavanderia, ma noi qui le abbiamo le macchine da lavare, potremmo tenerne una apposta per questo".*

E un'assistente amministrativa aggiunge preoccupata: *"già, sa quanti pazienti che se ne sono andati a casa la sera perché non volevano condividere la camera con uno straniero. Non riguarda solo pazienti che arrivano da Chiasso. Succede che l'altro paziente è di colore che ne so, magari indiano, e l'altro paziente ticinese è andato a casa. Succede e non è raro".*

Questo fenomeno è confermato da chi lavora nell'economia domestica: *"Io mi accorgo che c'è più intolleranza da parte dei pazienti ticinesi, quando ci sono pazienti dall'Africa mi accorgo degli spostamenti che vengono fatti. Le camere private sono utilizzate per l'isolamento e questo crea problema perché quelli che hanno l'assicurazione privata non possono andarci. Io quando distribuisco i set li sento lamentarsi e questo fenomeno poi crea problemi in reparto. Penso che la popolazione non sia più disposta ad accettare la situazione dicendo*

“o poverini” come succedeva fino a un po’ di tempo fa”.

Medico assistente: *“Capita in pronto soccorso che il paziente arrivi per il depistaggio dopo le cinque o le sei, e non hai più il radiologo che comunque ha un occhio diverso. In più le macchine per gli esami ormai sono spente, insomma il suo arrivo a fine giornata ti incasina il processo. In più è il momento in cui il pronto soccorso è più caotico di più e isolare i pazienti non è semplice. Allora ti chiedi ma come mai arrivano sempre tardi. Sembrerebbe che quando vanno a fare il depistaggio con i medici locali questi pazienti vengono visti a fine giornata prima di chiudere lo studio perché dà fastidio avere qualcuno del Centro in sala d’attesa con i pazienti ticinesi”.*

Assistente amministrativa: *“Ci succede anche con il barbone da Zurigo, ti ricordi l’anno scorso, ne hanno trovato uno alla stazione, e il paziente in camera con lui è andato a casa, è che io non potevo metterlo da un’altra parte”.*

Situazioni di stress per il personale e sensibilità istituzionale

La problematica della gestione collettiva degli eventi di salute e malattia da parte di alcune popolazioni è un tema conosciuto ed evocato da un membro del *Board* come fonte stress in reparto:

“Questo modo di vivere collettivamente la malattia crea disagio per esempio per la gestione dei luoghi e degli spazi, i corridoi possono divenire luoghi collettivi di incontro scontrandosi all’idea di privacy che vige da noi. È un approccio di comunità e sappiamo che è un intralcio all’attività lavorativa e che sicuramente incide sullo stress percepito dai professionisti.

Da una parte bisogna controllare che non ci siano disagi con altri pazienti e allo stesso modo bisogna anche rispondere alle domande che ti fanno. Ecco penso che si fa un po’ fatica ancora a capire queste cose. Nei curanti non abbiamo provenienze analoghe, i nostri curanti sono svizzeri o italiani o dalla ex Jugoslavia. Non siamo perciò abituati”.

Il disagio di fronte alle situazioni che la presenza di pazienti di diverse origini e con statuti diversi, può anche sfociare in un disagio verso le procedure. È infatti stato rilevato stressante dover dar seguito alle richieste specifiche di alcuni pazienti, per esempio ai pazienti in isolamento, ed è importante per i collaboratori percepire la sensibilità per questi temi da parte della direzione.

