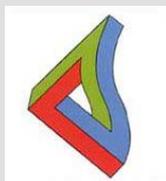


ISSN 1591-223X  
**DOSSIER**  
**108-2005**



Agenzia  
Sanitaria  
Regionale



# **Contrastare gli effetti negativi sulla salute di disuguaglianze sociali, economiche o culturali**

**Premio Alessandro Martignani – III edizione**  
**Catalogo**



# **Contrastare gli effetti negativi sulla salute di disuguaglianze sociali, economiche o culturali**

**Premio Alessandro Martignani – III edizione**

**Catalogo**

**Redazione e impaginazione a cura di**

Federica Sarti - Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

**Stampa** Regione Emilia-Romagna, Bologna, maggio 2005

**Copia del volume può essere richiesta a**

Federica Sarti - Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

Sistema comunicazione, formazione, documentazione

Viale Aldo Moro 21 - 40127 Bologna

e-mail [fsarti@regione.emilia-romagna.it](mailto:fsarti@regione.emilia-romagna.it)

**oppure può essere scaricata dal sito Internet**

<http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/colldoss/index.htm>

Chiunque è autorizzato per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché sia citata la fonte.

## **Hanno curato il volume**

---

**Marco Biocca**

**Benedetta Riboldi**

**Federica Sarti**

Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

## **Comitato promotore del "Premio Alessandro Martignani"**

---

Villiam Alberghini, Susanna Alberici, Maria Cristina Angeli, Raffaella Angelini, Carlo Antonelli, Associazione Amare Ravenna, Azienda USL di Ravenna, Bruna Baldassarri, Emilio Ballabeni, Giovanni Berlinguer, Mara Bernardini, Gianfranco Bertazzini, Augusta Bertuzzi, Richard Betti, Marco Biocca, Luigi Boeri, Domenico Bolognesi, Alfonso Borghi, Cosimo Braccesi, Franco Brun, Orazio Buriani, Luisa Calderoni, Silvia Candela, Giorgio Cantelli Forti, Susanna Cantoni, Tino Casetti, Gabriele Cavazza, Augusto Cavina, Daniela Celin, Marcello Comai, Cooperativa sociale CIALS SCAR, Giovanna Cornelio, Giuseppe Costa, Rossana D'Arrigo, Sandra De Paolis, Maria Del Missier Martignani, Miriam Di Federico Falasca, Franco Digiangiolamo, Fulvio D'Orsi, Loris Fabbri, Sandro Fabbri, Stefan Faes, Pasquale Falasca, Annunziata Faustini, Alba Carola Finarelli, Enrico Flisi, Francesco Forastiere, Franca Furno, Claudia Galassi, Anna Rosa Galli, Aligi Gardini, Alberto Gerosa, Giorgio Ghedini, Antonietta Gioia, Enrico Gori, Aldrigo Grassi, Salvatore Grillo, Micaela Guarino Marvet, Istituto Ambiente Europa scrl, Guido Laffi, Enzo Lippi, Gabriella Lippi, Carlotta Lippi, Giorgio Luppi, Pierluigi Macini, Leopoldo Magelli, Nelson Magnani, Carla Martignani, Claudio Martignani, Dolores Martignani, Carmen Martignani, Mariella Martini, Maria Luisa Masetti, Silvano Mele, Salvatore Minisci, Ubaldo Montaguti, Nanda Montanari, Carla Morelli, Mirella Morgagni, Leonildo Morisi, Carlo Naldoni, Franco Nizzoli, Paola Oreste, Luisa Paterlini, Venere Pavone, Daniele Perini, Giuseppe Petrone, Massimo Pieratelli, Claudio Po, Roberto Poletti, Marcello Potì, Giovan Battista Raffi, Alberto Rafuzzi, Pier Franco Ravaglia, Antonio Reggiani, Umberto Ricco, Sergio Rovetta, Gino Rubini, Luigi Salizzato, Valerio Scardovi, Maria Pia Schiavina, Roberto Scielzo, Maria Scorziello, Stefania Silvano, Mauro Stambazzi, Raffaella Stiassi, Giuliano Tagliavento, Patrizia Tamassia, Giuliano Tazzari, Benedetto Terracini, Anna Maria Testa, Sergio Tonelli, Paolo Tori, Massimo Valsecchi, Gianni Vecchi, Silvano Verlicchi, Marinella Vignoli, Francesco Violante, Patrizia Vittori, Riccardo Vlahov, Enio Antonio Zanardo, Aldino Zanichelli, Gabriele Zingaretti, Giuseppe Zuccatelli



# Indice

<b>Presentazione</b>	<b>9</b>
<b>Schede</b>	<b>13</b>
1. Applicazione della direttiva programmatica alle Comunità montane e alle zone pedemontane per la facilitazione dell'accesso delle popolazioni ai servizi primari. Come orientarsi <i>Azienda USL di Parma</i>	15
2. Autismo a scuola, per un'integrazione di qualità <i>Associazione Bambini e Autismo onlus, Parma</i>	19
3. CAVS - Centro assistenza violenza sessuale <i>Associazione Centro Antiviolenza, Parma</i>	27
4. Fatti di vita, non farti di droga ... <i>Associazione di volontariato Cerchio azzurro, Parma</i>	33
5. Centro salute famiglia straniera di Reggio Emilia. Il progetto Rose Mary - Eva luna, un percorso condiviso <i>Azienda USL di Reggio Emilia - Comune di Reggio Emilia - Organizzazione di volontariato Rabbuny</i>	35
6. Il luogo delle origini: nascere nella migrazione tra genitori, operatori e servizi <i>Azienda USL di Reggio Emilia - Comune di Reggio Emilia</i>	39
7. Il Diapason. Progetto di drammatizzazione teatrale <i>Centro di musicoterapia M. Uboldi, Novellara (RE) - Istituzione per i servizi sociali I Millefiori - Comune di Novellara</i>	44
8. Progetto di formazione delle badanti in nursing riabilitativo del paziente con patologia dell'apparato locomotore e patologia neurologica cronica; movimentazione dei carichi con particolare attenzione alla prevenzione del mal di schiena. Tesi di laurea, con contestuale progetto di formazione <i>Università degli studi di Modena e Reggio Emilia - Comune di Reggio Emilia - Provincia di Reggio Emilia - Azienda USL di Reggio Emilia</i>	50

9.	Ring14 <i>Associazione internazionale Ring14, Reggio Emilia</i>	55
10.	Abba-stanza. Laboratorio di inserimento lavorativo flessibile a bassa soglia di accesso <i>Centro Accoglienza La Rupe, Sasso Marconi (BO)</i>	60
11.	Ambulatorio del disagio <i>Azienda USL di Bologna</i>	65
12.	Arte e salute <i>Azienda USL di Bologna</i>	68
13.	Come superare le disuguaglianze: la consulenza del Dipartimento di salute mentale Area Città in favore delle persone senza dimora <i>Azienda USL di Bologna</i>	71
14.	Come superare le disuguaglianze: l'Agenzia Lavoro del Dipartimento di salute mentale Area Città dell'Azienda USL di Bologna <i>Azienda USL di Bologna</i>	75
15.	"Dopo di Noi". Progetto sperimentale di vita indipendente attraverso l'utilizzo dell'appartamento di Trebbo di Reno <i>Azienda USL di Bologna</i>	79
16.	Efficacia dei mediatori culturali ( <i>peer counselor</i> ) sull'accesso ai servizi sanitari e adesione alle cure tra gli immigrati <i>Azienda USL di Bologna - IRCSS Burlo Garofolo, Trieste</i>	86
17.	Sistema di sorveglianza di eventi sanitari in occasione di ondate di calore nei comuni di Bologna, Casalecchio, San Lazzaro di Savena e Castel Maggiore <i>Azienda USL di Bologna</i>	92
18.	Sperimentazione interregionale per combattere le disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari <i>Azienda USL di Bologna - Comune di Bologna - Università degli studi di Bologna - AMISS e SOKOS, Bologna</i>	99
19.	Laboratori teatrali delle diversabilità <i>Comune di Bologna, Unità intermedia Città Sane</i>	109
20.	Incontri straordinari <i>Associazione per la retinite pigmentosa, Bologna</i>	112

21.	Percorsi sperimentali di riabilitazione visiva <i>Associazione per la retinite pigmentosa, Bologna</i>	117
22.	Pazienti imprevisti. Pratica medica e orientamento sessuale <i>Équipe dei consulenti salute di Arcigay nazionale, Bologna</i>	119
23.	Bimbi di Chernobyl <i>Associazione Insieme per un futuro migliore onlus, Imola (BO)</i>	122
24.	Accogliere in ospedale: la transcultura al servizio di tutti Azione: Ufficio accoglienza e mediazione <i>Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara</i>	125
25.	Attività di integrazione sociale e lavorativa di persone con disabilità acquisita (traumi cranio-encefalici, vertebro- midollari, ictus, ecc.) <i>Centro studi Don Calabria, Città del ragazzo, Ferrara</i>	133
26.	Progetto di videoterapia "Apertura: diverse abilità" e "Facciamo Musical Insieme" <i>Comune di Argenta (FE) - EFESO, Ferrara - Gruppo Giovani 90 - Nuvolafilm srl, Roma - Provincia di Ferrara - Università degli studi di Ferrara - Cooperativa sociale La Pieve, Argenta (FE) - Comune di Portomaggiore - Legacoop - Fondazione Cassa di Risparmio di Ferrara</i>	141
27.	Una casa per Pollicino. Progetto di ricerca-azione sui neonati svantaggiati e le politiche abitative a Ferrara <i>Azienda USL di Ferrara - Comune di Ferrara</i>	147
28.	Party-Amo <i>Associazione Anffas onlus, Forlì</i>	153
29.	Progetto Salem per l'assistenza agli emarginati, nomadi e immigrati irregolari <i>Azienda USL di Cesena - Associazione Salem, Cesena - Gruppo di lavoro multiprofessionale</i>	156
30.	Sostegno all'allattamento al seno <i>Associazione di volontariato Parti con noi, Cesenatico (FC)</i>	163
31.	Abbatte le barriere della disuguaglianza con lo sport <i>ASD - Associazione sportiva disabili, Faenza</i>	167

32.	Etnopsichiatria <i>Centro servizi per il volontariato, Ravenna - Associazione di volontariato Armonia 2000, Ravenna - Azienda USL di Ravenna</i>	171
33.	Il diritto alla salute e alla sicurezza Formazione, informazione e diritti dei lavoratori stranieri <i>Azienda USL di Ravenna</i>	177
34.	Umanamente <i>Cooperativa sociale Educare Insieme, Faenza (RA)</i>	184
35.	Centro Ascolto Donna e Famiglia Immigrata <i>Associazione Etnos, Rimini</i>	192
36.	VAPS - Volontari Assistenza Pronto Soccorso <i>Associazione Arcobaleno di volontariato socio-assistenziale, Riccione</i>	198
37.	Accoglienza degli immigrati regolari e irregolari nella città di Ancona: miglioramento della tutela della salute e dell'assistenza socio-sanitaria <i>Associazione Senza Confini onlus, Ancona</i>	203
38.	Piano mirato di prevenzione Area Vasta Toscana Nord-Ovest. La promozione della tutela della lavoratrice in periodo di gravidanza e puerperio <i>Azienda USL 12 Viareggio - Azienda USL 1 Massa e Carrara - Azienda USL 2 Lucca - Azienda USL 5 Pisa - Azienda USL 6 Livorno</i>	212
	<b>Elenco degli autori / referenti</b>	<b>227</b>
	<b>Indice analitico</b>	<b>231</b>

# Presentazione

Alessandro Martignani è stato un importante dirigente della Regione Emilia-Romagna, morto nel giugno del 2000 a 56 anni.

Ha contribuito in modo determinante alla costruzione dei servizi pubblici di prevenzione, soprattutto nei luoghi di lavoro, in questa regione. Sia nella fase di ideazione, negli anni '70 che hanno preceduto la Riforma sanitaria, dentro il movimento politico e culturale che cresceva intorno al "modello operaio" di lotte per la salute. Sia nel periodo in cui era necessaria un'opera di rafforzamento strutturale e funzionale, durante gli anni '80. L'esperienza in Emilia-Romagna ha contribuito in modo determinante, peraltro, nell'affermarsi in quel periodo a livello nazionale di un modello nuovo di servizi pubblici.

Negli anni '90 è stato anche direttore generale di aziende sanitarie, in particolare a Ravenna, dove ha affrontato la missione di riorganizzare i servizi sanitari senza perdere la visione complessiva dell'assistenza e la necessità di rispondere agli effettivi bisogni di salute delle popolazioni.

Alcuni amici e collaboratori di Martignani hanno ritenuto importante non solo ricordarlo, ma usare la memoria del suo operare per creare opportunità di crescita culturale e per valorizzare idee e progetti innovativi nel campo della salute e hanno costituito un Comitato promotore del "Premio Alessandro Martignani".

L'Associazione italiana di epidemiologia (AIE) ha deciso di aderire alla proposta e di assumere anche la responsabilità giuridica dell'iniziativa. Altre organizzazioni, tra cui la Società nazionale degli operatori della prevenzione (SNOP) e l'Associazione Ambiente-Lavoro, hanno manifestato il proprio sostegno.

L'Assessorato regionale alla sanità (ora alle politiche per la salute) dell'Emilia-Romagna, l'Agenzia sanitaria regionale e l'Azienda USL di Ravenna hanno sempre attivamente sostenuto l'iniziativa.

La prima edizione del Premio, nel 2001, è stata dedicata al contributo della pubblica amministrazione e delle parti sociali alle nuove strategie per la salute e la sicurezza nel lavoro. Oltre a una tesi di laurea sugli infortuni nei minori a Modena, il riconoscimento è andato ai Servizi di prevenzione nei luoghi di lavoro delle Aziende USL di Bologna e di Firenze, impegnati nel proteggere la salute e la sicurezza dei lavoratori nei cantieri della tratta appenninica del treno ad alta velocità.

La seconda edizione del Premio, che si è tenuta nell'ottobre del 2003 in occasione della Riunione annuale dell'Associazione italiana di epidemiologia a Bologna, è stata dedicata alle "relazioni sanitarie". Si è voluto in tal modo valorizzare il ruolo della comunicazione per la salute, soprattutto quando questa serve a facilitare il confronto tra i soggetti interessati, la selezione delle priorità e l'adozione delle azioni conseguenti. La "relazione sanitaria", infatti, è stata considerata come un fondamentale strumento di comunicazione tra tecnici, amministratori e cittadini sui temi della salute di una comunità e sull'uso dei servizi sanitari.

In competizione c'erano il Ministero della salute, molte Regioni, Province, Comuni e Aziende sanitarie con 39 prodotti. Il premio è andato al Dipartimento di sanità pubblica dell'Azienda USL di Piacenza per il suo *Profilo dello stato di salute* che ha rappresentato un efficace contributo, si legge nella motivazione, ai processi di selezione delle priorità e di costruzione partecipata dei Piani per la salute. Con questo premio la Giuria ha voluto premiare anche gli analoghi sforzi compiuti da tutte le Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna per lo sviluppo dei Piani per la salute. È stata premiata anche *La salute in Piemonte 2000*, relazione prodotta dall'Agenzia regionale per i servizi sanitari del Piemonte.

Questa terza edizione del Premio Martignani è finalizzata alla valorizzazione degli impegni a contrasto degli effetti negativi sulla salute di disuguaglianze sociali, economiche o culturali. È un ambito vasto che può includere iniziative assai diverse: da quelle per la prevenzione dei rischi al miglioramento dell'accesso ai servizi, dal rafforzamento delle capacità individuali a effettuare scelte consapevoli per la salute ad azioni mirate all'assistenza di gruppi specifici di persone, e altre ancora.

Sono state considerate iniziative realizzate in Italia, tra l'inizio del 2002 e la fine del 2004, da soggetti pubblici e privati. In particolare si richiedeva che avessero affrontato tutti i seguenti aspetti di un problema di disuguaglianza nei confronti della salute:

- come si colmano le lacune conoscitive sulle disuguaglianze a livello locale;
- come si riesce a introdurre nell'agenda della politica locale il tema;
- quali effetti significativi sono stati realizzati attraverso interventi *ad hoc*.

Le schede che descrivono le 38 iniziative proposte per il Premio sono state raccolte in questo *Catalogo*. Esse contengono le seguenti informazioni:

- a. titolo dell'iniziativa
- b. istituzione/i od organizzazione/i responsabile/i dell'iniziativa
- c. autore/i o referente/i e indirizzo
- d. periodo di tempo a cui si fa riferimento
- e. contesto in cui si è svolta l'attività
- f. obiettivi che si intendevano raggiungere
- g. come sono state analizzate e documentate le disuguaglianze
- h. come è stato promosso il tema nell'agenda politica locale
- i. come sono stati coinvolti altri soggetti interessati (istituzioni, associazioni, servizi, singole persone)
- j. azioni specifiche realizzate
- k. principali risultati ottenuti attraverso le azioni realizzate

La Giuria che ha valutato le candidature era composta da Gianfranco Bertazzini, Marco Biocca, Antonio Caiazzo, Silvia Candela, Bianca Maria Carlozzo, Giuseppe Costa, Gavino Maciocco, Benedetta Riboldi, Federica Sarti, Angelo Stefanini e Paolo Tori.