Infermiera: *“Le procedure sono lunghe, tu magari hai l’idea che potrebbe aiutare a risolvere una situazione rapidamente, però non si può, prima devi mandare una proposta di miglioramento per iscritto. A me è capitato: la mandai in agosto, ma a febbraio ancora non ho risposta. Secondo me questa cosa non va, dovremmo essere un po’ più ascoltati noi che siamo direttamente a contatto con il paziente. Uno ci rimane un po’ male”.*

Anche per quanto riguarda l’attività dei collaboratori che intervengono quali “traduttori” interni c’è la necessità di sentire un riconoscimento chiaro del proprio coinvolgimento:

Responsabile servizio economia domestica: *“Un aspetto importante è il riconoscimento del tempo per i miei collaboratori. Perché spesso intervengono anche dopo l’orario di lavoro, allora non osano timbrare, perché non stanno svolgendo il loro compito. Per me e questo è un problema. Quasi si sentono in colpa”.*

E l’aspetto del ruolo e del fatto di dover lasciare la propria mansione per intervenire in reparto è un tema noto ai responsabili e al *Board*: *“Il fatto di lasciare il proprio posto di lavoro per tradurre e il possibile disagio emotivo è un tema da affrontare”.*

4. Azioni possibili nei sei diversi ambiti

4.1. Competenze interculturali e comunicazione

Se da un lato chi lavora nelle aree critiche dichiara di “imparare sul campo”, le strategie emerse - classificate come “l’arte di arrangiarsi” - rivelano delle necessità cui i curanti rispondono in modo diversificato e talvolta problematico.

I dati raccolti in questa indagine hanno evidenziato un bisogno specifico di formazione per i curanti e anche per quei collaboratori che talvolta assumono la funzione di “traduttori” essendo inseriti in una lista interna. La scelta di impiegare quali “traduttori” dei collaboratori assunti con altri mansionari è una scelta che andrà riconsiderata con attenzione (vedi sotto).

Nell’indagine svolta si sono identificate delle problematiche che incidono sulla clinica e la qualità delle cure erogate. La sensibilità per queste questioni non manca e si può affermare che il personale curante è fortemente toccato dalle cure interculturali e vorrebbe fare di più.

Abbiamo raccolto espressioni di disagio relativo a determinate situazioni: la condizione di stress dei curanti che si trovano sempre più spesso ad operare in un contesto caratterizzato da situazioni complesse e dove la rapidità è un elemento costante, viene peggiorata ulteriormente quando il curante si interfaccia con l’utente migrante. Questa situazione richiede un riconoscimento e un suo successivo sviluppo da parte dell’Istituzione.

Le necessità formative riguardano tutte le figure professionali dell’EOC che si interfacciano con il paziente migrante: i curanti, i collaboratori tecnico-amministrativi e i “traduttori”. Le risorse online della Confederazione, che sono a disposizione per migliorare le competenze interculturali, non sono utilizzate, andrebbe valutata la possibilità di farle conoscere maggiormente sensibilizzando il personale a questa risorsa disponibile.

La formazione però non basta, delle suggestioni sono state elaborate per migliorare il riconoscimento e la valorizzazione di tali competenze in seno all’organizzazione per poterne fruire in modo ottimale e incidere così sulla qualità clinica oltre che sullo stress vissuto dai collaboratori. Di seguito si espongono alcune prospettive di miglioramento.

4.1.1. CAS in Competenze cliniche interculturali

Per quanto concerne i curanti e le competenze da sviluppare in questo ambito (Althaus, Hudelson, Domenig, Green, & Bodenmann, 2010; Gehri, Jäger, Wagner, & Gehri, 2016), si raccomanda una formazione allo scopo di:

- ✓ Familiarizzare con le problematiche socio-sanitarie dei pazienti
- ✓ Saper identificare i bisogni e saper rispondere in modo efficace attivando se necessario la rete esterna all’ospedale
- ✓ Riconoscere e mediare le possibili rappresentazioni di salute e malattia che possono rappresentare un ostacolo all’efficacia terapeutica
- ✓ Comunicare correttamente in situazione di dialogo.

Per raggiungere tale obiettivo potrebbe essere proposto un CAS nell’ambito della formazione continua. In ottobre 2016 partirà il primo CAS proposto dalle facoltà di biologia e medicina delle Università di Losanna e di Ginevra intitolato “Santé et diversités: comprendre et pratiquer les approches transculturelles”. Questa iniziativa conferma l’importanza e la necessità di sviluppare maggiormente le competenze interculturali nella cura.