Per il Premio, che verrà assegnato durante una giornata di studio a Bagnacavallo (Ravenna) il 17 giugno 2005, sono state selezionate le seguenti esperienze:

- Azienda USL di Reggio Emilia e Comune di Reggio Emilia  
Il luogo delle origini: nascere nella migrazione tra genitori, operatori e servizi
- Azienda USL di Ferrara e Comune di Ferrara  
Una casa per Pollicino
- Azienda USL di Bologna, Comune di Bologna, Università di Bologna, AMISS, SOKOS - Bologna  
Sperimentazione interregionale per combattere le disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari
- Cooperativa sociale Educare Insieme - Faenza  
Umanamente
- Associazione Senza Confini - Ancona  
Accoglienza degli immigrati regolari e irregolari nella città di Ancona
- Azienda USL di Cesena e Associazione SALEM - Cesena  
Progetto SALEM



# Schede



# **1. Applicazione della direttiva programmatica alle Comunità montane e alle zone pedemontane per la facilitazione dell'accesso delle popolazione ai servizi primari**

Azienda USL di Parma  
Distretto di Sud Est

<b>Autore/referente</b>	Dott.ssa Rita Cavazzini direttore Distretto Sud Est (dal 2003) Dott. Massimo Fabi direttore Distretto Sud Est (dal 1998 al 2003)
<b>Periodo di tempo a cui si fa riferimento</b>	2000-2005
<b>Contesto in cui si è svolta l'attività</b>	Sei Comuni e relative frazioni sui 13 che compongono il Distretto, afferenti alla Comunità montana Appennino Parma Est (Calestano, Langhirano, Neviano degli Arduini, Monchio delle Corti, Palanzano e Tizzano Val Parma).
<b>Obiettivi che si intendevano raggiungere</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Offrire livelli di assistenza più articolati al di sopra dei LEA costruendoli con l'apporto degli Enti locali, del volontariato, delle IPAB del Terzo settore.</li><li>• Avvicinare i servizi di base alla popolazione distrettuale, specie quella più disagiata e più anziana residente nelle zone montane del distretto.</li><li>• Superare situazioni di grave isolamento e disagio per alcune tipologie di prestazioni (per es. TAO).</li><li>• Prevenire possibili situazioni di fragilità determinate dall'isolamento d'intesa con le Amministrazioni comunali e i medici di medicina generale.</li><li>• Costruire nel tempo una rete efficiente di punti servizi stabili di base.</li><li>• Allargare la rete degli sportelli unici, sia pubblici che convenzionati, con il coinvolgimento della rete di volontariato.</li><li>• Aumentare i punti di guardia medica, soccorso medicalizzato, per ridurre i tempi di percorrenza nei territori montani.</li></ul>

- Coinvolgere le autonomie locali, le associazioni di volontariato, il Terzo settore nella fase di progettazione, realizzazione e co-finanziamento del progetto.
- Offrire opportunità di servizi al di là dei livelli essenziali di assistenza.

**Analisi  
e documentazione  
delle disuguaglianze**

*Valutazione delle disuguaglianze*

- Valutazioni formali.
- Incontri dei Sindaci, Direzione generale, Direzione distrettuale.
- Confronti nelle sedi di programmazione (Comitati di distretto, Comitati degli Accordi di programma, Conferenza sanitaria territoriale, Esecutivo di Sindaci, Consigli comunali).
- Segnalazioni formali (lettere, comunicazioni) associazioni di volontariato (Assistenze pubbliche, Auser, Avoprorit, ...).

*Valutazioni e riscontri*

- Dati di attività in possesso del Dipartimento delle cure primarie e del Servizio assistenza anziani.
- Analisi quali-quantitativa della potenzialità della rete e sua dislocazione territoriale anche attraverso l'attività dei medici di medicina generale.

**Promozione del tema  
nell'agenda politica  
locale e delle  
associazioni**

Alle azioni sopra descritte si sono aggiunte specifiche intese sia di ambito distrettuale che di singola realtà territoriale.

**Azioni specifiche**

- Ogni iniziativa è stata governata congiuntamente dal rappresentante dell'Amministrazione comunale e dalla Direzione dell'Azienda USL che in modo formale hanno individuato di volta in volta le associazioni presenti su quel territorio e più idonee a svolgere l'attività prescelta, e i medici di medicina generale di riferimento.
- Definizioni di intese formali contenenti obiettivi comuni, reciprocità di diritti/doveri, impegno risorse congiuntamente destinate.
- Illustrazione delle intese raggiunte nelle sedi territoriali prescelte (Consigli Comunali, incontri con la popolazione, medici di medicina generale).
- Verifiche periodiche (mediamente annuali) o con altra cadenza se richieste.

Su questa metodologia sono stati realizzati gli sportelli unici, i punti prelievo, il progetto Il Filo d'Arianna, il potenziamento del soccorso medicalizzato, i collegamenti telematici tra servizi sanitari, volontariato, Comuni, Comunità montana, IPAB e farmacie.

Hanno contribuito a realizzare gli sportelli unici sanitari i Comuni già citati in premessa, la Comunità montana Appennino Parma Est, le Case protette Villa Margherita di Calestano e Val Parma di Langhirano.

Il Filo d'Arianna:

- progetto gestito dalle associazioni di volontariato dei comuni della Comunità montana e per successive implementazioni alcuni Comuni della zona pedemontana (Collecchio, Sala Baganza, Traversetolo);
- progetto affidato alle associazioni di volontariato in genere (Pubbliche assistenze, AVIS, ecc.), il cui principio è quello del telesoccorso;
- *screening* della popolazione a rischio effettuata dai Servizi sociali dei Comuni;
- formazione dei volontari a cura dell'Azienda USL;
- contatti con la popolazione a rischio;
- monitoraggio periodico telefonico a cura delle associazioni di volontariato;
- eventuale presa in carico.

Potenziamento del soccorso medicalizzato:

- a superamento dei LEA, i Comuni hanno contribuito a finanziare 2 punti di automedica (Traversetolo e Collecchio) in aggiunta a quella già prevista (Langhirano).

#### **Principali risultati**

- Ampliamento della rete dei servizi attraverso l'istituzione di punti prelievo sia ordinari che TAO nei Comuni citati, e del relativo servizio trasporto presso i laboratori di riferimento, nonché mantenimento di punti di erogazione ambulatoriale decentrati.
- Miglioramento dell'accesso ai servizi specie della popolazione anziana di riferimento in zone montane disagiate.
- Avvio del monitoraggio delle condizioni dell'anziano fragile.
- Superamento dell'isolamento anziani e persone fragili.

- Attivazione di una ricerca sperimentale sull'anziano fragile realizzata tra medici medicina generale e assistenti sociali territoriali finanziata con la delibera di Giunta della Regione Emilia-Romagna n. 2.305 del 22 novembre 2004: quota di finanziamento Euro 35.000,00.
- Istituzione di nuovi sportelli unici gestiti dalle Amministrazioni comunali, non solo per i Comuni montani ma anche negli altri Comuni distrettuali.
- Intesa con la Comunità montana e apertura di uno sportello unico nel Comune di Monchio delle Corti.
- Apertura di punti CUP nelle farmacie comunali.
- Finanziamenti comunali per l'attività di prodsmnto soccorso medicalizzato in aggiunta ai livelli essenziali di assistenza (punti di Langhirano, Collecchio e Traversetolo).

Il valore aggiunto del progetto e dei risultati ottenuti è determinato, oltre che dall'aumento della qualità della vita della popolazione, anche dal rapporto positivo tra costi - contenuti rispetto alla capillarizzazione degli interventi - offerta di servizi resi al cittadino.

Sul piano delle modifiche dei comportamenti e delle acquisizioni culturali e di valore:

- valorizzazione del ruolo e della funzione delle Amministrazioni comunali;
- consolidamento della capacità degli operatori sociali e sanitari a interagire per la definizione di progetti comuni;
- ruolo attivo del volontariato come soggetto partecipe nella gestione, con risorse proprie.

#### **Prospettive future**

È intendimento procedere - sempre con la compartecipazione delle Associazioni di volontariato e dei Comuni - per completare l'offerta dei servizi attraverso l'apertura di un nuovo punto prelievi nel Comune montano di Corniglio sino a ora non ricompreso nel progetto, e di un punto sperimentale di telecardiologia nei Comuni di Monchio delle Corti e Palanzano in collegamento con l'Azienda ospedaliera di Parma.

## 2. Autismo a scuola, per un'integrazione di qualità

Associazione Bambini e Autismo onlus, Parma



**Autore/referente**

Cristiana Torricella  
presidente Associazione Bambini e Autismo onlus  
sede legale via G. Callani 10 - 43100 Parma  
tel. 347 9303200  
sede operativa c/o Fondazione Bambini e Autismo onlus  
via G. Ferraris 13/b - 43036 Fidenza (PR)  
tel. 0524 524047

**Periodo di tempo  
a cui si fa riferimento**

settembre 2004 - giugno 2005

**Contesto  
in cui si è svolta  
l'attività**

Il progetto nasce come tentativo di risposta a fronte delle varie problematiche rilevate dalle famiglie di bambini affetti da disturbi generalizzati dello sviluppo (DGS) che frequentano scuole di diverso grado, distribuite sul territorio del comune e della provincia di Parma.

Tale progetto si inserisce nel più ampio concetto di sistema curante, ossia di sistema di azioni condivise fra tutte le istituzioni che partecipano sinergicamente al progetto educativo globale della persona con DGS, sostenuto dalle maggiori associazioni di genitori e che rappresenta la scelta che in molti Paesi europei già da tempo è stata fatta per venire incontro alle necessità delle persone con autismo e delle loro famiglie.

Per poter parlare dell'integrazione scolastica dei bambini con DGS occorre prima ricordare che cosa significa essere affetti da DGS e come le caratteristiche stesse di queste sindromi costituiscano una sfida per l'integrazione; infatti i *deficit* di base che caratterizzano i DGS sono condizioni che di per sé rendono particolarmente difficile l'apprendimento e l'integrazione scolastica.

L'autismo si inquadra nella più ampia categoria dei disturbi generalizzati dello sviluppo, dove il termine generalizzati indica appunto che vi sono diverse aree dello sviluppo - area cognitiva, area della comunicazione, verbale e non verbale, area dell'interazione sociale - che presentano menomazioni qualitative.

Questo rende i nostri bambini assolutamente speciali e bisognosi di un'educazione altrettanto speciale, attraverso l'utilizzo di strategie educative fondate su una profonda conoscenza delle peculiarità di tale patologia e su una reale comprensione del funzionamento delle persone con autismo e delle loro capacità di apprendimento.

Il progetto Autismo a scuola, per un'integrazione di qualità si propone di sperimentare una possibile soluzione alle problematiche dell'integrazione scolastica per l'autismo. Ma per le persone con autismo, l'educazione rappresenta molto di più di un diritto fondamentale: l'educazione è indispensabile per compensare le enormi difficoltà.

Dal punto di vista normativo l'art. 8 della Legge 104/1992 recita:

*L'inserimento e l'integrazione sociale della persona handicappata si realizzano mediante: (...) provvedimenti che rendano effettivi il diritto all'informazione e il diritto allo studio con particolare riferimento alle dotazioni didattiche e tecniche, ai programmi, e ... alla disponibilità di personale appositamente qualificato, docente e non docente.*

In base all'art. 14 è garantita la continuità didattica.

L'art. 3 della Carta dei diritti delle persone con autismo di *Autisme Europe* adottata dal Parlamento europeo (1996), stabilisce chiaramente, in conformità ai Trattati e alle Dichiarazioni internazionali, il diritto delle persone con autismo a un'educazione appropriata e accessibile.

Nel caso specifico dei DGS, gli operatori si sono spesso trovati ad affrontare un'infinità di informazioni incoerenti e a disperdere le proprie energie a causa di:

- mancanza di conoscenze scientifiche e disponibilità di strumenti oggettivi;
- adozione di metodologie alla moda non supportate da validazione scientifica;
- mancanza di strumenti di monitoraggio e di valutazione dell'efficacia dei programmi educativi;
- mancanza di collaborazione da parte di esperti sia in fase di programmazione sia di attuazione dell'attività educativo-didattica;
- impossibilità di operare con effettiva continuità didattica a causa del *turn over* degli insegnanti di sostegno e degli assistenti, e dalla prevalenza di questi ultimi sugli insegnanti di sostegno in termini di ore di affiancamento ai bambini.

**Obiettivi che si intendevano raggiungere**

La Scuola, quale soggetto istituzionale chiamato alla realizzazione del suddetto sistema curante e in quanto momento fondamentale della vita di ogni persona, deve rappresentare anche per i bambini affetti da DGS opportunità per esperienze significative di socializzazione, di ampliamento delle capacità comunicative e relazionali, di apprendimento di competenze e abilità essenziali mirate a favorire l'autonomia, al fine di dare qualità alla loro esistenza.

Per tutte queste ragioni è necessario che all'interno della Scuola si operi con competenze specifiche e in regime di qualità, individuando percorsi educativi individualizzati, nella convinzione che questo faccia la differenza tra semplice inserimento ed integrazione sociale vera.

Il progetto *in primis* prevede tra le diverse azioni un corso di formazione con l'obiettivo di fornire strumenti teorici e pratici secondo le conoscenze e le prassi maggiormente accreditate dalla comunità scientifica internazionale, rivolto a tutto il personale che a vario titolo lavora all'interno del contesto scolastico, nonché alle famiglie.

L'aspetto maggiormente qualificante del progetto è la creazione di gruppi di lavoro sull'autismo (all'interno delle 7 scuole partecipanti al progetto), costituiti da docenti, educatori e assistenti supportati dagli esperti della Fondazione Bambini e Autismo onlus. [La Fondazione, che si occupa della presa in carico globale delle persone con DGS, ha ottenuto il riconoscimento giuridico del Ministero della sanità con DM 13 dicembre 1999 ed è la prima struttura in Italia e la seconda in Europa ad aver ricevuto la Certificazione di qualità europea ISO 9001:2000].

Il compito di questi gruppi è la stesura di una programmazione educativa individualizzata attraverso la definizione di obiettivi, chiari, concreti, flessibili e misurabili. Gli obiettivi a breve termine sono i seguenti:

- ridurre le crisi comportamentali e i comportamenti socialmente inadeguati dei bambini con autismo all'interno della scuola;
- ridurre i tempi di permanenza al di fuori delle aule;
- favorire l'apprendimento delle conoscenze e delle capacità fondamentali, che possono essere trasferite nella vita quotidiana;
- raggiungere obiettivi di tipo cognitivo e relazionali.

Nel medio lungo termine invece il progetto si propone di:

- creare nuove professionalità: fornire a insegnanti e operatori gli strumenti adeguati per lavorare con i bambini con autismo significa eliminare i fattori di frustrazione e fallimento altrimenti presenti;
- assicurare stabilità durante l'anno scolastico;
- portare le medesime competenze nelle attività extra-scolastiche che servono a integrare e a estendere l'attività educativa in continuità e in coerenza con l'attività della scuola (Legge 104/1992);
- garantire il diritto allo studio dei bambini con autismo, con particolare riferimento alle dotazioni didattiche e tecniche, ai programmi e alla disponibilità di personale appositamente qualificato (Legge 104/1992);
- garantire il principio della continuità anche nel passaggio da un grado di scuola a un altro (Legge 104/1992);
- creare le condizioni adeguate per favorire il passaggio alle scuole superiori e/o a un inserimento lavorativo;
- favorire l'integrazione scolastica e sociale dei bambini con autismo;
- migliorare la qualità della vita dei bambini e delle loro famiglie.

**Analisi  
e documentazione  
delle disuguaglianze**

Da questo punto di vista l'Associazione Bambini e Autismo onlus ha condotto con il supporto scientifico della Fondazione Bambini e Autismo onlus un'analisi accurata dello *status quo* a Parma e provincia attraverso una ricognizione qualitativa dei bisogni su un campione di 20 bambini, coinvolgendo dirigenti scolastici, docenti, educatori e assistenti di amministrazioni comunali e cooperative sociali, nonché i genitori dei bambini affetti da DGS.

**Promozione del tema  
nell'agenda politica  
locale**

Per ciò che concerne il coinvolgimento delle istituzioni e dei vari attori presenti sul territorio, l'Associazione ha promosso il progetto sensibilizzando i diversi soggetti, soprattutto in virtù delle relazioni instaurate in un anno e mezzo di attività sul territorio.

**Coinvolgimento  
di altri soggetti  
interessati**

Come già detto, nell'ambito della politica locale, un risultato molto concreto è stato ottenuto con l'inserimento nei Piani di zona della collaborazione tra il Comune di Parma e la nostra Associazione.

Per quanto riguarda invece le altre istituzioni, sono state organizzate riunioni *ad hoc* nelle quali il progetto è stato adeguatamente presentato e condiviso. Nello specifico sono stati organizzati incontri con l'Azienda sanitaria locale,

il Comune, il Centro di servizi amministrativi, la Provincia di Parma, e con il Comune di Noceto. È prossima anche la collaborazione con il Comune di Fidenza.

Tutti gli incontri hanno avuto esito estremamente positivo, che si è tradotto in lettere ufficiali di approvazione e supporto al progetto.

Il progetto ha inoltre usufruito dell'appoggio di diversi soggetti privati tra i quali la Barilla SpA, la Fondazione Cassa di Risparmio di Parma e i Lyons Club, i quali hanno supportato il progetto anche finanziariamente.

Per quanto riguarda le scuole sono stati realizzati incontri specifici di presentazione del progetto; le scuole sono state individuate in base sia ai rapporti esistenti sia ai criteri esposti nel punto relativo alle azioni specifiche del progetto.

Gli incontri hanno visto il coinvolgimento dei dirigenti scolastici, dei colleghi docenti e di eventuali gruppi di lavoro e *forum* per l'integrazione scolastica, oltre che dei genitori delle seguenti scuole:

- scuola elementare P. Alberelli, Parma;
- scuola elementare De La Salle, Parma;
- scuola elementare E. De Amicis, Fidenza;
- scuola media Zani, Fidenza;
- scuola elementare R. Pezzani, Noceto;
- scuola elementare G. Verdi, Collecchio;
- scuola elementare A. Frank, S. Polo di Torrile.

In concomitanza con l'inizio dell'anno scolastico e quindi del progetto, è stata organizzata il giorno 5 ottobre 2004 una riunione di tutte le istituzioni e le organizzazioni (in totale hanno partecipato 16 rappresentanti di istituzioni e organizzazioni), precedentemente coinvolte singolarmente, per condividere in maniera ufficiale e definitiva il progetto.

Infine, il progetto è stato premiato da una giuria competente nell'ambito dell'iniziativa promossa dal Lyons Club Host in occasione del 50° anno dalla fondazione. Il bando-concorso ha premiato le migliori 7 iniziative di Parma e provincia nell'ambito del volontariato.