4.1.2. Formazione di personale interno

È stato rilevato quanto sia positivo e necessario poter far capo a dei mediatori interculturali oltre che ad una traduzione linguistica. L'ideale, secondo i curanti coinvolti nell'indagine, sarebbe poter disporre di mediatori interni professionisti.

Se si dovesse scegliere di migliorare le competenze di queste figure interne, le necessità formative identificate sono le seguenti:

- ✓ Conoscenza del sistema sanitario e della rete.
- ✓ Conoscenze di base di anatomia e di biomedicina.
- ✓ Conoscenze dei codici linguistici e formali vigenti nei reparti
- ✓ Competenze in mediazione culturale
- ✓ Competenze specifiche al *trialogo*.

Per raggiungere tale obiettivo si potrebbe immaginare una formazione interna con il supporto dell'Agenzia Derman del Soccorso Operaio.

Nel contesto svizzero possiamo citare il Cantone Vaud come pioniere per iniziative di formazione di mediatori e interpreti interculturali all'interno degli ospedali (Rossi, 2008). L'esperienza maturata già da decenni ha portato alla creazione di sportelli specifici con personale qualificato per questa tipologia di utenza. Un'iniziativa interessante è stata anche un progetto di selezione di richiedenti l'asilo già formati al mondo sanitario che sono stati ulteriormente preparati per intervenire quali mediatori e interpreti interculturali. Nel Canton Vaud si trova quindi organizzato il RESAMI:

«Le RESAMI a comme objectif principal de fournir aux bénéficiaires de l'EVAM une prise en charge médico-sanitaire de qualité, dans un souci d'efficience et d'amélioration constante. Dans ce contexte, le RESAMI offre aux patients une prise en charge spécifiquement adaptée notamment en termes de gestion des problématiques liées à la langue et aux différences culturelles. Les patients sont orientés de manière à recevoir les soins adaptés à leur situation propre». (resami.ch)

4.1.3. Infermiere come figura di riferimento

Alcuni aspetti legati alla comunicazione si sono rivelati fonte di stress sul posto di lavoro, il che ci conduce a formulare determinate raccomandazioni in questo ambito specifico.

La proposta è di favorire maggiore libertà di azione ai curanti che potremmo definire "in prima linea", in particolare agli infermieri, per la gestione delle situazioni particolari. È infatti la figura dell'infermiere che si trova maggiormente sollecitato a fornire cure interculturali, per questa ragione un maggiore riconoscimento delle competenze cliniche ed organizzative di questa figura professionale potrebbe migliorare la qualità delle cure dal punto di vista dell'anamnesi, dell'efficacia terapeutica e dell'aderenza alla terapia.

4.1.4. Migliore comunicazione sull'itinerario terapeutico del paziente

Un altro fattore che influenza lo stress vissuto di fronte ad alcune situazioni inerenti la presa in carico dei pazienti migranti è il sapere cosa è successo prima e cosa succederà dopo il proprio intervento di cura; ciò è indispensabile al fine di poter supportare adeguatamente il paziente ed orientarlo con efficacia nella continuità delle cure.

È auspicabile una migliore sinergia tra Ente e altri attori della rete socio-sanitaria presenti sul territorio, comprese le associazioni. Il poter garantire una continuità fra il "prima" e il "dopo" l'entrata in ospedale, conoscere da dove arriva e dove andrà il paziente è un tema identificato dai curanti come centrale per poter fornire delle cure di qualità. La mancanza di informazioni chiare su questi aspetti è anche fonte di disagio professionale per il personale.

L'azione in questo ambito può essere una migliore comunicazione e informazione sulle risorse disponibili sul territorio e un loro maggiore coinvolgimento nella realtà ospedaliera.

4.1.5. Valorizzazione e sviluppo della figura del mediatore interculturale

I mediatori e interpreti professionisti che intervengono in seno all'Ente sono valutati positivamente come risorsa da parte del personale curante, al contempo si rilevano dei problemi a livello di comunicazione fra esigenze professionali e amministrative dei mediatori e rappresentazioni dei curanti sul ruolo del mediatore. È anche necessario, secondo quanto emerso, sensibilizzare ancora i curanti nei reparti per l'attivazione del servizio fornito dall'Agenzia Derman. Alcuni infermieri hanno dichiarato di esitare a far capo al servizio in questione perché genera dei costi. Questo aspetto dovrebbe essere ulteriormente chiarito dalla Direzione dando indicazioni precise a riguardo per non generare stress nei collaboratori.

Dall'indagine svolta ci sembra opportuno immaginare una migliore mutua conoscenza che possa favorire sia la comunicazione sia il riconoscimento dei ruoli reciproci ed esigenze fra professionisti. Si può anche sviluppare un'implicazione maggiore dei mediatori nel comunicare le rispettive rappresentazioni di salute e malattia fra pazienti e curanti.

C'è necessità di formare maggiormente i curanti al dialogo in modo da rendere più efficaci gli interventi dei mediatori. D'altro canto una formazione continua e degli aggiornamenti anche per gli interpreti e mediatori interculturali dell'Agenzia Derman ci sembra auspicabile per poter garantire le competenze proprie all'intervento nell'ambiente sanitario che comprende codici deontologici oltre che conoscenze mediche, biologiche ed anatomiche specifiche. Queste conoscenze fanno parte della formazione di base, ma ci sembra auspicabile fornire degli aggiornamenti puntuali.

La mediazione interculturale nell'ambito della salute è un'attività necessaria oggi in Ticino. Tale attività gioverebbe sicuramente all'Ente; in realtà è un bisogno indispensabile che si estende a tutti gli attori o nodi della rete sociosanitaria ticinese. L'Ente potrebbe fungere da nodo centrale con la creazione di un polo di competenza in questo ambito.

È noto che il servizio di mediazione e interpretariato non possa rispondere alle situazioni di urgenza, una presenza interna è quindi auspicata da parte dei curanti, anche perché la telefonata ai servizi come quello fornito da AOZ, da quanto rilevato, non colma l'esigenza di una mediazione linguistico – culturale.

La questione che i collaboratori interni all'Ente possano essere identificati, formati e riconosciuti come figure professionali dell'equipe di cura sarà da affrontare con attenzione.

Se si intende valorizzare le risorse interne all'ospedale e svilupparne le competenze, le seguenti azioni si rivelano infatti necessarie.

In primo luogo andrebbe spiegato meglio cosa significa far parte della lista cercando di integrare solo personale realmente interessato e pronto a intervenire e soprattutto ad acquisire determinate competenze medico-sanitarie. In secondo luogo dovrebbe essere più chiaro per chi ne fa parte quali sono le modalità di intervento. È infatti poco chiaro per questi collaboratori se intervenire come "traduttore" sia un'attività che fa parte integrante del mansionario o sia una specie di "extra" informale.

La lista deve altresì riportare delle informazioni più precise sulla competenza del collaboratore, quale lingua parla e a che livello, se parla un dialetto regionale e talvolta anche a quale etnia appartiene, l'appartenenza religiosa e le competenze in ambito di mediazione e interpretariato nell'area della salute.

Il chiaro riconoscimento di questo ruolo all'interno dell'ospedale, un riconoscimento visivo, è auspicabile. Per esempio si potrebbe immaginare una spilla con scritta chiaramente la funzione e il ruolo di interprete che andrebbe indossata durante l'attività di dialogo.

La questione del riconoscimento si estende al "prima", "durante" e "dopo" intervento di traduzione. Sarebbe auspicabile una preparazione laddove possibile e un debriefing individuale o il poter essere coinvolti eventualmente al debriefing dell'equipe, quando questo ha effettivamente luogo.

In generale l'interpretariato e la mediazione linguistico-culturale in ospedale andrebbe supervisionata puntualmente per garantire la qualità e definire con chiarezza degli obiettivi di aggiornamento delle figure coinvolte.