## **Azioni specifiche**

L'Associazione Bambini e Autismo ha proposto e realizzato la creazione, all'interno di ciascuna delle 7 scuole che hanno aderito al progetto, di un gruppo di lavoro sull'autismo, composto dagli insegnanti (di classe e di sostegno) e dagli educatori e assistenti assegnati ai bambini con disturbi generalizzati dello sviluppo.

I plessi scolastici sono stati individuati in base ai seguenti elementi:

- richiesta delle famiglie;
- presenza di bambini con DGS iscritti nelle scuole e seguiti dalla Fondazione Bambini e Autismo onlus;
- disponibilità del Dirigente scolastico, dei docenti, degli educatori e degli assistenti in organico.

Due sono le principali tipologie di azione realizzate dal progetto.

### *Azione 1. Corso di formazione*

La fase iniziale del progetto ha previsto l'organizzazione di un corso di formazione teorico-pratico, iniziato nel novembre 2005 e terminato a marzo 2005, indirizzato a docenti, educatori, assistenti e genitori, per un monte ore totale di 40 ore suddivise in 13 giornate formative, e ha visto la partecipazione di 79 corsisti.

Uno degli aspetti maggiormente qualificanti e innovativi del progetto è che il percorso formativo non ha riguardato il solo momento iniziale. Grazie infatti alla presenza di esperti della Fondazione Bambini e Autismo onlus del Centro operativo di Fidenza con compiti di indirizzo e supervisione del gruppo di lavoro, insegnanti, educatori e assistenti continuano la loro formazione *in itinere* nell'arco dell'intero anno scolastico, avendo l'opportunità di essere continuamente supportati nella predisposizione e attuazione del lavoro didattico individualizzato con i singoli bambini, allo scopo di creare un vero patrimonio di cultura e professionalità che in futuro possa avere vita sempre più autonoma.

### *Azione 2. Creazione dei gruppi di lavoro all'interno delle scuole*

Come sopra menzionato, uno degli obiettivi fondamentali del progetto è stata la creazione all'interno delle 7 scuole partecipanti al progetto del gruppo di lavoro sull'autismo, costituito dagli insegnanti, dagli educatori e dagli assistenti di 10 alunni affetti da DGS.

Sulla base delle valutazioni funzionali iniziali rilasciate dalla Fondazione Bambini e Autismo onlus e realizzate con l'ausilio del PEP-R (*Personal Educational Profile - Review*), il gruppo di lavoro sull'autismo ha elaborato il documento di

programmazione educativa individualizzato (PEI) attraverso la definizione di obiettivi chiari, concreti, flessibili e misurabili.

Il gruppo si riunisce con cadenza mensile per monitorare e valutare il raggiungimento degli obiettivi, rivedere e ampliare la programmazione.

Il lavoro individualizzato sugli apprendimenti didattici e le autonomie è finalizzato a creare le condizioni per una reale integrazione scolastica e per un generale miglioramento delle condizioni di vita del bambino in quanto parte integrante di un progetto di presa in carico globale.

### **Principali risultati**

Dal punto di vista quantitativo gli obiettivi raggiunti sono stati:

- 1 corso di formazione per un totale di 40 ore (distribuite su 13 giorni) di formazione erogata a 79 corsisti iscritti;
- stesura di 10 piani educativi individualizzati in 7 istituti scolastici frequentati da 10 alunni affetti da DGS;
- 52 ore di tutoraggio erogate;
- 5 riunioni per ciascun gruppo di lavoro, per un totale di 35 riunioni;
- coinvolgimento di 16 rappresentanti di 9 fra istituzioni e organizzazioni presenti sul territorio;
- strutturazione di circa 14 ambienti, dei materiali e delle attività didattiche sulla base delle esigenze individuali di ciascuno dei 10 alunni che frequentano le 7 scuole coinvolte, nonché degli ambienti e delle situazioni di gruppo finalizzate allo sviluppo delle abilità relazionali e a favorirne l'inserimento sociale.

Le verifiche di medio periodo evidenziano anche il raggiungimento di molti degli obiettivi a breve termine e una positiva tendenza verso il raggiungimento delle finalità più generali.

Dal punto di vista qualitativo il progetto formativo ha affrontato vari aspetti: dalle caratteristiche dei DGS alla luce delle nuove scoperte fino al progetto educativo globale, soffermandosi sui temi fondamentali, dalla comunicazione al gioco, ai problemi comportamentali, trattati sulla base delle conoscenze scientifiche più aggiornate e maggiormente accreditate, nonché sulla definizione delle procedure (azioni, soggetti responsabili, tempi) e degli strumenti necessari per un'efficace programmazione scolastica:

- procedure/strumenti di valutazione,
- procedure/strumenti per l'attività educativa,
- procedure/strumenti di verifica,
- procedure/strumenti di comunicazione.

Dall'analisi dei questionari di soddisfazione somministrati al termine del corso di formazione in cui si chiedeva di esprimere il proprio gradimento rispetto all'offerta formativa utilizzando una scala da 1 a 10, risulta un punteggio medio di 8,26.

Grazie alla definizione di ruoli e di responsabilità si vanno creando o stabilizzando gli equilibri necessari nei rapporti fra tutti i soggetti che collaborano al progetto educativo in favore del bambino.

In questo diverso modo di concepire il progetto educativo, la famiglia viene ad assumere un ruolo fondamentale.

Il progetto ha inoltre permesso di potenziare e valorizzare l'operato dell'Associazione e della Fondazione Bambini e Autismo onlus, raggiungendo obiettivi rilevanti in termini di sensibilizzazione di tutti gli attori coinvolti, dai soggetti istituzionali ai genitori, passando per i dirigenti scolastici, i docenti, gli educatori e gli operatori socio-assistenziali.

Sul versante istituzionale, l'inserimento nei Piani di zona della collaborazione con il Comune di Parma e l'approvazione formale, con lettera firmata dal Presidente della Provincia di Parma, oltre che dell'Azienda sanitaria locale, del CSA di Parma e del Comune di Noceto, ha sancito la condivisione dei principi e delle azioni del progetto.

Per favorire la continuità dei programmi iniziati a beneficio dei bambini affetti da DGS e per valorizzare le competenze professionali degli insegnanti, le azioni dell'Associazione Bambini e Autismo nell'immediato futuro saranno finalizzate a far sì che le risorse fin qui investite e gli sforzi compiuti non vengano vanificati dalla mancanza di continuità didattica.

Nel prossimo anno scolastico vorremmo allargare il progetto a un maggior numero di bambini e scuole e continuare nell'attività di formazione.

Non possiamo che augurarci che gli obiettivi raggiunti grazie al progetto in termini di sensibilizzazione di tutti gli attori coinvolti e le buone relazioni avviate possano garantire per il futuro collaborazioni sempre più positive e funzionali fra tutti coloro che operano attivamente per garantire alle persone affette da DGS un futuro veramente integrato.

### 3. CAVS - Centro assistenza violenza sessuale

Associazione Centro Antiviolenza, Parma

**Autore/referente** Carmelina Frassica  
piazzale S. Croce 7 - 43100 Parma  
Maria Grazia Cassinari  
via Muratori 21 - 43100 Parma

**Periodo di tempo  
a cui si fa riferimento** gennaio 2002 - dicembre 2004

**Contesto  
in cui si è svolta  
l'attività** Da un'indagine ISTAT svolta in Italia sulle violenze e le molestie sessuali subite dalle donne nel corso della vita e nei tre anni precedenti l'intervista, risulta che sono state 520.000 le donne tra i 14 e i 59 anni che nel corso della vita hanno subito uno stupro o un tentativo di stupro: si tratta del 2,9% del totale delle donne della stessa età. Autori delle violenze sono per lo più persone conosciute, soprattutto amici, ma anche datori e colleghi di lavoro e fidanzati; i luoghi più a rischio quelli familiari: proprio qui, tra casa e posto di lavoro, oltre il 43,8% delle donne che ha subito una violenza tentata o consumata ha vissuto il proprio dramma.

L'indagine, nell'ambito della ricerca multiscopo Sicurezza dei cittadini, è stata eseguita su un campione di 60.000 famiglie, per un totale di 22.759 donne di età compresa tra i 14 e i 59 anni, ed è stata effettuata telefonicamente nel 2002.

Il 24,2% delle donne abusate nel corso della vita (e il 29,4% di quelle che lo sono state negli ultimi tre anni) ha subito più volte violenze dalla stessa persona. Soltanto il 7,4% delle vittime di uno stupro o di un tentato stupro ha denunciato il fatto (il 9,3% di chi lo ha subito negli ultimi tre anni).

Quanto alle violenze sessuali tentate o consumate, sempre sulla base dell'indagine ISTAT, sono 118.000 (0,7%) le donne che ne hanno subite almeno una nei tre anni precedenti l'intervista.

In generale, hanno tra i 25 e i 44 anni coloro che più frequentemente hanno subito una violenza nel corso della vita (3,6%) contro l'1,9% delle più giovani.

Gli autori sono soprattutto persone conosciute, se non addirittura intime, delle vittime: nel corso della vita, solo il 18,3% delle vittime è stata violentata da un estraneo e il 14,2% da un conoscente di vista. Per il resto sono gli amici a essere

più frequentemente i violentatori (23,5%), seguiti dai datori o colleghi di lavoro (15,3%), dai fidanzati/ex fidanzati (6,5%), dai coniugi/ex coniugi (5,3%).

Di conseguenza, per le donne i luoghi più a rischio sono proprio quelli più familiari: il 15,8% delle vittime ha subito violenza tentata o consumata a casa propria o negli spazi attinenti, l'11,8% al lavoro o negli spazi circostanti, il 9,3% a casa di amici, di parenti o di conoscenti e un ulteriore 6,9% a casa dello stesso aggressore.

Una violenza, quella sessuale, che viene definita grave dall'84,7% ma di cui quasi un terzo non parla con nessuno. Dopo averla subita, avvengono tuttavia mutamenti di atteggiamento soprattutto in chiave relazionale: quasi la metà delle vittime (48,9%) ha infatti dichiarato di essere diventata più fredda e più razionale.

Solo nel 2004 sono state 108 le donne che si sono rivolte all'Associazione Centro Antiviolenza di Parma a causa di violenza subita.

Il mondo sanitario, e in particolare gli operatori sanitari del Pronto soccorso, sono spesso i primi a essere coinvolti nel fenomeno perché chiamati ad agire sui traumi fisici della violenza.

Risulta carente nel nostro Paese un intervento qualificato e specifico nei confronti delle vittime di violenza sessuale e così pure risulta carente l'adozione sistematica e comune a tutti gli operatori sanitari di adeguate modalità relazionali e comportamentali al momento dell'accoglienza di queste donne.

Il Pronto soccorso, inoltre, a causa dell'elevato numero di pazienti che lo affollano, sottopone queste donne a lunghi tempi di permanenza in sala d'aspetto in attesa della visita, concedendo per di più poco spazio alla *privacy* e precludendo spesso una richiesta di aiuto relativo al trauma e alla sofferenza che l'esperienza di violenza sessuale (o fisica) immancabilmente comporta.

Questa tendenza a considerare e agire nei confronti delle vittime di violenza alla stregua di coloro che presentano lesioni di uguale gravità ma che non sono conseguenza di un'aggressione, è indice della scarsa considerazione che è stata data a livello sociale e culturale al grave disagio psichico delle donne che subiscono violenza.

Gli operatori sanitari spesso davanti a questi fenomeni di violenza vivono una situazione di disagio poiché le cure mediche non esauriscono le necessità delle donne che subiscono il trauma né esiste la possibilità di inviarle a strutture specializzate che possano intervenire anche al momento dell'emergenza.

Se per queste donne è quindi prevista l'assistenza sanitaria, è invece del tutto inesistente un sostegno di tipo socio-psicologico nonostante gli studi e le indicazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità. Emerge infatti da queste ricerche come la violenza possa essere un fattore eziologico e di rischio per patologie mentali quali depressione, idee suicide, attacchi di panico, paura, sensi di colpa, bassa autostima, disfunzioni sessuali, disturbi alimentari, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo post-traumatico da stress, abuso di farmaci, alcool, droga.

Risulta allora evidente la necessità della prevenzione e trattamento delle conseguenze di questo fenomeno anche in termini di danni alla salute psichica oltre che fisica.

**Obiettivi che si intendevano raggiungere**

- Attivare una collaborazione con l'Azienda ospedaliera di Parma per migliorare i servizi socio-sanitari e di sostegno psico-sociale e consulenza legale alle donne vittime di violenza, in particolare attraverso la stipula di un protocollo d'intesa con Azienda ospedaliera, Aziende sanitarie locali. Provincia di Parma, Comuni, Questura di Parma, Università degli studi di Parma, Istituto di medicina legale.
- Far acquisire competenze specifiche agli operatori sanitari rispetto all'accoglienza delle donne che hanno subito violenza supportando in particolare rispetto alla relazione d'aiuto (corso attivato nel 2001 e finito nel 2002 col ritorno d'aula).
- Dotare la struttura ospedaliera di spazi e risorse dedicate all'accoglienza e al supporto di donne che hanno subito violenza. In particolare il progetto prevedeva l'apertura di un locale presidiato dove le donne possono rivolgersi per una prima visita d'urgenza, ma anche per eventuali controlli, per avere consigli, chiarimenti circa la denuncia e l'assistenza legale e nel quale siano possibili terapie psicologiche per il superamento del trauma.
- Stabilire una rete di collaborazione fra il punto di accoglienza e le diverse professionalità interne all'ospedale: ginecologa, ostetrica, infermiere, medici legali, assistenti sociali.
- Sveltire le attese per accedere all'intervento sanitario (visita ginecologica, esami batteriologici e infettivologici, prelievi ematici, ecc.)
- Accrescere la sensibilità a livello cittadino sulle problematiche legate al fenomeno della violenza alle donne.

**Analisi  
e documentazione  
delle disuguaglianze**

Le disuguaglianze sono in parte elencate nella premessa e riguardano le differenze di genere oltre che la tipicità delle lesioni che necessitano un'accoglienza non solo rispetto ai traumi fisici ma in particolare rispetto a quelli psicologici-comportamentali.

Il Centro antiviolenza si occupa da tempo delle donne che subiscono violenza fisica, economica, psicologica e sessuale e dei figli minori e offre le seguenti possibilità:

- colloqui di accoglienza presso la sede di Parma e presso gli sportelli aperti a Fornovo e Borgo Valditaro;
- consulenza legale;
- consulenza psicologica;
- gruppo di auto-mutuo-aiuto;
- ospitalità nelle case-rifugio: nella prima, con indirizzo segreto, vengono accolte donne con o senza figli in situazione di grave pericolo; nella casa di seconda accoglienza le donne portano a termine i percorsi di autonomia già iniziati.

La recente apertura del CAVS (Centro assistenza violenza sessuale) presso l'Ospedale Maggiore ha inteso colmare la lacuna presente in tale struttura rispetto all'accoglienza delle donne che hanno subito violenza.

La scarsa formazione che il personale sanitario ha in questo ambito rappresenta di per sé una disuguaglianza di approccio, poiché non si ritiene necessario possedere particolari competenze su problematiche tanto specifiche da richiedere sicuramente una maggiore attenzione di studio ed elaborazione; in questo caso il problema viene dimenticato e si tende a rimuovere un bisogno che avrebbe dignità di ascolto.

**Promozione del tema  
nell'agenda politica  
locale**

La Provincia di Parma è stata promotrice e ha finanziato il corso; la Regione Emilia-Romagna ha approvato il progetto (DGR 2760/2002).

**Coinvolgimento  
di altri soggetti  
interessati**

- Hanno partecipato alla formazione - oltre al personale dell'ospedale - il personale dell'Azienda USL, le assistenti sociali dei Comuni della provincia di Parma e le operatrici di altre associazioni che si occupano di donne.
- L'Azienda ospedaliera è stata coinvolta nella fase di avvio dell'intervento attraverso incontri con la dirigenza sanitaria per la definizione delle modalità attuative.
- Il personale medico e infermieristico dei reparti interessati è stato informato in appositi incontri.

- Pubblicizzazione diretta attraverso *depliant* collocati in punti di particolare interesse sanitario: medici di base, ospedali della provincia.
- Conferenza stampa e pubblicazione di articoli sulla stampa locale.

### **Azioni specifiche**

Il Centro antiviolenza di Parma - in collaborazione con l'Azienda USL di Parma e l'Azienda ospedaliera di Parma - ha organizzato con il finanziamento della Provincia di Parma un corso di formazione per gli operatori sanitari. Il corso è stato pensato rispetto all'accoglienza delle donne che avevano subito violenza fisica e/o sessuale. Si intendevano trasferire i saperi e le competenze acquisite dal Centro antiviolenza nell'accogliere e supportare le donne alle figure sanitarie che spesso per prime sono a contatto con esse.

Il corso si è svolto nell'arco di 50 ore e il numero dei partecipanti è stato 50. Gli obiettivi del corso sono stati:

- conoscenza dell'estensione e complessità del fenomeno della violenza;
- conoscenza del legame tra dinamiche violente e disturbi psichici;
- necessità di considerare la violenza come possibile fattore eziologico di sintomi psichici e fisici;
- importanza dell'uso di modalità e procedure di accoglienza comuni nelle sedi in cui le vittime di violenza sessuale/fisica possono rivolgersi: Pronto soccorso ospedalieri, ambulatori ginecologici e pediatrici;
- violenza e aspetti legali.

Ad agosto 2004 è stato aperto all'interno dell'Ospedale Maggiore di Parma il CAVS - Centro assistenza violenza sessuale. Si tratta di un punto di accoglienza aperto ogni lunedì dalle 9.00 alle 13.00 a cui ci si può rivolgere per richiedere informazioni, ricevere sostegno, avere consulenze legali.

Attraverso l'intervento di sostegno, la donna viene affiancata nei momenti più delicati e difficili (denuncia, ricovero, parto, IVG, inserimento in comunità di accoglienza), si programmano assieme a lei percorsi di uscita dalla violenza, progetti individuali di supporto e di inserimento sociale.

È garantita la massima discrezione, riservatezza e anonimato. Il servizio è gratuito.

È inoltre attivo il numero verde 800 090258 dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 21.00, a cui ci si può rivolgere per un intervento immediato.

**Principali risultati**

La partecipazione al corso di formazione da parte di personale sanitario ha permesso l'acquisizione di competenze specifiche necessarie ad affrontare i casi di violenza con un approccio attento alle dinamiche psico-sociali oltre che ai fattori clinici.

L'approccio medico si è arricchito dell'esperienza del Centro antiviolenza sul fenomeno della violenza alle donne soprattutto per quanto concerne gli aspetti psico-sociali.

La rete di collaborazione attivata e il coinvolgimento degli enti locali ha promosso un'ulteriore occasione di confronto istituzionale sulle tematiche del progetto.

L'apertura del punto di ascolto interno alla struttura ospedaliera costituisce una risorsa importante per le donne e l'Ospedale di Parma.

## 4. Fatti di vita, non fatti di droga ...

Associazione di volontariato Cerchio azzurro, Parma

### **Autore/referente**

Sergio Mori

via Franchetti 4 - 43100 Parma

tel. 0521 489607 - [SER42@INTERFREE.IT](mailto:SER42@INTERFREE.IT)

Il Cerchio azzurro, associazione di volontariato, si forma nel 1998 all'interno del SerT dell'Azienda USL di Parma da parte di un gruppo di genitori e sostenitori di ragazzi/e con problemi di tossicodipendenza.

L'Associazione attualmente conta 25 soci: ha un gruppo di auto-mutuo-aiuto che si riunisce una sera alla settimana, per un ascolto, un aiuto, una speranza a chi vive il problema di un figlio, parente o amico vittima della droga.

Sta portando avanti:

- progetti di sensibilizzazione nei luoghi di aggregazione giovanile per parlare in modo chiaro ai giovani, senza reticenze o ipocrisie, che tutte le droghe tolgono qualcosa: i familiari, gli amici, l'allegria, l'amore, la libertà e infine la vita;
- progetti di formazione lavorativa per ragazzi/e che stanno cercando di uscire dal problema droga.

Collabora con il SerT dell'AUSL di Parma; partecipa a *forum* e a convegni sul problema della droga, per sensibilizzare la cittadinanza.

### **Periodo di tempo a cui si fa riferimento**

Il progetto articolato in due fasi: è stato avviato nel 2003 coinvolgendo gli allievi dell'Istituto d'arte P. Toschi di Parma con la creazione di elaborati sul tema e trasferiti su *T-shirt*; sono poi iniziati *tour* itineranti nei luoghi di aggregazione giovanili per fare sensibilizzazione e prevenzione sul pericolo droga; è terminato nel 2004.

### **Contesto in cui si è svolta l'attività**

L'attività è stata svolta nei luoghi di aggregazione giovanile più comuni, come scuole, Parrocchie e centri sportivi, partecipando inoltre a convegni e *forum* per sensibilizzare la cittadinanza sul problema droga.

### **Obiettivi che si intendevano raggiungere**

Con il progetto si volevano sensibilizzare i giovani in modo chiaro e senza ipocrisie che tutte le droghe tolgono qualcosa: i familiari, gli amici, l'allegria, l'amore, la libertà, la vita.

<b>Analisi e documentazione delle disuguaglianze</b>	Attraverso rapporti di specialisti come psicoterapeuti e operatori del SerT dell'AUSL sui comportamenti dei giovani che vivono un disagio giovanile, evidenziando le differenze tra chi fa uso di droga e chi no.
<b>Promozione del tema nell'agenda politica locale</b>	Il progetto è stato promosso attraverso il SerT dell'Azienda USL di Parma, il Centro servizi <i>Forum</i> solidarietà, la stampa locale e le Parrocchie.
<b>Coinvolgimento di altri soggetti interessati</b>	Nel progetto sono stati coinvolti medici e specialisti del SerT, psicologi, liberi professionisti, gli allievi dell'Istituto d'arte Paolo Toschi di Parma e il Centro servizi <i>Forum</i> solidarietà.
<b>Azioni specifiche</b>	Siamo stati presenti nelle scuole medie superiori, nelle varie iniziative di quartiere, nelle Parrocchie, nei centri più comuni di aggregazione giovanile; abbiamo partecipato a convegni e <i>forum</i> organizzati dall'AUSL di Parma.
<b>Principali risultati</b>	In termini numerici e statistici non siamo in grado di quantificare i risultati ottenuti, rimane però la soddisfazione per l'approvazione di questo nostro progetto, teso a interpretare e affrontare i bisogni della comunità, da parte delle istituzioni, ma soprattutto per la partecipazione e il coinvolgimento dei giovani e della cittadinanza.

## **5. Centro salute famiglia straniera di Reggio Emilia. Il progetto Rose Mary - Eva luna, un percorso condiviso**

Azienda USL di Reggio Emilia

Comune di Reggio Emilia

Organizzazione di volontariato Rabbuny

<b>Autore/referente</b>	Dott.ssa Mara Manghi Dott. Andrea Foracchia Dott.ssa M. Greci Ost. Maria Cristina Gemmi AS Rossano Fornaciari Centro salute famiglia straniera Azienda USL di Reggio Emilia via Monte S. Michele 8 - 42100 Reggio Emilia Dott.ssa Giovanna Bondavalli Comune di Reggio Emilia piazza Prampolini 1 - 42100 Reggio Emilia
<b>Periodo di tempo a cui si fa riferimento</b>	Nell'anno 2002 è stato avviato un progetto di miglioramento dell'attività del Centro per la salute della famiglia straniera (aperto nel 1998 in collaborazione con la Caritas Diocesana e rivolto a migranti presenti irregolarmente sul territorio) e del progetto Rosemary del Comune di Reggio Emilia rivolto alle prostitute con individuazione di uno spazio dedicato alle problematiche sanitarie delle ragazze di strada.
<b>Contesto in cui si è svolta l'attività</b>	L'attività si è svolta all'interno del CSFS con operatori dell'Azienda USL, e all'esterno con l'Unità di strada formata da operatori del Comune e del volontariato.
<b>Obiettivi che si intendevano raggiungere</b>	L'obiettivo generale è stato quello di affrontare il problema prostituzione-tratta nella sua complessità. Gli obiettivi specifici sono stati quelli di offrire un percorso diretto e facilitato nell'accesso ai servizi socio-sanitari, attività di prevenzione per le malattie sessualmente trasmesse e per le gravidanze indesiderate, sostegno di tipo psicologico, facilitazione a un'eventuale regolarizzazione con uscita dal giro della prostituzione.

<b>Analisi e documentazione delle disuguaglianze</b>	<p>Fin dai primi mesi di apertura il CSFS è stato frequentato da queste utenti (in particolare di origine nigeriana) con problematiche soprattutto di tipo ostetrico-ginecologico (MST, richieste di interruzione di gravidanza) ma anche di tipo traumatico conseguenti a liti con clienti, compagne e protettori (in particolare lesioni da pugni, calci e morsi).</p> <p>La tipologia di utenti richiede un'accoglienza, un ascolto e un'analisi di bisogni espressi e non espressi impossibile da gestire in modo qualitativamente adeguato durante l'accesso libero al Centro e senza una rete di servizi e operatori con i quali affrontare i problemi nella loro complessità.</p>
<b>Promozione del tema nell'agenda politica locale</b>	<p>Il problema prostituzione era già conosciuto e affrontato dal Comune che con l'Unità di strada offriva ascolto e possibilità di uscita dalla prostituzione. L'Azienda USL è stata coinvolta direttamente attraverso l'attività del CSFS.</p>
<b>Coinvolgimento di altri soggetti interessati</b>	<p>È stato coinvolto l'Ospedale S. Maria Nuova, in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• laboratorio,</li><li>• UO malattie infettive,</li><li>• reparto di ostetricia-ginecologia,</li><li>• Servizio di citologia, ove è possibile un invio diretto delle persone, dei prelievi ematici e dei prelievi citologici (<i>pap test</i>) al di fuori dei normali tempi e vie di accesso.</li></ul>
<b>Azioni specifiche</b>	<p>Le azioni specifiche realizzate sono state:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• apertura di uno spazio dedicato all'interno del CSFS (Spazio Eva Luna) il mercoledì pomeriggio, con presenza delle mediatrici culturali nigeriana e est-europea;</li><li>• formazione congiunta fra operatori sanitari dell'Azienda USL e sociali del Comune nonché del volontariato;</li><li>• coordinamenti e lavoro d'<i>équipe</i> per situazioni specifiche;</li><li>• attività di educazione sanitaria per la prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse, in particolare l'infezione da HIV, sia attraverso il colloquio individuale sia attraverso incontri con gruppi etnici specifici (es. incontri presso la Chiesa Evangelica) e che ha portato il CSFS a far parte del Gruppo di lavoro del <i>National Focal Point</i> (Istituto superiore di sanità) che rientra del progetto <i>AIDS &amp; Mobility</i>;</li><li>• partecipazione alla ricerca dell'Istituto S. Raffaele, finanziata dall'Istituto superiore di sanità, avente l'obiettivo di dimostrare la presenza di un'immunità naturale all'HIV in soggetti ritenuti a rischio di infezione ma ancora</li></ul>

sieronegativi. Lo studio avviato nel 2003 si è concluso per la parte di nostra competenza agli inizi del 2004. Sono state selezionate 12 ragazze alle quali sono stati fatti prelievo di sangue, prelievo citologico cervicale e biopsia della cervice uterina;

- avvio nel 2003 della ricerca sulle interruzioni di gravidanza nelle donne straniere, conclusasi nel 2004, con l'obiettivo di conoscenza delle complesse motivazioni che inducono le donne straniere a interrompere volontariamente la gravidanza 3 volte di più rispetto alle donne italiane. In questa ricerca un ruolo importante hanno avuto le utenti di Eva Luna per le quali la richiesta di IVG rappresenta il secondo motivo di accesso. Conoscere meglio le motivazioni che conducono queste ragazze alle gravidanze indesiderate ci consentirà di rendere più efficaci i nostri interventi di contraccezione.

### **Principali risultati**

I principali risultati ottenuti consistono nell'aver aggiunto l'anello mancante al progetto Rosemary del Comune creando lo spazio Eva Luna.

La maggior parte delle utenti di Eva Luna sono nigeriane, seguite da quelle dell'Est Europa, mentre poche sono le sudamericane.

La loro presenza è stabile (circa 70/anno) e ritornano frequentemente all'ambulatorio (circa 200 accessi/anno).

I motivi del primo accesso sono in ordine di frequenza: problemi ginecologici, richieste di IVG, informazioni varie.

Al primo accesso il 90% circa effettua un prelievo ematico. Dal 2000 si sono evidenziati 7 casi di positività per HIV, 8 casi per HCV, 5 casi per HBV e 3 casi per Lue. Sono numeri in linea con quanto emerso da studi di centri più grandi, da non sottovalutare per le problematiche di tipo epidemiologico che ne possono scaturire.

Alle ragazze HbsAg negative viene proposta e caldeggiata l'esecuzione della vaccinazione; quelle con Mantoux positiva vengono inviate a un secondo livello pneumologico per eventuale chemioprophilassi in collaborazione con il Dipartimento di sanità pubblica. Per le ragazze HIV positive esiste un percorso facilitato presso l'UO malattie infettive dell'Ospedale locale, ove ricevono tutte le prestazioni sanitarie e farmacologiche necessarie gratuitamente, ma soprattutto trovano presso il Centro stranieri un luogo di accoglienza e di sostegno psicologico durante tutto il percorso di cura.

Lo Spazio Eva Luna rappresenta una nicchia ormai consolidata e ben conosciuta all'interno del CSFS dove il lavoro di *équipe* multidisciplinare e il lavoro di rete produce effetti positivi sulla salute psico-fisica di una categoria di persone per le quali l'emarginazione sociale è causa di grande sofferenza sia fisica che psicologica.

## **6. Il luogo delle origini: nascere nella migrazione tra genitori, operatori e servizi**

Azienda USL di Reggio Emilia

Settore pediatria e salute donna - UO psicologia clinica

Dipartimento cure primarie

Dipartimento salute mentale

Centro per la salute delle famiglie straniere

Comune di Reggio Emilia - Centro per le famiglie

**Autore/referente** Mara Manghi, Piera Bevolo, Maria Cristina Gemmi, M. Sparano, F. Mahri, Sun Shu Yen, M. Notari  
Piera Bevolo - Azienda USL di Reggio Emilia  
via Amendola 2 - Pad. Tanzi - 42100 Reggio Emilia  
tel. 0522 335767 - bevolop@ausl.re.it

**Periodo di tempo  
a cui si fa riferimento** A partire dal 2000 è stata avviata un'esperienza sperimentale di progettazione e conduzione, all'interno dei servizi sanitari della AUSL di Reggio Emilia, di corsi relativi alla nascita e al periodo dopo il parto rivolti alle donne e alle famiglie straniere che abitano il nostro territorio.

A partire dal 2002 si è avviato un processo di miglioramento che ha stabilizzato la presenza dei corsi per le donne straniere all'interno dell'offerta di servizi dei consultori della nostra AUSL e ha portato alla progettazione e realizzazione (2004) di nuovi corsi nascita rivolti a donne di provenienza diversa (cinesi - Il drago e la fenice).

**Contesto  
in cui si è svolta  
l'attività** L'esperienza presentata riguarda il percorso dei servizi sanitari nell'ideazione e allestimento di spazi specifici rivolti alle famiglie immigrate nel percorso nascita, per definire e rispondere meglio ai loro bisogni di salute.

Se nella realtà attuale l'evento nascita si colloca in un contesto sociale sempre più complesso per la sua geografia relazionale e al contempo povero di reti familiari e informali di sostegno all'esperienza della genitorialità, spesso le famiglie immigrate risentono dell'isolamento aggiuntivo che deriva dall'isolamento linguistico, culturale e, non ultimo, territoriale.

La nascita di un bambino rappresenta un evento cruciale nel ciclo vitale della famiglia, che richiede un riequilibrio emotivo, organizzativo, economico e della rete sociale molto complesso.

Le famiglie immigrate si trovano, nel momento in cui si verifica la nascita, ancora più esposte al rischio di emarginazione sociale e di solitudine, sul piano affettivo e culturale, più in difficoltà ad attivare quelle reti di auto-aiuto che nel paese di origine si potevano utilizzare. La condizione di isolamento sociale è particolarmente avvertita dalle donne, che sono più frequentemente in difficoltà nella comprensione della lingua italiana, spesso con pochi contatti esterni in quanto casalinghe, non inserite nel contesto lavorativo, non in grado di spostarsi autonomamente sul territorio.

L'alta incidenza, in regione, della depressione *post partum* (media nazionale e internazionale 10-15%; media rilevata in regione 20-26%; Monti F., Agostini F., Martini A., Salucci M., Cavedoni S., Bartoli M.C. - Dipartimento di psicologia, Università degli studi di Bologna; DU ostetrica, Università degli studi di Bologna. Ottobre 2002) è un dato che ci ha fatto ulteriormente riflettere nella progettazione di interventi rivolti alle donne straniere; i dati regionali vanno riletti e approfonditi a partire dalla lente di osservazione che ci può fornire il fenomeno migratorio.

**Obiettivi che si intendevano raggiungere**

Gli obiettivi erano principalmente:

- fornire uno spazio "in lingua" tra donne, in cui condividere le emozioni della gravidanza e della nascita, ottenere informazioni, consigli, risposte ai propri quesiti;
- favorire e facilitare la conoscenza degli operatori e dei servizi dedicati alla nascita e in particolare l'ospedale di zona, per facilitare la continuità tra gli interventi tra il prima e dopo la nascita ed eventualmente ridurre i rischi di depressione *post partum*;
- all'interno dei servizi, costruire e/o proporre alla donna e alla famiglia in difficoltà una rete sensibile, perché informata e accompagnata.

**Analisi e documentazione delle disuguaglianze**

Nell'ambito dell'attività dei consultori familiari i dati indicano la presenza di donne straniere residenti in regione nel 2,8% (incremento tra 1997 e 2000: +69,5%), prevalentemente in età fertile, e rilevano che per le donne straniere in gravidanza la struttura di riferimento prioritaria (dati anno 2002) è per il 74% il Consultorio familiare e/o la struttura pubblica, a fronte del 19,7% delle donne italiane.

Nel distretto sanitario di Reggio Emilia nel 2002 le gravidanze prese in carico dal Consultorio sono state 634 di cui 363 di donne immigrate e nel 2003 il totale di gravidanze prese in carico è stato di 694 di cui 406 di donne immigrate.

A fronte del numero di nascite sempre crescente per le famiglie immigrate presenti sul nostro territorio, abbiamo riflettuto sulla difficoltà delle donne/coppie straniere a partecipare ai corsi-nascita, difficoltà dovuta probabilmente a diversi fattori: motivi culturali (non esistono esperienze simili nei paesi di origine), disinformazione, difficoltà nella comprensione della lingua, difficoltà a spostarsi in città, mancanza di occasioni sociali, non conoscenza delle opportunità offerte dal territorio, fatica a esprimersi e a confrontarsi con un modello di *maternage* a volte molto diverso dal proprio.

**Promozione del tema  
nell'agenda politica  
locale**

Proponiamo 7-8 incontri di circa due ore, a cui si aggiunge una visita alla sala travaglio e parto dell'ospedale Santa Maria Nuova. A ogni incontro sono presenti ostetrica, mediatrice culturale e psicologa.

Si tratta di uno spazio in cui le proposte non sono rigide e variano dall'attività fisica, alle informazioni sui principali aspetti della gravidanza, nascita, primi contatti col neonato, dei servizi ospedalieri e territoriali, a momenti più informali di conversazione.