4.2. Gestione della diversità

Nell'ambito del programma di formazione manageriale dell'Ente è previsto lo sviluppo di un corso in gestione della diversità. L'offerta didattica, destinata alla comunità direttiva dell'Ente, sarà disponibile da settembre 2016.

Il corso: Le identità plurali oggi. Risorse e sfide

Gli obiettivi proposti sono:

- ✓ Cogliere risorse e sfide della pluralità identitaria odierna nell'organizzazione: genere, generazioni, percorso formativo-professionale, mobilità e migrazioni, ecc.
- ✓ Riflettere sulle proprie disposizioni, rappresentazioni e comportamenti nei confronti dell'alterità e riconoscerne gli effetti sul piano personale e professionale.
- ✓ Operare una distinzione tra le proprie regole e valori e quelle altrui riconoscendo le aspettative soggiacenti e integrandole nell'agire professionale.
- ✓ Acquisire strumenti per favorire la partecipazione e l'inclusione nel team di lavoro

I contenuti del modulo:

- ✓ Condivisione del significato attribuito alla differenza: cosa si intende per differenza/analogia, quali sono le diversità/similitudini con cui ci si confronta nel contesto professionale
- ✓ Identità e alterità nella società contemporanea: approfondimento teorico
- ✓ Identificazione e gestione dei sistemi di classificazione
- ✓ Presentazione di progetti/esperienze di best practice per favorire la partecipazione e i processi inclusivi.

Riconoscere e integrare le differenze nelle equipe di lavoro non è una questione scontata ed oggi sembrerebbe piuttosto una questione lasciata alla sensibilità e capacità dei responsabili di servizio. Sarebbe opportuno approfondire questa questione con i responsabili e valutare se necessario, oltre alla formazione, immaginare delle procedure o dei percorsi ad hoc per favorire l'integrazione di neoassunti.

4.3. Empowerment dei pazienti

Essere compresi e comprendere quanto ci viene proposto come cura è un fattore essenziale. L'analisi illustra le questioni essenziali per il tema dell'empowerment del paziente.

L'attenzione per la comprensione dei consensi informati è sicuramente un tema importantissimo, ma si pensi anche a questioni più a monte come la comprensione del sistema medico di per sé.

Non è possibile tradurre in ogni lingua e dialetto i consensi informati, ma anche quando c'è una possibilità di usufruire di un traduttore il riscontro è problematico, questi testi non sono di semplice lettura. Un primo passo sarebbe dunque la semplificazione o traduzione di questi testi da un linguaggio medico – legale ad un linguaggio il più semplice possibile.

4.3.1. La mediazione interculturale come necessità clinica

L'area materno pediatrica è un settore dell'ospedale in cui certe questioni emergono in modo più evidente che in altri. L'evento della nascita e la cura dei bambini è una questione culturale prima che medica e per questa ragione è meno difficile cogliere quanto sia necessario prendere in considerazione le rappresentazioni dei pazienti per favorire l'autodeterminazione, le scelte informate e finalmente l'aderenza e l'efficacia della terapia.

È impensabile poter creare delle brochure in ogni lingua e dialetto con cui si esprimono i pazienti migranti che arrivano in ospedale, ma anche se lo fosse, è necessario come già anticipato, considerare seriamente la necessità clinica di disporre di un mediatore culturale in ospedale. Senza la presenza di tali figure è problematico valutare come *informato* un consenso a un determinato intervento, come non è possibile migliorare l'empowerment dei pazienti.

L'educazione terapeutica dei pazienti migranti non è un aspetto sviluppato, questo anche per ragioni organizzative: non si sa da dove viene e dove andrà. Ci sono oltre tutto delle rappresentazioni, come il fatto di assumere un medicamento solo quando il sintomo di malattia è manifesto, che rendono inefficaci le terapie prescritte.

Quando un paziente è dimesso dall'ospedale non c'è apparentemente la possibilità di poter dar una continuità alle cure.