Nei nostri intenti c'è il tentativo di fare emergere l'esperienza familiare della nascita e le tradizioni, gli usi del paese di origine, una parte della loro esperienza emotiva infantile che spesso fatica a saldarsi con la realtà presente o con le pre-concezioni sulla mentalità occidentale. Nei discorsi emergono anche i significati attribuiti ai ruoli, alle relazioni familiari e di coppia, le idee sull'educazione dei figli e sulle scelte scolastiche o/e religiose.

Inoltre, rappresenta per noi operatori un momento di scambio e di approfondimento della conoscenza dei modelli culturali relativi alla nascita, al parto, all'educazione dei figli di cui le donne sono portatrici, in modo da accogliere meglio e con maggiore competenza esigenze e richieste e realizzare un migliore accompagnamento nel percorso successivo del ricovero ospedaliero.

**Coinvolgimento  
di altri soggetti  
interessati**

Il percorso è stato progettato in collaborazione tra operatrici AUSL e operatrici del Centro per le famiglie del Comune di Reggio Emilia, mettendo così in comune la capacità di leggere i bisogni che emergono da parte delle donne e delle famiglie immigrate, la capacità di progettare in rete, e le competenze specifiche di ciascun servizio.

Abbiamo inoltre coinvolto un'organizzazione islamica femminile (LIFE, Lega islamica femminile europea), incontrando la responsabile la quale ha accolto di buon grado l'iniziativa, in particolar modo gli incontri di preparazione alla nascita, e ha accettato di diffondere l'informazione.

**Azioni specifiche**

Abbiamo realizzato fino ad oggi due cicli di incontri l'anno per le donne arabe, con una frequenza media di circa 10 donne per corso, per un numero complessivo di circa 100 donne.

Sono stati realizzati tre corsi nascita per le donne cinesi con una partecipazione di circa 30 donne.

È stato prodotto un materiale informativo e illustrativo del corso, così come è stato realizzato un materiale specifico, tradotto in lingua, per le specifiche esperienze.

**Principali risultati**

Il consenso all'esperienza è stato buono da parte delle donne.

La conoscenza e le reti amicali stabilitesi ai corsi sono continuate anche dopo la loro conclusione, con un positivo effetto di scambio e di supporto alla crescita dei bambini. Alcune donne si sono proposte come esperte al successivo corso-nascita, realizzando una positiva funzione di trasmissione di sapere e contemporaneamente manifestando una accresciuta autostima e sicurezza, un effetto di *empowerment* molto efficace.

Il corso ha funzionato da canale di individuazione e di intervento precoce in alcune situazioni di maltrattamento e/o di violenza domestica.

Un importante risultato è stato il fatto di poter individuare all'interno dei servizi un percorso di continuità tra strutture ospedaliere e territoriali: ciò rappresenta sempre, per qualsiasi nascita, un obiettivo importante in funzione della prevenzione delle problematiche relative alla crescita dei piccoli lattanti e del sistema familiare e della individuazione precoce del disagio psicologico di genitori e neonato. In particolar modo, per le donne e le famiglie straniere, ci sembra possa rappresentare una fase di conoscenza delle strutture socio-sanitarie estremamente sensibile e cruciale per l'integrazione sul territorio di nuovo insediamento.

L'esperienza è stata accettata come presentazione in convegni relativi alla qualità nei servizi per l'infanzia e alla promozione della salute di madre e bambino (Mosca, convegno HPH, maggio 2004; San Diego, USA, NICQH, marzo 2005).

L'esperienza con le donne cinesi verrà presentata al convegno annuale HPH, che si terrà a Dublino il prossimo 18-20 maggio 2005.

## 7. Il Diapason. Progetto di drammatizzazione teatrale

Centro comunale di musicoterapia M. Uboldi, Novellara (RE)

dott.ssa Monica Maccaferri, direttore

Istituzione per i servizi sociali I Millefiori

dott.ssa Elisa Paterlini, direttore

Assessore alla sanità e sicurezza sociale

Maura Bussei



**Autore/referente** Autore del progetto da cui è nato il Gruppo teatrale Il Diapason è la dott.ssa Monica Maccaferri

Centro comunale di musicoterapia M. Uboldi  
vicolo dei Mille 20 - Novellara (RE)

**Periodo di tempo a cui si fa riferimento** Il Gruppo di drammatizzazione teatrale Il Diapason nasce il 21 marzo del 2002.

**Contesto in cui si è svolta l'attività** Novellara è una città di oltre 12.000 abitanti, governata fin dal dopoguerra da Amministrazioni che hanno impostato lo sviluppo della città a partire dai servizi alla persona: gli investimenti maggiori sono stati da sempre destinati al sociale.

Ci siamo caratterizzati, soprattutto negli ultimi dieci anni, per una politica di accoglienza ed integrazione sociale delle persone con diversa abilità e abbiamo teso a rafforzare sentimenti di solidarietà, di coesione sociale e di convivenza.

Il Centro comunale di musicoterapia M. Uboldi si colloca all'interno di un sistema di servizi e opportunità che favoriscono l'integrazione delle persone diversamente abili: la nascita del Centro risale al 1996 quando il Consiglio comunale ne approvò l'istituzione.

Dal 1999 è operativa una convenzione con l'Azienda USL per 15 posti riservati a minori inviati dal Dipartimento di neuropsichiatria infantile.

L'attività viene svolta settimanalmente in attività di gruppo e individuale all'interno del Centro di musicoterapia M. Uboldi di Novellara.

**Obiettivi che si intendevano raggiungere**

L'obiettivo principale è quello di utilizzare la drammatizzazione teatrale come strumento di comunicazione privilegiato per migliorare le dinamiche relazionali del singolo all'interno del gruppo, partendo dal presupposto che ogni uomo ha diritto alla possibilità di maturare la propria immagine di sé e la propria capacità di fronteggiare la realtà in termini adeguati alle capacità di cui dispone, ma anche alle capacità che può conseguire mediante un opportuno itinerario di formazione personale.

Riteniamo sia necessario praticare l'arte, perché la tensione al bello, al vero e all'arte è insito in ogni uomo, poiché tale tensione crea soddisfazione, beneficio. Il ben-essere è dato appunto dalla legge di moto per la soddisfazione. La patologia insorge invece qualora un individuo non faccia più uso del principio di piacere.

È proprio da questa concezione del messaggio artistico come esercizio e apprendimento di una tecnica comunicativa che bisogna partire per comprendere il legame tra arte e terapia e per capire come l'eccezionalità di questo legame possa dar vita a un uso strumentale, in qualche modo programmabile e prevedibile del messaggio artistico.

Le arti-terapie costituiscono quindi un mezzo per soddisfare un bisogno di espressività che è universale ed è particolarmente importante nel mondo delle diverse abilità: questo, forse, è il significato più pieno che si può dare alla funzione dell'esercizio nelle arti-terapie, come riscoperta del quotidiano, dell'esistenza di un valore aggiunto negli oggetti più comuni che possono essere un potente mezzo di espressione e comunicazione mediando il rapporto tra mondo interno e mondo esterno.

Il conduttore deve condurre, ascoltare, seguire, trasformare. I temi centrali di questo lavoro sono il corpo, la voce e il ritmo intesi come strumenti specifici per comunicare attraverso i linguaggi non verbali.

Attraverso l'esercizio artistico la persona può manifestare le sue reali possibilità (sensoriali, motorie, affettive, sociali e creative), sviluppare abilità differenti e prenderne coscienza.

"Fare teatro" significa essere soggetti attivi di un processo di produzione e senso, di organizzazione di moduli di lavoro, di un processo di relazioni di ruoli diversificati ma paritetici. La drammatizzazione teatrale è quindi un altissimo strumento di comunicazione:

- mette alla prova gli altri,
- mette alla prova ciascuno,
- comunica per mezzo del *to act*.

La drammatizzazione teatrale è una forma di linguaggio, un mezzo di espressione, un mezzo di comunicazione che corrisponde all'attesa e alla reciprocità di chi si gioca attorialmente in un processo di interazione.

Il mezzo teatrale offre una vasta gamma di strumenti (parlare, mimare, cantare, ballare) che possono essere utilizzati in relazione alle diverse alle diverse capacità e necessità di ogni singolo componente del gruppo.

Usare linguaggi diversificati a seconda della situazione stimola registri comunicativi che vanno al di là della parola e trasmettono messaggi emotivi a volte più efficaci.

Per questo il teatro ci aiuta: ci offre il gioco delle parti, l'alternanza dei ruoli, la follia approvata (perché parte integrante della macchina teatrale), tessere interscambiabili di un mosaico ricco di identità.

Il senso della proposta del teatro è la possibilità di attingere a una risorsa stabile, integrata, integrante.

Da segnalare l'importanza del palcoscenico come scalata a una vetta per colmare mancanze fisiche, psichiche, sociali.

Molta attenzione viene posta sul processo creativo attuato nella preparazione dello spettacolo e nella qualità della rappresentazione. Spesso si parte da una realtà negativa in cui il vissuto relativo alla propria immagine è legato a un corpo disarmonico, spesso oggetto di compatimento, una realtà che viene tollerata ma non integrata, né considerata al di là della sua diversità.

Il lavoro procede così seguendo un itinerario all'interno del quale recuperare i limiti e trasformarli in capacità espressive.

**Analisi  
e documentazione  
delle disuguaglianze**

L'*équipe* di lavoro (il facilitatore relazionale nello specifico) redige mensilmente un protocollo di osservazione che contiene le abilità presenti in ogni individuo sul piano cognitivo, affettivo, relazionale, ed elabora una strategia di intervento che viene aggiornata periodicamente in base ai risultati conseguiti.

**Promozione del tema  
nell'agenda politica  
locale**

L'attività del Centro di musicoterapica e del Diapason in particolare è stata promossa quale punto della rete dei servizi rivolti alle persone con diverse abilità. L'attività è stata promossa come scelta dell'amministrazione di rispondere in modo aperto alle richieste delle persone con diversa abilità e delle loro famiglie. In questo senso il Comune di Novellara ha promosso e fatto conoscere l'attività sia all'interno del Comune che in contesti più ampi.

L'attività teatrale svolta dal Diapason nell'ambito del Centro di musicoterapia è divenuta parte del Programma attuativo del Piano sociale di zona.

**Coinvolgimento  
di altri soggetti  
interessati**

L'attività è stata promossa fin dal suo avvio sia nell'ambito distrettuale che sovradistrettuale e sono state proposte varie attività ai soggetti istituzionali e non che operano sul territorio; in particolare sono state avviate collaborazioni con diversi Istituti scolastici, con vari Comuni e come già sottolineato con l'Azienda USL (Servizi di salute mentale e Servizi di neuropsichiatria infantile).

Nell'ambito di un convegno svoltosi nel mese di dicembre 2003 dal titolo *L'orecchio capovolto: ascoltare le emozioni*, al quale hanno partecipato esperti di livello nazionale sui temi dell'arterapia e della teatroterapia (dott. W. Orioli, dott. P. Postacchini, prof. P.E. Ricci Bitti), è stata presentata l'attività del Diapason e il convegno stesso si è concluso con la rappresentazione teatrale di *Dieci piccoli indiani*, ultimo lavoro del gruppo.

Il 3 dicembre 2004 a Bologna all'interno del convegno *Arricchire il lavoro di cura: le esperienze di nuove attività tra valore terapeutico e benessere delle persone* viene presentata l'esperienza del Diapason dal titolo "Teatroterapia: il progetto Diapason".

Tra i programmi futuri, oltre alla partecipazione già concordata al Festival Rapsodie emozionali nell'ambito di un convegno organizzato dall'Azienda USL di Modena che si terrà a Modena dal 25 al 27 novembre 2005 con il patrocinio della Regione Emilia-Romagna, prevediamo di realizzare per il 20 e il 21 maggio 2006 una rassegna teatrale inserita all'interno della programmazione teatrale tradizionale del Teatro della Rocca di Novellara, che coinvolgerà tre esperienze teatrali italiane nell'ambito delle diverse abilità. L'obiettivo che sottende questa iniziativa è quella di verificare e raccogliere le esperienze di teatroterapia in Italia in uno scambio relazionale e di contenuti operativi.

### Azioni specifiche

Fino ad oggi il Diapason ha realizzato due spettacoli teatrali:

- *Il malato immaginario*, liberamente tratto da Molière  
febbraio 2002: Teatro della Rocca di Novellara (RE)  
luglio 2002: piazza della Repubblica a Villa Saviola di Motteggiana (MN)  
settembre 2002: Teatro di Campagnola Emilia (RE)  
aprile 2003: Teatro 900 di Cavriago (RE)  
22 giugno 2004: Teatro Novi Sad di Modena
- *Dieci piccoli indiani*, di Agatha Christie  
20 dicembre 2003: Teatro della Rocca dei Gonzaga di Novellara (RE), a conclusione del convegno *L'orecchio capovolto: ascoltare le emozioni*, organizzato dal Comune di Novellara e dal Centro comunale di musicoterapia M. Uboldi  
12 dicembre 2004: Teatro comunale R. Ruggeri di Guastalla (RE)

Il 2006 ci vedrà impegnati nella realizzazione di un *musical* dal titolo *Il Crepuscolo degli Dei*.

### Principali risultati

Per noi il Diapason è un'esperienza importante che ha prodotto in pochi anni notevoli risultati. Ci riferiamo prima di tutto a risultati tecnici, che sono i primi obiettivi da perseguire, in quanto è su questi che noi fondiamo la nostra credibilità, ma anche effetti collaterali che sono di particolare rilievo.

Abbiamo assistito in questi anni a una trasformazione e a una crescita nell'approccio all'handicap: c'è maggior sensibilità, disponibilità, attenzione, coinvolgimento delle famiglie, rispetto delle scelte, accoglienza e comprensione non solo degli addetti ai lavori, ma dell'intera comunità che comincia a vedere il disabile come persona al di là dei suoi *deficit* e in ragione delle sue capacità.

È questa una conquista certo non già consolidata, ma che apre delle prospettive interessanti verso l'integrazione, quella vera che entra nella normalità.

La possibilità di diventare un gruppo, di socializzare non solo tra ragazzi ma anche tra famiglie, ha fatto crescere consapevolezza, ha rassicurato, ha ridato speranza, ha creato fiducia e aspettative e una fitta rete di rapporti, di collaborazione tra famiglie, operatori, volontari.

I genitori sentono che il proprio figlio ha la possibilità di esprimere le sue abilità, può essere protagonista, può conquistare un suo ruolo ed essere per questo apprezzato: questo è il vero sogno che, all'inizio della nostra avventura, le famiglie non potevano sperare o immaginare e nemmeno noi potevamo sperare di realizzare.

Molta attenzione viene posta al processo creativo di gruppo, in cui possibile affrontare tematiche difficili nel rispetto dei tempi di ciascuno. È fondamentale sottolineare che:

- le abilità e responsabilità acquisite nell'esercizio teatrale sono apprendimenti trasferiti nella quotidianità;
- le abilità vengono trasferite "davanti le quinte" ...;
- gli attori sono al tempo stesso gli attivatori e i fruitori di questo dialogo sonoro portato in scena.

Di fondamentale importanza l'utilizzo che viene fatto della musica come parte integrante della traccia narrativa (che nel nostro lavoro sostituisce interamente il copione teatrale): la musica interagisce con i personaggi e rende possibile un vero e proprio dialogo sonoro trasferito sulla scena, risultante dalla fusione di musica-personaggio-traccia narrativa.

L'incontro con Beppe Carletti e la realizzazione della colonna sonora per lo spettacolo teatrale *Dieci piccoli indiani* ha rappresentato l'incontro della musica con la musicoterapica; in questo senso è riduttivo parlare di colonna sonora, in quanto non si tratta solo di sottolineare i momenti più significativi della storia ma di essere riusciti a dare a ciascun personaggio la caratterizzazione che più gli appartiene: ogni attore interpreterà il singolo brano in modo diverso, attingendo da esso gli elementi che più gli servono per dare unicità al proprio ruolo; grazie alla musica così intesa, la relazione risulterà facilitata e carica di aspettative.

In questo senso si può parlare di attività teatrale con finalità preventive, in cui è possibile stabilizzare e a volte migliorare le dinamiche relazionali all'interno del gruppo attraverso un processo musicoterapeutico a mediazione teatrale.

È in tale fase che maggiormente si evidenzia l'aspetto terapeutico del laboratorio espressivo.

- Il corpo può diventare armonico.
- La parola diventa gesto.
- La comunicazione passa attraverso il movimento.
- L'emozione si esprime con la musica.

**8. Progetto di formazione delle badanti in nursing riabilitativo del paziente con patologia dell'apparato locomotore e patologia neurologica cronica; movimentazione dei carichi con particolare attenzione alla prevenzione del mal di schiena. Tesi di laurea, con contestuale progetto di formazione**

Università degli studi di Modena e Reggio Emilia - Corso di laurea in fisioterapia  
Comune di Reggio Emilia  
Provincia di Reggio Emilia  
Azienda USL di Reggio Emilia

**Autore/referente** Alessia Pecorari  
via Gastinelli 16 - 42100 Reggio Emilia  
tel. 0522 324562 - 339 6128252 - [alessiapecorari@libero.it](mailto:alessiapecorari@libero.it)

**Periodo di tempo a cui si fa riferimento** gennaio-novembre 2004

**Contesto in cui si è svolta l'attività** In questi ultimi anni, nella provincia di Reggio Emilia, un numero sempre maggiore di anziani viene assistito a domicilio da assistenti private: le badanti, donne immigrate, provenienti soprattutto da paesi dell'Europa dell'Est come Ucraina, Polonia e Moldavia.

Il fenomeno in continua evoluzione ha prodotto notevoli ripercussioni sul *welfare* locale.

**Obiettivi che si intendevano raggiungere** L'obiettivo dello studio è stato quello di verificare la possibile efficacia di una prevenzione del mal di schiena, attraverso un percorso formativo rivolto a un gruppo di badanti, rispetto a un gruppo di controllo che non ha effettuato alcun tipo di corso preventivo.

La scelta del mal di schiena è stata dettata dall'incremento delle segnalazioni di badanti che si rivolgono ai centri di prima accoglienza come Caritas per la cura di questo problema, anziché a centri specializzati come le strutture sanitarie pubbliche.

**Analisi  
e documentazione  
delle disuguaglianze**

Il soggetto che soffre delle maggiori disuguaglianze all'interno dello studio è quello delle badanti, non solo per la barriera linguistico-culturale ma anche per la carenza di competenze tecniche nel *nursing* riabilitativo e nella corretta movimentazione degli assistiti.

Oltre a ciò, non va trascurato l'aspetto di contatto costante col paziente nell'arco delle 24 ore, che concede pochi momenti di svago sia dal punto di vista temporale che emotivo. Si tratta infatti di un lavoro totalizzante, che riduce notevolmente le possibilità di contatti con l'esterno e che può portare con sé una serie di problemi che investono la persona, in quanto si tratta di un lavoro che logora fisicamente e mentalmente e che porta ad accumulare sensazioni di tensione, *stress* psicologico e depressione.

Inoltre, non bisogna dimenticare che si tratta di una migrazione al femminile: molte badanti sono madri che hanno lasciato i propri affetti nel paese di origine e che difficilmente possono ritornarvi periodicamente.

Ulteriore elemento di disuguaglianza è il fatto che spesso si tratta di lavoratrici irregolari, prive del regolare permesso di soggiorno, che temono di essere segnalate alle autorità: la presenza di donne dell'Europa dell'Est nella provincia di Reggio Emilia occupate nell'assistenza agli anziani è di circa 3.000 regolari, e si stima che ve ne siano altrettante irregolari.

**Promozione del tema  
nell'agenda politica  
locale**

Per promuovere il corso di prevenzione del mal di schiena è stato effettuato un incontro presso il Centro Mondoinsieme con le mediatrici culturali coinvolte nel progetto Madreperla, e con alcune badanti presenti sul territorio da diversi anni che avevano la funzione di divulgare tramite passaparola l'iniziativa alle connazionali, e con Linda Gualdi, coordinatrice comunale del progetto.

Oltre a tale incontro, un altro importante strumento di promozione è stato un pieghevole dai contenuti estremamente informali e operativi con formule linguistiche semplici, come ad esempio il termine "nonno/a" comunemente usato dalle badanti (anziché "paziente"), e tradotto nelle lingue più significative, data la prevalenza di badanti di nazionalità ucraina, moldava e polacca.

Il volantino del corso è stato appeso in bacheche in diversi punti strategici della città, come il Centro di solidarietà, il Centro Sintonia della Parrocchia di S. Pellegrino, il Centro Madreperla, l'ambulatorio e la mensa della Caritas.

Ho inoltre effettuato la promozione del corso recandomi presso i giardini di piazza della Vittoria alla domenica pomeriggio, approfittando di uno dei principali momenti di incontro settimanale fra le badanti.

Si è pensato di inserirvi anche i nominativi e i relativi recapiti telefonici di alcuni referenti particolarmente conosciuti e da diverso tempo impegnati con il fenomeno badanti.

**Coinvolgimento  
di altri soggetti  
interessati**

Per rispondere al problema del mal di schiena delle badanti, Caritas ha chiesto aiuto al Corso di laurea in fisioterapia, che ha scelto di intervenire con una proposta integrata in linea con gli obiettivi del progetto Madreperla di Reggio Emilia. Tale progetto intende effettuare, attraverso una serie di ricerche-azioni, un'attenta e realistica analisi del fenomeno sociale e identificare uno o più modelli organizzativi della rete locale dei servizi, in grado di coordinare nel sistema dell'offerta anche l'assistente familiare privata.

Si è conclusa a fine settembre 2004 la sperimentazione - durata alcuni mesi - di *tutoring* domiciliare che risponde alla finalità più generale del prendersi cura di chi cura attraverso un affiancamento tecnico/professionale in situazione, al fine di programmare, organizzare e gestire l'attività assistenziale di chi si prende cura degli anziani.

È stato importante considerare i servizi già attivati da altri enti per la ricerca di un dialogo, affinché tale iniziativa non risultasse sporadica e fine a se stessa.

Si è dunque organizzato, in collaborazione con il Comune e la Provincia di Reggio Emilia, l'AUSL e il Corso di laurea in fisioterapia, un corso formativo per badanti volto alla movimentazione dei carichi, con particolare attenzione alla prevenzione del mal di schiena e al *nursing* riabilitativo del paziente con patologia dell'apparato locomotore e patologia neurologica cronica.

**Azioni specifiche**

Il gruppo del corso di formazione è costituito da 15 badanti, di età compresa tra i 35 e i 55 anni. Il gruppo di controllo, costituito da 15 badanti, presenta le stesse caratteristiche per i fattori di rischio età e tempo di lavoro come badante. Il criterio di selezione per entrambi i gruppi è stato casuale.

All'interno della sede di Reggio Emilia Terza Età (RETE) è stato organizzato un percorso formativo costituito da tre incontri:

- durante il primo sono state introdotte alcune nozioni di anatomia, di biomeccanica, dei principali fattori di rischio per il mal di schiena, delle patologie più comuni che possono colpire il rachide e di quali comportamenti si possono adottare in presenza di dolore;
- durante il secondo incontro sono state esposte le principali patologie invalidanti che possono colpire l'anziano, in particolare quelle riscontrate a domicilio dalle badanti stesse, come l'emiplegia, l'artroprotesi d'anca, la sindrome ipocinetica, con qualche cenno sulle demenze senili. Successivamente è stato proiettato un filmato da me realizzato sui trasferimenti posturali che si possono effettuare quando si assiste un malato in grado di collaborare: tale strumento ha fornito le basi per il commento delle varie manovre, delle norme di sicurezza casalinga e delle possibili modificazioni strutturali di alcuni ambienti, come il bagno. Si è cercato di mettere in evidenza l'importanza di sfruttare il più possibile le risorse residue dell'anziano, per favorire un maggiore grado di autonomia dell'anziano, e di riflesso un aumento del senso di autostima e benessere. È infatti importante che tale aspetto sia condiviso da tutti gli operatori socio-sanitari, nonché dai familiari e da chi assiste l'anziano 24 ore su 24. Si è inoltre affrontato il tema delle misure da adottare per la prevenzione delle cadute e del comportamento da assumere in presenza di esse, accompagnato poi dalle esercitazioni pratiche.
- Il terzo incontro è stato organizzato partendo dalla proiezione di un filmato sui trasferimenti posturali del paziente minimamente o per niente collaborante e dalle relative esercitazioni pratiche. Si è cercato di far conoscere alle badanti l'uso del sollevatore per pazienti totalmente dipendenti e di altri ausili minori, come le cinture ergonomiche, che consentono una minore esposizione al rischio di infortuni e un maggiore grado di sicurezza durante le operazioni di movimentazione dei carichi. Nella seconda parte della lezione si sono effettuati gli esercizi a terra per il mal di schiena in gruppo.

Durante i tre incontri previsti è stato adottato un linguaggio semplice per facilitare la comprensione, supportato dall'impiego di immagini, filmati, esemplificazione su me stessa, prove pratiche, e produzione di tre *brochure* informative.

Al primo incontro è stato somministrato il *Roland Morris Disability Questionnaire* (RMDQ) tradotto in lingua, per valutare il grado di disabilità da lombalgia assieme alla *Numerical Pain*

*Rating Scale* (NRS): il re-test è avvenuto dopo 5 mesi (ottobre 2004). Nello stesso periodo sono stati effettuati il test e il re-test al gruppo di controllo.

Al termine delle lezioni è stato somministrato un questionario di gradimento per valutare gli aspetti positivi e negativi del percorso formativo e a grande richiesta delle partecipanti al corso, è stato rilasciato un attestato di partecipazione.

### **Principali risultati**

I risultati dei questionari di valutazione indicano per il gruppo del corso un miglioramento globale solo relativamente alla componente dolore (scala NRS), passando da un valore medio di 3.87 a 3.00 (*Wilcoxon Signed Rank Test*:  $p=0.02$ ; *Paired t-Test*:  $p=0.01$ ), mentre non c'è stata variazione statisticamente significativa per la disabilità funzionale da lombalgia (RMDQ).

L'analisi statistica condotta sul gruppo di controllo (*Wilcoxon Signed Rank Test*:  $p=0.753$ ; *Paired t-Test*:  $p=0.806$ ) permette di escludere la possibilità che il fattore temporale possa produrre variazioni statisticamente significative rispetto al dolore.

Dai risultati del questionario di gradimento, emerge un ottimo livello di soddisfazione generale per il corso teorico-pratico frequentato: l'87% delle badanti afferma di avere appreso nuove conoscenze e il 94% sostiene che potrà utilizzare alcune delle competenze acquisite, durante l'assistenza del proprio anziano.

Inoltre, il materiale prodotto, come i due filmati e le tre *brochure*, può essere utile in futuro per corsi di formazione rivolti ad altri gruppi di badanti, agli operatori socio-sanitari (OSS) oppure può essere utilizzato dai medici di base come strumento di informazione alle famiglie. Non da ultimo, spero che possa facilitare il lavoro dei colleghi fisioterapisti nel coinvolgimento della badante, affinché questa nuova figura sia inserita nel percorso di cura de paziente.

Al momento, il Comune di Reggio Emilia ha provveduto a distribuire alle lavoratrici straniere circa 80 copie delle *brochure*.

In conclusione, il corso è stato efficace per la riduzione del dolore e ha rappresentato un momento di ascolto, di confronto costruttivo e di motivazione alla professione. Ha offerto alle badanti una possibile integrazione con la rete dei servizi socio-sanitari volti all'assistenza delle persone anziane e a me l'occasione per sperimentare il ruolo di formatore.

## 9. Ring14

Associazione internazionale Ring14 per la ricerca sulle malattie neurogenetiche rare, Reggio Emilia



<b>Autore/referente</b>	Associazione internazionale Ring14 per la ricerca sulle malattie neurogenetiche rare sede legale via Victor Marie Hugo 34 - Reggio Emilia tel. 0522 322607 - <a href="mailto:info@ring14.com">info@ring14.com</a> - <a href="http://www.ring14.com">www.ring14.com</a> sede operativa c/o UO neuropsichiatria infantile Arcispedale Santa Maria Nuova viale Risorgimento 80 - Reggio Emilia tel. 0522 296033
<b>Periodo di tempo a cui si fa riferimento</b>	Il periodo preso in esame va dal 30 maggio 2002 al 28 febbraio 2005.
<b>Contesto in cui si è svolta l'attività</b>	<p>L'Associazione di volontariato onlus si è costituita il 30 maggio 2002 è nata per volontà di un gruppo di genitori con bambini affetti dalla sindrome del cromosoma 14 ad anello (<i>Ring14 Syndrome</i>). Si tratta di una malattia rara di carattere neurogenetico i cui sintomi più costanti sono a carico del SNC e della retina. Ritardo psicomotorio, ipotonia e microcefalia sono altri segni, insieme alla costante compromissione del linguaggio e all'epilessia farmaco-resistente. I dimorfismi includono, tra gli altri, occipite piatto, fronte alta e bombata, lieve ptosi, epicanto, <i>facies</i> allungata, naso a radice allargata, orecchie a impianto basso, microretrognatia.</p> <p>Inoltre la sintomatologia caratteristica della sindrome Ring14 spazia dai disturbi cardiaci a quelli gastroesofagei, dal linfoedema alle discromie, al rischio elevato di infezioni respiratorie.</p>
<b>Obiettivi che si intendevano raggiungere</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ricercare e mettere in contatto tra loro tutte le famiglie con bambini affetti dalla malattia Ring14 perché trovino nell'Associazione un valido punto di riferimento, non si sentano più isolati, e possano avere - tramite il nostro sito web - un efficace strumento di comunicazione, informazione e scambio di esperienze. È da tenere presente che, in seguito alle richieste di aiuto che l'Associazione ha ricevuto, dalla metà del 2004 i progetti di ricerca finanziati riguardano le patologie causate da tutte le aberrazioni del cromosoma 14.</li></ul>

- Creare la prima banca dati medico-scientifica su questa malattia: solo così è infatti possibile dettagliare la descrizione dei segni e dei sintomi clinici che compongono la sindrome, e formalizzare un quadro clinico che tuttora è descritto solo in modo parziale nelle pubblicazioni internazionali specifiche.
- Formulare un percorso/protocollo di indagine medica per la sindrome Ring14 e approfondire a livello genetico e molecolare le correlazioni fra clinica e genetica.
- Promuovere in campo sociale, politico e scientifico tutte le iniziative di pubblicizzazione e sensibilizzazione relative alla malattia, anche attraverso il sito dell'Associazione e con pubblicazioni.
- Raccogliere fondi al fine di promuovere la ricerca scientifica, anche attraverso l'istituzione di borse di studio, per il reperimento di ulteriori e migliori informazioni aventi lo scopo di definire un programma idoneo sia per una corretta cura della sintomatologia legata al Ring14, sia per lo sviluppo delle potenzialità fisiche, mentali ed espressive delle persone affette da tale patologia.
- Istituire una rete di consulenti formata da medici, ricercatori, operatori sanitari, interessati alle problematiche legate alla patologia Ring14, al fine di conseguire una migliore assistenza generale.

**Analisi  
e documentazione  
delle disuguaglianze**

Tutti coloro che sono coinvolti nell'Associazione Ring14 fanno quotidianamente esperienza della cosiddetta malattia rara (sono genitori, fratelli, nonni, amici cari, sono insomma parte della rete di sostegno più o meno forte che si crea intorno a una famiglia in difficoltà).

Quando si arriva, molte volte dopo anni di ricerca (a una donna di 32 anni è stata riconosciuta la Delezione del cromosoma 14 solo una settimana fa!), alla diagnosi, sembra di aver risolto il problema della non conoscenza, dell'inadeguatezza delle cure, dell'estraneità che certe volte si prova nel non sapere la malattia di quella determinata persona.

Invece non è vero. Nel caso di una malattia rara, i genitori si trovano di fronte al nulla. La famiglia con all'interno un componente affetto da una malattia rara è diversa, nel pur essere diversi a causa della malattia.

Di sindromi a carico del cromosoma 14 ne sono citate poche in letteratura, anche - secondo i medici del nostro Comitato scientifico - a causa della difficoltà della diagnosi, per la quale bisogna mettere insieme sintomi talvolta molto sfumati e poco indicativi.

Perciò le famiglie trovano mancanza di informazioni, mancanza di indicazioni sulle terapie farmacologiche e riabilitative, impossibilità a progettare e a immaginare il futuro della persona malata, incertezza sulle sue possibilità di sopravvivenza.

La malattia rara, qualunque sia il suo nome, è solamente una parola.

**Promozione del tema  
nell'agenda politica  
locale**

**Coinvolgimento di altri  
soggetti interessati**

- I contatti e la collaborazione che si è instaurata con l'Azienda ospedaliera Santa Maria Nuova di Reggio Emilia sono stati di primaria importanza per l'inserimento nell'agenda politica locale e di conseguenza nell'universo difficile e ostico dello studio delle malattie rare. Tale rapporto è culminato con l'apertura nel febbraio 2004 della sede operativa presso l'ospedale di Reggio Emilia. L'ufficio è gestito su base volontaria e vi vengono svolte mansioni a carattere legale (Legge *privacy* ecc.), amministrativo, divulgativo, contatti con le famiglie, nonché le elaborazioni di tutte le attività e i progetti dell'Associazione.
- Grazie ai contatti con la Circonscrizione di appartenenza, il Comune e la Provincia di Reggio Emilia e con la Fondazione Manodori, l'Associazione Ring14 è ora identificata come importante riferimento riguardo lo studio di tutte le aberrazioni che riguardano il cromosoma 14. Questo ha permesso di ottenere importanti finanziamenti e sostegni dagli enti sopraindicati, nonché da molte aziende con cui sono in corso rapporti di proficua collaborazione.
- L'Associazione Ring14 è iscritta all'albo provinciale delle associazioni di volontariato e fa parte del Centro servizi Dar Voce e della Cooperativa sociale Airone di Reggio Emilia, nonché del *Network* europeo sulle malattie rare Eurochromnet con sede in Olanda  
[www.chromosomehelpstation.com](http://www.chromosomehelpstation.com)
- Strutturazione del sito web [www.ring14.com](http://www.ring14.com)
- Stampa e distribuzione del pieghevole esplicativo dell'attività dell'Associazione
- Altre azioni di divulgazione e pubblicità

## **Azioni specifiche**

### *Promozione della ricerca*

Tre sono le principali direttive di approfondimento diagnostico, svolte in maniera complementare e integrata nelle tre sedi di riferimento per l'Associazione Ring14.

- Lo studio genetico è condotto nell'Istituto di genetica medica dell'Università Cattolica di Roma sotto la supervisione del prof. Giovanni Neri, e si propone specificamente di identificare i geni coinvolti in tutte le aberrazioni del cromosoma 14 e di stabilirne la loro eventuale responsabilità circa la presenza o meno e la maggiore o minore gravità dei segni e sintomi del quadro clinico.
- Lo studio neurometabolico, neurofisiologico e per neuroimmagini trova applicazione presso la Struttura complessa di neuropsichiatria infantile dell'Arcispedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia sotto la direzione del dott. Elvio Della Giustina, e si avvale delle nuove metodiche neuroradiologiche e nucleari per lo studio morfologico e funzionale del sistema nervoso centrale.
- Lo studio comparato delle funzioni neuropsicologiche e cognitive superiori è affidato alla Struttura complessa di neuropsichiatria infantile dell'Ospedale Maggiore di Bologna sotto la responsabilità del dott. Giuseppe Gobbi. Gli scopi sono molteplici, e spaziano dalla dimostrazione della delicata correlazione di causa-effetto tra epilessia e disturbo cognitivo a quella dell'identificazione funzionale delle aree cerebrali maggiormente compromesse sul piano neuropsicologico.

### *Progetto per l'acquisto di un elettromiografo con potenziali evocati da donare alla UO neuropsichiatria infantile*

È stato finanziato dal Coordinamento dei Centri sociali della provincia di Reggio Emilia ed è stato consegnato il 6 marzo 2004.