La coordinazione con gli altri attori, la conoscenza delle maglie della rete come pure dell'itinerario del paziente dovrebbero migliorare questa situazione che è preoccupante dal punto di vista della salute pubblica. Organizzare a livello locale degli incontri tra i principali attori, si pensi ad esempio al personale curante del Centro di registrazione di Chiasso, medici di famiglia, associazioni di volontariato e curanti dell'area pronto soccorso e maternità potrebbe essere una strategia positiva. È fondamentale coinvolgere chi è in prima linea e si confronta quotidianamente con determinate problematiche per poter valorizzare le competenze e trovare nuove strategie per risolvere i problemi più correnti. Migliorare la coordinazione della rete significa quindi coinvolgere attori non convenzionali per gestire problematiche quali i vestiti, il telefonino o il consumo di tabacco in modo da favorire il benessere più globale non solo dei pazienti migranti ma anche degli altri pazienti presenti in reparto e non da ultimo del personale dell'ospedale.

Senza questo coinvolgimento dal basso qualsiasi soluzione proposta o nuova procedura amministrativa da applicare rischia di generare sentimenti di rifiuto verso questa tipologia di utenza a causa delle "complicazioni" burocratiche a cui essa verrebbe associata.

4.4. Integrazione

Ci sono delle problematiche nella presa in carico dei pazienti migranti che toccano l'impostazione stessa del sistema sanitario. La migrazione è un dato di fatto, è una realtà a cui saremo sempre più confrontati anche alle nostre latitudini. Si sa che i determinanti della salute sono legati in modo preponderante allo statuto socio-economico e professionale piuttosto che al fatto stesso di essere migrante. Spesso i migranti sono persone che fanno parte della fascia della popolazione a più basso reddito, da queste vulnerabilità sociali derivano le problematiche di salute.

In quest'ottica la presenza dei servizi sociali all'interno di tutti i siti dell'EOC consente di mettere in atto una presa in carico specifica in tutte le fasi dell'itinerario del paziente: ammissione, degenza e dimissione. Sarà opportuno in futuro consolidare le forme di coordinamento interne fra reparti e servizi e sociali, nonché con la rete esterna.

4.4.1. La mediazione interculturale come prestazione della Lamal

Allo stesso modo, sempre a livello di sistema, bisognerebbe migliorare l'accesso alla medicina di famiglia. Uno studio privato si trova in difficoltà nel gestire il grande consumo di tempo che rappresentano questi pazienti senza contare il problema della comprensione linguistica e della necessaria mediazione culturale che può migliorare l'aderenza terapeutica dei pazienti.

Integrazione dei migranti al sistema di salute significherebbe allora immaginare la mediazione interculturale come prestazione della Lamal perché necessaria a garantire le cure di base.

4.5. Ricerca

4.5.1. Analisi degli itinerari terapeutici dei pazienti migranti

In questa ricerca il focus è stato sul punto di vista dei curanti. Per approfondire maggiormente alcuni temi emersi inerenti la rete ed il contesto, l'efficacia e la qualità delle cure e delle risorse utilizzate per gestire la barriera culturale, sarebbe opportuno procedere ad un'indagine sugli itinerari terapeutici dei pazienti. Questo permetterebbe di identificare molto più concretamente i nodi critici della rete e le necessità di informazione reciproca fra popolazione migrante ed autoctona, oltre che le possibili azioni di miglioramento dell'accesso alle cure e l'efficacia terapeutica.

4.5.2. Confronto con le altre realtà svizzere per valutare soluzioni a lungo termine

Sarebbe opportuno e utile comparare quanto emerso e discutere delle modalità di messa in pratica delle raccomandazioni con l'esperienza maturata in Svizzera romanda in particolar modo. C'è stata nello specifico un'esperienza di progetto che prevedeva la formazione di richiedenti l'asilo selezionati dal gruppo di lavoro, perché già formati al mondo sanitario. Queste persone sono state formate all'interno dell'ospedale per l'interpretariato e la mediazione interculturale in ambito sanitario. Questa esperienza è un esempio dell'importanza di rapportarsi a buone pratiche di altri cantoni che andrebbero conosciute meglio e valutate nella loro potenziale trasferibilità nel contesto ticinese. Questo confronto è una tappa essenziale per preparare l'ospedale interculturale del futuro.