*Progetto di ricerca bibliografica* (in collaborazione con la Biblioteca dell'ASMN) inerente le aberrazioni del cromosoma 14 a partire dal maggio 2003: grazie a un puntuale lavoro di aggiornamento, la sede operativa dell'Associazione sta diventando un punto di riferimento per il reperimento della letteratura sul tema.

*Convegno Aspetti genetici, clinico-patologici, neurofisiologici delle cromosomopatie, con particolare riferimento alla cromosomopia Ring14*, Reggio Emilia, 24 maggio 2003.

### **Principali risultati**

- Lo studio genetico è iniziato nell'aprile 2004 (dott.ssa G. Matarrelli, Istituto di genetica medica, UCSC Roma), con una presentazione dei dati preliminari al 7° Congresso SIGU dell'ottobre 2004.
- Lo studio neurometabolico, neurofisiologico e per neuroimmagini è iniziato nel febbraio 2005 (dott.ssa A. Scarano, UO neuropsichiatria infantile, ASMN Reggio Emilia).
- Progetto di accoglienza alle famiglie che seguono il protocollo medico, iniziato a partire dal giugno 2004 (dott.ssa A. Giustardi, assunta con contratto a progetto dall'Associazione Ring14).
- Partecipazione al Convegno internazionale *Malattie rare e farmaci orfani: un diritto globale alla salute* (Roma, ottobre 2004) con la relazione "Associazione internazionale Ring14: progetto per una riabilitazione possibile", in corso di stampa.
- Grazie alla donazione dell'elettromiografo, a tutt'oggi sono stati effettuati accertamenti su una cinquantina di bambini, sospettati di essere affetti da malattie neuromuscolari, neurometaboliche, ecc.
- Creazione del sito [www.ring14.com](http://www.ring14.com): a fine febbraio 2005 il sito aveva avuto circa 5.500 visitatori complessivi, dall'Italia e da paesi UE ed extra UE. Si è rivelato uno strumento insostituibile di divulgazione e di presa di contatto con tutte le famiglie coinvolte nella patologia del cromosoma 14.

## 10. Abba-stanza. Laboratorio di inserimento lavorativo flessibile a bassa soglia di accesso

Centro Accoglienza La Rupe  
Cooperativa sociale a r.l. onlus, Sasso Marconi (BO)



Collaborazione del Comune di Bologna sia per il finanziamento del progetto che per l'utilizzo dello stabile di via Abba.

<b>Autore/referente</b>	Alberto Vincenti, Maurizio Farini Centro Accoglienza La Rupe via Rupe 9 - 40037 Sasso Marconi (BO) tel. 051 841206 - <a href="mailto:rupecentrale@centriaccoglienza.it">rupecentrale@centriaccoglienza.it</a>
<b>Periodo di tempo a cui si fa riferimento</b>	gennaio 2002 - maggio 2005
<b>Contesto in cui si è svolta l'attività</b>	L'area territoriale interessata dal presente progetto è quella della città di Bologna con particolare riferimento a tutte quelle persone che versano in situazioni di grave disagio psico-sociale, contattate dalle diverse risorse presenti sul territorio intesi come luoghi di aggancio e di informazione dei potenziali destinatari del progetto.
<b>Obiettivi che si intendevano raggiungere</b>	<p>Il progetto si è posto diversi obiettivi in ordine alle diverse fasi dell'intervento.</p> <p>Attraverso lo strumento lavorativo è stato offerto alle persone coinvolte l'opportunità di divenire attori di se stessi, tentare di uscire da un circolo di assistenza e di riguadagnare la propria dignità. Laddove è stato possibile è stato promosso un uso responsabile delle sostanze stupefacenti che non invalidi la vita socio-lavorativa del soggetto ma che divenga compatibile con essa, e l'essere presenti e disponibili per facilitare una possibile emancipazione dall'uso delle stesse.</p> <p>È stato altresì importante accompagnare coloro che sono stati disponibili ad aumentare gradualmente la propria resistenza al lavoro, a mantenere la propria capacità nel tempo e a facilitare l'evoluzione verso una sistemazione lavorativa più strutturata, con il passaggio alla seconda fase del progetto, nella quale la persona ha potuto anche beneficiare di occasioni formative create a misura delle condizioni personali.</p>

Il laboratorio Abba-stanza utilizza lo strumento educativo borsa lavoro che ha una durata di tre mesi, al termine dei quali viene verificato il percorso. Se il percorso ha rivelato risorse nell'individuo rispetto alla capacità di lavorare si possono attivare altri percorsi. Se la persona richiede di continuare la borsa lavoro, si valuta la situazione insieme al servizio inviante. La borsa lavoro permette alle persone di misurarsi rispetto alla gestione economica, alla tolleranza alle fatiche e alla frustrazione e a socializzare rispettando regole di convivenza civile. Al momento di accedere al laboratorio vengono concordate delle regole che permettono di verificare la capacità di gestione dell'emozione e di relazionarsi con gli altri.

Si è perseguito l'obiettivo di mantenere la buona integrazione sul territorio anche con l'organizzazione di iniziative di sensibilizzazione locali, come ad esempio il seminario del 18 dicembre 2003 all'interno del quale, oltre alla presentazione dei risultati conseguiti e la promozione di una riflessione tra i vari soggetti sociali che fruiscono del servizio, è stato creato un video che racconta con le voci delle persone che accedono al laboratorio Abba-stanza. A questo seminario hanno partecipato rappresentanti del pubblico e privato sociale.

**Analisi  
e documentazione  
delle disuguaglianze**

Dopo una fase di preparazione e raccolta delle risorse, il progetto è stato presentato ai servizi della rete bolognese della riduzione del danno sia pubblici che gestiti dalle organizzazioni del terzo settore. A queste azioni preliminari è seguita l'organizzazione degli spazi e dei tempi che ha consentito l'avvio delle azioni di coinvolgimento concreto dei destinatari del progetto. La risposta dei servizi e delle organizzazioni del settore sociale presenti sul territorio bolognese è stata rapida, attraverso l'immediato accoglimento di questa opportunità lavorativa e nella creazione di un sistema di invio di possibili utenti.

Il progetto è stato pensato in seguito all'analisi delle disuguaglianze del territorio, tenendo conto che vi era l'esistenza di una fascia di popolazione che non aveva nessun tipo di risorsa e di aggancio. È nato così come una forma di *drop in* di aggancio che però non offriva solo un servizio di assistenza ma desse anche la possibilità di sperimentarsi e mettersi alla prova.

**Promozione del tema nell'agenda politica locale** Il progetto si è sviluppato in un'ottica di interazione con la rete dei servizi di Bologna. Il dato innovativo dell'inserimento nell'agenda politica sociale è che l'aggancio è possibile tramite il lavoro normale, cosa che in precedenza non era mai stata fatta, e che di conseguenza questo provoca facilmente un aumentato *empowerment*.

Il progetto ha permesso di facilitare la scelta politica di costituire attività legali anche per pagarsi cose illegali (ad es. droga).

**Coinvolgimento di altri soggetti interessati** *Partner*, sia pubblici che privati, coinvolti nel progetto sia per questioni organizzative che per invio utenti e commissioni dei lavori:

- Comune di Bologna, Assessorato Servizi sociali;
- Cooperativa Caronte: ha il compito di procurare il lavoro e di consegnarlo. Nel 2004 ha assunto a tempo indeterminato un utente del laboratorio Abba-Stanza che ha il compito di seguire il laboratorio di restauro;
- Cooperativa La Strada: ha collaborato per l'approccio con gli utenti;
- Caritas: ha fornito gli spazi per sviluppare il progetto;
- rete dei servizi sociali a bassa soglia di Bologna: Sportello sociale e delle opportunità di via del Porto, dormitorio di via Lombardia, riparo notturno di via Carracci, Rifugio notturno della solidarietà di via del Gomito, Struttura Isola che non c'è di via dell'Industria, Riparo notturno di via Lenin, Centro Beltrame, Centro ascolto Caritas Italiani, SSA. Questi servizi sono a conoscenza dei criteri di selezione degli utenti del laboratorio; in base a questi criteri hanno effettuato gli invii.
- Rete dei SerT dell'Azienda USL di Bologna: Navile, Carpaccio - San Donato, Borgo - Reno;
- un gruppo di aziende del territorio del bolognese che hanno fornito il lavoro per il laboratorio (Filomat, Plastod, Arcotronics, Cablogic, Stamper).

Il progetto è valorizzato per la presenza e collaborazione con questi servizi pubblici, privati e di volontariato, coordinati in vario modo nella rete bolognese dell'esclusione sociale e della riduzione del danno. È inoltre attiva una collaborazione con le risorse lavorative, aziende e cooperative sociali, con le quali il Centro accoglienza La Rupe è in rapporto per l'inserimento lavorativo di persone svantaggiate.

Sono stati fatti degli incontri per presentare il laboratorio ai servizi. La coordinatrice si è incontrata con il coordinatore del Servizio sociale adulti, e si è avviata una collaborazione

che prosegue con un incontro di coordinamento mensile tra gli operatori dei due servizi sugli utenti in carico. Al coordinamento sono presenti un educatore del laboratorio e un educatore del Servizio sociale adulti: vengono verificati i percorsi degli utenti e si programmano gli interventi futuri.

Lo Sportello sociale effettua gli invii al laboratorio per le persone dalla strada e per il dormitorio Massimo Zaccarelli di via Carracci.

I dormitori comunali hanno mantenuto contatti telefonici settimanali di verifica, rispetto agli ospiti delle loro strutture che afferiscono al laboratorio.

Il lavoro di rete è fondamentale per la valutazione delle richieste di inserimento nel laboratorio da parte dei servizi, dei dormitori e dello sportello e per poter attivare percorsi personalizzati e per dare dei *feedback* ai servizi.

Ad oggi Abba-stanza è considerato, all'interno della rete, un servizio a tutti gli effetti.

All'interno del tavolo promosso dalla Caritas sulle povertà estreme-lavoro debole, il progetto sta diventando uno dei modelli possibili di risposta alle richieste dei servizi di riduzione del danno a bassa soglia, nonché una buona pratica da esportare ad altre realtà/forme di povertà.

### **Azioni specifiche**

Il progetto si è costituito nel tempo secondo un modello organizzativo laboratoriale che prevedeva:

- Inserimento lavorativo di base in laboratorio (livello 1): prevede due o tre turni settimanali di 3 ore con un contributo economico immediato a fine turno, consente di lavorare a ore a seconda della disponibilità del soggetto e del servizio stesso. Si tratta di lavori semplici che permettono di valutare la tenuta della persona rispetto alla produttività e alle sue abilità nel lavoro e nell'ambito relazionale.
- Proposta di aumento delle ore di lavoro (livello 2): prevede turni di 4 ore con un contributo economico dilazionato a fine settimana. Offre la possibilità di un lavoro maggiormente strutturato sia come ore giornaliere, sia come numero di giornate lavorative. Si tratta di lavori più complessi e qualificati che permettono di valutare la stabilità, la costanza e la progettualità nella gestione del guadagno del soggetto stesso.
- Proposta del lavoro artigianale (livello 3): permette di accedere alla bottega artigianale di restauro come ulteriore possibilità di emancipazione. È un modo per permettere alla persona di esprimere le proprie risorse.

- Proposta di un percorso di sperimentazione come operatore alla pari: consiste in un'attività di tutoraggio e in un aumento della responsabilità all'interno del laboratorio per l'operatore alla pari. Quest'ultimo ha un percorso definito temporalmente per evitare di adagiarsi in questo ruolo e per impegnarsi a cercare di migliorare la propria condizione.

### **Principali risultati**

Nel 2003 sono state aperte 91 borse lavoro e i percorsi avviati sono stati:

- 9 assunzioni in aziende;
- 3 assunzioni in cooperative sociali;
- 2 operatori alla pari;
- 3 borse lavoro attivate in altri centri.

Nel 2004 sono state aperte 93 borse lavoro mentre i percorsi avviati sono stati:

- 1 operatore alla pari assunto alla Cooperativa Caronte a tempo indeterminato;
- 7 persone hanno interrotto la borsa lavoro perché hanno trovato lavoro altrove;
- 4 borse lavoro in altri servizi di cui 3 a Caronte con il programma Integrat;
- 2 operatori alla pari;
- 4 persone al II livello;
- 2 persone hanno avviato e continuano percorsi evolutivi con Caritas;
- 3 persone sono entrate in comunità terapeutica.

A fine 2004 si è potuto verificare come il laboratorio artigianale abbia visto un esponenziale sviluppo in quanto il Comune di Bologna ha dato uno spazio all'interno della Festa dell'Unità dove è stato possibile vendere alcuni oggetti e fare conoscere all'esterno il laboratorio. Inoltre il laboratorio di restauro ha avuto la possibilità di essere presente a Pontecchio Marconi alla Fira di Sdaz.

## 11. Ambulatorio del disagio

Azienda USL di Bologna

Dipartimento di sanità pubblica, UO PSAL

<b>Autore/referente</b>	Villiam Alberghini Vito Totire UO PSAL, Dipartimento di sanità pubblica, AUSL di Bologna via Gramsci 12 - Bologna Corrado Scarnato Osservatorio epidemiologico, Dipartimento di sanità pubblica, AUSL di Bologna via del Seminario 1 - San Lazzaro di Savena (BO)
<b>Periodo di tempo a cui si fa riferimento</b>	Dal 2001 al 2004.
<b>Contesto in cui si è svolta l'attività</b>	Il problema del disagio psichico in ambiente di lavoro esiste da sempre e si è cominciato a parlarne in ambito scientifico almeno dai primi anni '60: nelle vecchie classificazioni dei fattori di rischio lavorativo lo stress era inserito tra i cosiddetti fattori del 4° gruppo. D'altra parte, questo tema, sotto il nome di stress da lavoro, è già da tempo evidenziato dalla letteratura scientifica internazionale più accreditata, i cui contenuti sono stati sintetizzati in importanti pubblicazioni della Comunità europea. Da seminari da noi organizzati è emerso che il fenomeno del disagio psichico correlato al lavoro è in netta espansione nei principali paesi industrializzati, in considerazione delle profonde trasformazioni dell'organizzazione del lavoro in atto in molti settori lavorativi.
<b>Obiettivi che si intendevano raggiungere</b>	Nato nel 2001, l'ambulatorio del disagio è: <ul style="list-style-type: none"><li>• un punto di ascolto dei lavoratori che presentino problemi di salute correlati al lavoro non di tipo convenzionale, soprattutto nell'area dello stress da lavoro, con riferimento particolare all'emergente e noto fenomeno del <i>mobbing</i>;</li><li>• un primo strumento per rilevazione diretta, in termini qualitativi e quantitativi, di problemi di salute correlati al lavoro;</li><li>• una possibilità di sperimentazione di categorie interpretative del fenomeno mediante la raccolta dati specifici.</li></ul>

<b>Analisi e documentazione delle disuguaglianze</b>	<p>Durante il colloquio viene compilata una scheda di rilevazione composta principalmente di 3 parti:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• una parte denominata "Anagrafica" contenenti i dati essenziali del soggetto e la ricostruzione della propria storia lavorativa;</li><li>• una parte denominata "Sintomi" contenente la descrizione dei principali sintomi segnalati dal soggetto;</li><li>• un'ultima parte denominata "Diagnosi" contenente le valutazioni e le conseguenti decisioni adottate dallo specialista.</li></ul>
<b>Promozione del tema nell'agenda politica locale</b>	<p>Nel 1999, 2000 e nel 2001, nel corso di tre seminari da noi organizzati, con la presenza di diversi esperti, soggetti sociali e istituzionali, è stato fatto il punto della situazione, alla luce delle più recenti conoscenze scientifiche e del nuovo quadro normativo di derivazione europea.</p>
<b>Coinvolgimento di altri soggetti interessati</b>	<p>Dal primo colloquio si cominciano a esaminare e ad approfondire i problemi riferiti, attivando contatti e consulenze, che possono essere i più diversi: medici di famiglia, medici aziendali, specialisti, direzioni aziendali, rappresentanti dei lavoratori, ecc.</p>
<b>Azioni specifiche</b>	<p>Trattandosi di lavoratori che riferiscono problemi di salute, il percorso che viene seguito è quello di diagnosi e cura, con la differenza, rispetto al percorso clinico tradizionale, che ci si occupa solo degli aspetti, se presenti, inerenti il rapporto salute-lavoro, inteso nel senso più ampio del termine, mentre la cura riguarda l'ambiente, l'organizzazione e le relazioni presenti nel lavoro.</p> <p>Quali azioni vengono intraprese? Anche in questo caso il ventaglio è ampio, spaziando da suggerimenti ai lavoratori interessati, suggerimenti e proposte alle aziende, certificazioni mediche, sopralluoghi nei luoghi di lavoro, fino a disposizioni e prescrizioni alle aziende nei casi in cui si evidenzino delle carenze applicative della normativa di tutela specifica, segnalazioni all'INAIL.</p>

### **Principali risultati**

Complessivamente da quando abbiamo iniziato (gennaio 2001) si sono presentati circa 280 lavoratori.

Non abbiamo ancora dati precisi sull'esito dei nostri interventi, perché per avere un quadro completo è nostra intenzione attivare un *follow up* dei casi.

Possiamo comunque dire che le problematiche seguite afferiscono in generale a tre ambiti, più o meno equamente ripartiti:

- situazioni di *mobbing*;
- problemi di stress da lavoro connessi a condizioni organizzative del lavoro;
- problemi di salute extralavorativi accentuati o complicati dal lavoro.

Il fatto che la maggior parte dei lavoratori che abbiamo seguito non si ripresentino non ci consente di affermare che siano casi risolti.

Riteniamo comunque che l'ambulatorio debba continuare a svolgere il ruolo di sensore di questi problemi e di promotore di interventi di prevenzione primaria, incrementando i momenti di collaborazione con tutti i soggetti impegnati nel processo di prevenzione.

### **Considerazioni finali**

Considerando che le grandi trasformazioni in atto nel mondo del lavoro fanno dello stress da lavoro un sempre più rilevante fattore di rischio e anche di disuguaglianza tra i lavoratori, la nostra esperienza di attivazione dell'ambulatorio del disagio si sta dimostrando un importante strumento sia di comprensione che di azione.