4.5.3. Studio di fattibilità di un ambulatorio cantonale e polo di competenza

Sulla base delle considerazioni fatte sul contesto in cui opera l'Ente e la relazione fra Cantone Ticino e il Centro di registrazione di Chiasso di responsabilità della Confederazione, nello svolgimento dello studio più volte si è discusso con le persone incontrate del potenziale bisogno di un ambulatorio cantonale come possibile soluzione di salute pubblica. I curanti, nella presa in carico dell'utenza migrante, sono spesso confrontati con situazioni cliniche che necessitano un'organizzazione e delle competenze particolari. Un ambulatorio dedicato, se da un lato rischia di isolare *il diverso*, permetterebbe di ottimizzare le risorse dando anche la possibilità di sviluppare conoscenze e competenze cliniche specifiche, trasferibili e benefiche per tutti i pazienti.

Si menziona ancora il Cantone di Vaud come esempio con l'esperienza del Resami:

«Le REseau de Santé et Migration (RESAMI) est le réseau medico-sanitaire mis en place pour les bénéficiaires de l'Etablissement vaudois d'accueil des migrants (EVAM) dans le canton de Vaud. La Polyclinique médicale universitaire (PMU) a reçu le mandat du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) et du Département de l'économie et du sport (DECS) de gérer et coordonner le RESAMI. Le RESAMI a comme objectif principal de fournir aux bénéficiaires de l'EVAM une prise en charge médico-sanitaire de qualité, dans un souci d'efficacité et d'amélioration constante. Dans ce contexte, le RESAMI offre aux patients une prise en charge spécifiquement adaptée notamment en termes de gestion des problématiques liées à la langue et aux différences culturelles. Les patients sont orientés de manière à recevoir les soins adaptés à leur situation propre. L'Unité de Soins aux Migrants (USMi) travaille en première ligne et est spécialisée dans la prise en charge des migrants. Elle est à même de gérer les problématiques spécifiques à cette patientèle. Les médecins de premier recours (MPR) du réseau apportent leur expertise et collaborent étroitement avec l'équipe de l'USMi. L'Unité de Soins aux Migrants (USMi) est une équipe pluridisciplinaire composée d'infirmiers et infirmières, d'une équipe administrative et de médecins spécifiquement formés dans la prise en charge des migrants.

Les patients sont pris en charge en étroite collaboration avec les différents partenaires de santé, plus particulièrement les Médecins de Premier Recours (MPR) du réseau. (resami.ch)

4.5.4. Valutare il potenziale delle nuove tecnologie informatiche nell'ambito migrazione e salute

Da valutare, con una certa cautela, la possibilità di sviluppare delle soluzioni tecnologiche nell'ambito delle cure interculturali.

Il potenziale della sanità "elettronica" andrebbe valutato nell'ambito della continuità delle cure. Se pensiamo che l'oggetto telefonino è utilizzato fortemente dalla popolazione migrante, la cartella clinica informatizzata per questi pazienti potrebbe forse essere una soluzione per coordinare meglio le cure e informare meglio il paziente?

Parallelamente, in questo ambito, andrebbe indagata la presunta barriera e le difficoltà a integrare lo strumento informatico da parte dei medici di famiglia, una cartella clinica informatizzata è utile infatti solo se utilizzata da tutti gli attori in gioco.

Infine l'informatica potrebbe anche essere utile per identificare la lingua parlata dal paziente, mentre più critica è la questione dell'utilizzo dei glossari e delle traduzioni online. Queste risorse non devono però sostituirsi alla necessaria mediazione interculturale con il paziente. In questo ambito sarebbe quindi interessante approfondire meglio il loro potenziale.

5. Conclusioni e prossimi passi

La presente ricerca a carattere esplorativo aveva come obiettivo l'identificazione di problematiche e risorse in seno all'Ente per permettere di tracciare delle possibili piste di lavoro al fine di consolidare e sviluppare buone pratiche nell'ambito delle cure ai pazienti migranti.

Il prossimo passo, in vista di un'adesione alla rete "Swiss Hospitals for Equity", sarà la valutazione da parte dell'Ente delle diverse raccomandazioni formulate in questo rapporto.

Si è deciso di suggerire una pluralità di azioni, talvolta complementari, talvolta a carattere esclusivo, sempre rimanendo aderenti al modello del "diagnostique hospitalier", per permettere alla Direzione di costruire e continuare un proprio percorso di crescita e sviluppo in questo ambito.

Bibliografia

- AA, VV. (2015, maggio). Popolazione residente permanente secondo lo statuto al 31 dicembre 2014. *PresEnte*, (2).
- Althaus, F., Hudelson, P., Domenig, D., Green, A., & Bodenmann, P. (2010). Compétences cliniques transculturelles et pratique médicale: Quels besoins, quels outils, quel impact? *Forum Med Suisse*, 10(5), 79.
- Bühlent, K. (2007). *Documento di base sul tema « migrazione e salute »* (« Pari opportunità » No. 52011) (p. 29). SFM. Retrieved from https://www.quint-essenz.ch/it/files/Migrazione_e_salute.pdf
- Canova, V. (2012). *Promozione della salute e prevenzione adattati alla popolazione migrante Analisi dei bisogni dei programmi e dei progetti di salute pubblica nel Cantone Ticino* (Analisi di salute pubblica No. 11) (p. 33). UFSP. Retrieved from http://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/UPVS/PDF/Pubblicazioni/Rapp_SPVS-SOS.pdf
- Cattacin, S., & Chimienti, M. (2006). Intégration. Un concept sociologique en politique migratoire. *Terra Cognita*, 9, 34–37.
- Chiarenza, A. (1998). Developments in the concept of “cultural competence.” In F. Barth (Ed.), *Ethnic groups and boundaries: The social organization of culture difference*. Waveland Press.
- Cross, T., Bazron, B., Dennis, K., & Isaacs, M. (1989). *Towards a Culturally Competent System of Care: A Monograph on Effective Services for Minority Children Who Are Severely Emotionally Disturbed*. Georgetown University.
- Domenig, D. (2007). Transcultural competence in the Swiss health care system. *Netherlands: Foundation Regenboog AMOC*. Retrieved from http://www.academia.edu/download/30403617/chapter4_transcultural_competence_domenig.pdf
- Gabadinho, A., & Wanner, P. (2007). Facteurs influant sur la santé des populations migrantes. Interactions entre la santé et le profil sociodémographique et migratoire: une analyse des données de l'enquête GMM – Synthèse des résultats. In *Qu'est ce qu'on sait de l'état de santé de la population migrante? Les principaux résultats du "Monitoring de l'état de la population migrante en Suisse"* (OFSP, pp. 28–54). Berne.
- Gehri, M., Jäger, F., Wagner, N., & Gehri, M. (2016). Prise en charge clinique de la population migrante: focus pédiatrique. *Paediatrica*, 27(Spécial sur les migrants), 3–10.
- Isaacs, M., & Benjamin, M. (1991). *Toward a culturally competent system of care: Vol. IL Programs which utilize culturally competent principles*. Georgetown University.
- OFSP. (2007a). OFSP. 2007a. Qu'est ce qu'on sait de l'état de santé de la population migrante? Les principaux résultats du “Monitoring de l'état de la population migrante en Suisse.” Berne, Office fédéral de la santé publique. Retrieved from <http://www.bag.admin.ch/shop/00038/00242/index.html?lang=fr>
- OFSP. (2007b). Stratégie migration et santé phase II: 2008-2013. Berne, Office fédéral de la santé publique. Retrieved from <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/07688/index.html?lang=fr>
- Rossi, I. (2008). Médicalisation du mal-être, migration et société. D'une éthique clinique à une éthique sociale de la pratique clinique. *Revue Des Sciences Sociales*, (39), 60–69.