## 12. Arte e salute

Azienda USL di Bologna  
Dipartimento di salute mentale  
Distretto Area Nord

<b>Autore/referente</b>	Dott.ssa Ivonne Donegani tel. 051 6644775 - <a href="mailto:ivonne.donegani@ausl.bologna.it">ivonne.donegani@ausl.bologna.it</a> Dott. Roberto Ragazzi tel. 051 6584829 - <a href="mailto:roberto.ragazzi@ausl.bologna.it">roberto.ragazzi@ausl.bologna.it</a> Ivano Barresi tel. 051 6584971 - <a href="mailto:i.barresi@ausl.bologna.it">i.barresi@ausl.bologna.it</a>
<b>Periodo di tempo a cui si fa riferimento</b>	Inizio del progetto: 1999. Fase di rilevazione: anni 2002-2004.
<b>Contesto in cui si è svolta l'attività</b>	<p>Il progetto Arte e salute, iniziato più di quattro anni fa, ha realizzato un percorso formativo triennale per le arti burattinaie e per le attività teatrali.</p> <p>Questo processo è stato possibile grazie all'integrazione del lavoro di artisti, professionisti e di operatori della salute mentale.</p> <p>In questi anni il lungo e complesso lavoro di gruppo per la realizzazione degli obiettivi riabilitativi, lavorativi e artistici, ha dato vita alla Compagnia teatrale Arte e salute e alla compagnia burattinaia Senza sipario. Entrambe le compagnie, divenute ormai stabili, hanno realizzato molti spettacoli, replicati nei principali teatri nazionali e in quelli del territorio aziendale.</p>
<b>Obiettivi che si intendevano raggiungere</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Promuovere attraverso i procedimenti didattici propri del teatro, specifiche competenze artistiche.</li><li>• Promuovere il reinserimento lavorativo di alcuni pazienti psichiatrici in campo artistico.</li><li>• Imprintare azioni finalizzate al lavoro di gruppo.</li><li>• Salvaguardare l'individualità del singolo, spronando attraverso le dinamiche proprie del teatro.</li><li>• Fondere cultura e riabilitazione.</li></ul>

<b>Analisi e documentazione delle disuguaglianze</b>	<p>Lo studio parte dall'analisi dei pazienti, che vengono costantemente monitorati durante tutta l'esperienza.</p> <p>L'intervento consiste in un percorso che li conduce a interagire in un misto tra azioni formative, riabilitative e ludiche. L'esperienza del teatro permette infatti di agganciare questi piani strutturandoli parallelamente.</p> <p>Le attività motorie, sensoriali e cognitive sono state adeguatamente stimolate, permettendo la compartecipazione e l'esecuzione di diverse azioni.</p> <p>I pazienti sono oggi in grado di compiere attività di grande complessità, di inserirsi in contesti lavorativi complessi, di affrontare il pubblico con una resa artistica riconosciuta a livello di critica nazionale.</p>
<b>Promozione del tema nell'agenda politica locale</b>	<p>Per la particolare connotazione che la tematica riveste si è proceduto a sviluppare un rapporto di rete con la realtà locale territoriale. Inoltre, sono stati sviluppate vere e proprie collaborazioni stabili con gli enti.</p>
<b>Coinvolgimento di altri soggetti interessati</b>	<p>Il progetto ha portato alla nascita di Arte e salute Onlus, un'associazione di professionisti e artisti con l'obiettivo di dare continuità e promuovere il progetto.</p> <p>La compagnia teatrale Arte e salute coproduce stabilmente con il teatro Arena del Sole di Bologna, e partecipa alla sua programmazione.</p>
<b>Azioni specifiche</b>	<p>Gli elementi strutturali del progetto sono costituiti da:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• formazione teatrale;</li><li>• produzione di spettacoli;</li><li>• documentazione e comunicazione.</li></ul> <p>Questi tre momenti sono inseriti all'interno di un intenso lavoro da parte degli operatori della salute mentale, che prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• momenti strutturati di lavoro di gruppo:<ul style="list-style-type: none"><li>- elaborazione di esperienze formative;</li><li>- creazione di un gruppo coeso;</li></ul></li><li>• momenti meno strutturati:<ul style="list-style-type: none"><li>- accompagnamenti;</li><li>- pause dai momenti formativi;</li><li>- uscite collettive.</li></ul></li></ul>

### **Principali risultati**

Miglioramenti visibili e misurabili.

- **Funzionamento emotivo:** è divenuto più sintonico e ha rinforzato il loro senso di identità, prima più fragile e poco individuato o soffocato dall'angoscia, dal delirio e da una profonda sofferenza. Questo ha avuto ripercussioni positive sulle funzioni cognitive con esiti sia di ristrutturazioni del linguaggio, sia di miglioramento delle capacità attentive, mnesiche e di apprendimento. L'espressività clinica del sintomo si è modificata, nel senso che i sintomi psicopatologici risultano meno invasivi, gli episodi di crisi sono diminuiti, così come la frequenza e la durata di ricoveri psichiatrici.
- **Qualità della vita:** i rapporti interpersonali le capacità di inserimento sociale e lavorativo sono migliorate visibilmente e di conseguenza anche il rapporto con la famiglia e il rapporto delle famiglie con il Servizio è divenuto più intenso, più aperto e soddisfacente.
- I primi risultati di un lavoro di psicodiagnostica, condotto nel corso degli ultimi 2 anni, ancora in fase di elaborazione statistica, evidenziano un complessivo miglioramento clinico e in alcune dimensioni del benessere psicologico (scala PWB) come autonomia, controllo ambientale, relazioni positive con gli altri. Tale miglioramento è risultato statisticamente significativo.

### **13. Come superare le disuguaglianze: la consulenza del Dipartimento di salute mentale Area Città in favore delle persone senza dimora**

Azienda USL di Bologna  
Dipartimento di salute mentale Area Città

<b>Autore/referente</b>	Mariano Bassi tel. 051 6584111 - <a href="mailto:mariano.bassi@ausl.bologna.it">mariano.bassi@ausl.bologna.it</a> Roberto Ragazzi tel. 051 6584829 - <a href="mailto:roberto.ragazzi@ausl.bologna.it">roberto.ragazzi@ausl.bologna.it</a> Ivano Barresi tel. 051 6584971 - <a href="mailto:i.barresi@ausl.bologna.it">i.barresi@ausl.bologna.it</a>
<b>Periodo di tempo a cui si fa riferimento</b>	Il progetto di consulenza psichiatrica strutturata del Dipartimento di salute mentale Area Città dell'Azienda USL di Bologna ai Centri di accoglienza del Servizio sociale adulti del Comune di Bologna per persone senza dimora e ad alto rischio di esclusione sociale ha avuto inizio, per gli aspetti operativi, nel 2000 ed è continuato per il biennio successivo 2002-2004.
<b>Contesto in cui si è svolta l'attività</b>	Le caratteristiche del progetto di consulenza sono state le seguenti: <ul style="list-style-type: none"><li>• la disponibilità di una rete completa e accessibile di servizi per la tutela della salute mentale nel territorio di riferimento dei Centri di accoglienza;</li><li>• l'osservazione periodica di utenti dei Centri di accoglienza con disturbi mentali, alcuni dei quali già in carico ai Centri di salute mentale territorialmente competenti, ai fini di una valutazione dei bisogni clinici e psico-sociali;</li><li>• la possibilità di raggiungere le persone senza dimora presso i Centri di accoglienza e di proporre un approccio diretto agli utenti con problemi derivati da disturbi mentali da parte degli operatori dei Centri di salute mentale, attraverso la mediazione degli operatori sociali dei Centri di accoglienza;</li><li>• la necessità di garantire una continuità assistenziale nei momenti di passaggio ad altri tipi di assistenza sociale (comunità, gruppo famiglia, abitazione propria).</li></ul>

<b>Obiettivi che si intendevano raggiungere</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ridurre le disuguaglianze nell'accesso all'offerta dei servizi per la tutela della salute mentale dell'area bolognese, con particolare riferimento alla popolazione delle persone senza dimora.</li><li>• Ridurre lo stigma e la discriminazione nei confronti delle persone con disturbi mentali gravi e persistenti e ad altissimo rischio di esclusione sociale, in quanto senza dimora.</li></ul>
<b>Analisi e documentazione delle disuguaglianze</b>	<p>Le azioni intraprese al fine di un corretto studio delle disuguaglianze possono essere così riassunte:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• la disponibilità di una rete completa e accessibile di servizi per la tutela della salute mentale nel territorio di riferimento dei Centri di accoglienza;</li><li>• l'osservazione periodica di utenti dei Centri di accoglienza con disturbi mentali, alcuni dei quali già in carico ai Centri di salute mentale territorialmente competenti, ai fini di una valutazione dei bisogni clinici e psico-sociali;</li><li>• la possibilità di raggiungere le persone senza dimora presso i Centri di accoglienza e di proporre un approccio diretto agli utenti con problemi derivati da disturbi mentali da parte degli operatori dei Centri di salute mentale, attraverso la mediazione degli operatori sociali dei Centri di accoglienza;</li><li>• la necessità di garantire una continuità assistenziale nei momenti di passaggio ad altri tipi di assistenza sociale (comunità, gruppo famiglia, abitazione propria).</li></ul>
<b>Promozione del tema nell'agenda politica locale</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Servizio sociale adulti del Comune di Bologna</li><li>• Piano attuativo locale per l'Area vasta bolognese (PAL)</li><li>• Piani di zona 2004 e 2005</li></ul>
<b>Coinvolgimento di altri soggetti interessati</b>	<p>I soggetti esterni coinvolti nel progetto hanno contribuito sostanzialmente attraverso una partecipazione diretta, focalizzata sulle modalità operative proprie di ogni singolo attore. Nello specifico:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• contributo partecipativo;</li><li>• coinvolgimento diretto;</li><li>• trasmissione delle singole competenze in materia.</li></ul>

### **Azioni specifiche**

La realizzazione operativa del progetto è stata caratterizzata, in collaborazione con gli operatori delle cooperative sociali impegnate nei Centri di accoglienza, dai seguenti interventi:

- attività di consulenza psichiatrica programmata periodica presso i Centri di accoglienza, in accordo e in presenza degli operatori sociali dei Centri stessi. La frequenza degli interventi di consulenza DSM è stata mediamente quindicinale presso i Centri, concordata tra i due staff;
- attività di monitoraggio periodico e continuativo delle condizioni cliniche degli utenti visitati durante l'attività di consulenza;
- supervisione degli interventi farmacologici e psico-sociali comunque gestibili all'interno dei Centri di accoglienza;
- presa in carico temporanea (per episodi di cura) e/o continuativa (per trattamenti intensivi prolungati) degli utenti caratterizzati dalle situazioni più gravi e gravose presso i Centri di salute mentale cittadini;
- attività di collegamento e integrazione con il Servizio sociale adulti del Comune per la realizzazione di progetti di supporto sociale degli utenti ad alta complessità (sussidi economici, *una tantum*, borsa lavoro, ospitalità transitorie, ecc.).

Nello specifico:

- è stata resa disponibile per le persone senza dimora affette da disturbi mentali una rete completa e accessibile di servizi per la tutela della salute mentale nel territorio di riferimento dei Centri di accoglienza (Comune di Bologna);
- si sono realizzati interventi di osservazione periodica presso i Centri di accoglienza di utenti con disturbi mentali, alcuni dei quali già in carico ai Centri di salute mentale territorialmente competenti, ai fini di una valutazione più puntuale e aggiornata dei bisogni clinici e psico-sociali;
- sono state raggiunte le persone senza dimora presso i Centri di accoglienza e si è proposto un approccio diretto agli utenti con problemi derivati da disturbi mentali da parte degli operatori dei Centri di salute mentale, attraverso la mediazione degli operatori sociali dei Centri di accoglienza;
- è stata garantita la continuità assistenziale agli utenti senza dimora nei momenti di passaggio ad altri tipi di assistenza sociale (comunità, gruppo famiglia, abitazione propria).

## **Principali risultati**

I principali risultati ottenuti possono essere riassunti, in questa fase in tre punti, come di seguito.

### *Contatti diretti*

Sono state contattate, attraverso le procedure di integrazione tra Dipartimento di salute mentale e Servizio sociale adulti del Comune di Bologna previste dal progetto, circa 350 persone senza dimora con disturbi mentali.

### *Presa in carico di una parte del target di riferimento*

Circa 1/3 di queste persone sono state avviate ai Centri di salute mentale cittadini, ai fini di realizzare un percorso di presa in carico e di trattamento intensivo prolungato, avendo accertato la presenza di un disturbo mentale grave e persistente.

### *Rapporti di integrazione e consulenza*

Si è realizzato un rapporto di integrazione e di reciproca consulenza tra Dipartimento di salute mentale e Servizio sociale adulti del Comune di Bologna, che ha permesso di definire procedure e stili di lavoro appropriati, comuni e condivisi.

## **14. Come superare le disuguaglianze: l'Agazia Lavoro del Dipartimento di salute mentale Area Città dell'Azienda USL di Bologna**

Azienda USL di Bologna  
Dipartimento di salute mentale Area Città

<b>Autore/referente</b>	Mariano Bassi tel. 051 6584111 - <a href="mailto:mariano.bassi@ausl.bologna.it">mariano.bassi@ausl.bologna.it</a> Roberto Ragazzi tel. 051 6584829 - <a href="mailto:roberto.ragazzi@ausl.bologna.it">roberto.ragazzi@ausl.bologna.it</a> Ivano Barresi tel. 051 6584971 - <a href="mailto:i.barresi@ausl.bologna.it">i.barresi@ausl.bologna.it</a>
<b>Periodo di tempo a cui si fa riferimento</b>	Progetto iniziato nel 2000.
<b>Contesto in cui si è svolta l'attività</b>	<p>Il progetto Agenzia Lavoro è nato con lo scopo di fornire un modello operativo innovativo, capace di migliorare in termini qualitativi e quantitativi gli interventi di formazione e inserimento al lavoro dei pazienti psichiatrici.</p> <p>Tale progetto si colloca nell'ambito degli interventi riabilitativi rivolti ai pazienti dei Centri di salute mentale (CSM) cittadini. La sua finalità è infatti quella di corrispondere ad alcuni dei bisogni che la popolazione delle persone affette da disturbi mentali gravi e persistenti, utenti dei CSM cittadini, presenta.</p>
<b>Obiettivi che si intendevano raggiungere</b>	<p>Oggi la missione dell'Agazia Lavoro si caratterizza con:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• la costruzione di una mappa delle opportunità per l'individuazione e un uso ottimale delle risorse cittadine;</li><li>• la promozione di progetti con altri soggetti pubblici e privati nel campo della formazione e dell'inserimento lavorativo degli utenti dei Centri di salute mentale cittadini;</li><li>• la gestione informatizzata dei dati relativi al progetto personalizzato per ogni singolo utente e alle aziende, cooperative e enti pubblici disponibili alle varie tipologie di inserimento lavorativo;</li><li>• la verifica dei risultati e delle ricadute riabilitative conseguite attraverso la realizzazione dei percorsi lavorativi.</li></ul>

- Analisi e documentazione delle disuguaglianze**
- Lo studio relativo alle disuguaglianze è stato articolato in 4 fasi:
- *fase 1: studio della normativa di riferimento*  
studio della legislazione: Legge 69/1999 sulle norme per il diritto al lavoro dei disabili; Legge 381/1991 sulla cooperazione sociale e categorie svantaggiate; ecc.
  - *fase 2: studio della fattibilità*  
promozione e ampliamento delle attività di inserimento lavorativo del paziente psichiatrico: incrocio domanda/offerta come incontro di due mondi relativamente distanti;
  - *fase 3: studio logistico*  
rimozione di ostacoli e barriere di pregiudizio, inducendo con azioni e informazioni a un cambio di opinione;
  - *fase 4: studio del comportamento*  
lotta allo stigma: modifica di atteggiamenti e comportamenti di individui e gruppi sociali nell'accogliere il paziente lavoratore.
- Promozione del tema nell'agenda politica locale**
- Come esplicitato nel punto successivo, il progetto si è sviluppato a 360° in maniera stratificata coinvolgendo:
- pubblico:
    - Enti locali
    - Comune
    - provincia
    - Azienda USL di Bologna
  - privato
    - associazionismo
    - enti di formazione
    - cooperative sociali e non
    - servizio per il collocamento
  - sindacati
- Coinvolgimento di altri soggetti interessati**
- Partnership e rete territoriale*
- Protocollo d'intesa con la Provincia di Bologna sul collocamento al lavoro dei disabili, con particolare attenzione ai multiproblematici.
  - Partecipazione alle attività commissioni medico-legali Legge 68/1999.
  - Gruppo di coordinamento provinciale degli operatori della Salute mentale, che si occupano del tema "lavoro".
  - Vari corsi di formazione organizzati insieme agli enti di formazione e mirati per pazienti psichiatrici.
  - Collaborazione con il Comune di Bologna per gli inserimenti di pazienti in attività del Progetto Equal Portici.

- Costruzione di progetti formativi e lavorativi con le Agenzie di somministrazione del lavoro (ex interinali)
- Progetti di inserimento lavorativo con cooperative sociali.
- Rapporti stabili e in fase di ulteriore sviluppo con imprese, associazioni di categoria, enti di formazione, Enti locali, istituzioni, associazioni, sindacati, cooperative sociali e non, servizi per il collocamento.

#### **Azioni specifiche**

Nello specifico le azioni messe in cantiere sono state:

- attenzione ai bisogni/problemi del paziente;
- costruzione di progetti e interventi personalizzati;
- attenzione al clima relazionale e ambientale del sistema organizzativo/produttivo scelto e del relativo processo di socializzazione al lavoro;
- utilizzo del vero contesto produttivo e lavorativo come luogo di apprendimento e di esperienza per l'acquisizione di abilità e competenze;
- utilizzo di varie tipologie di opportunità e di risorse per i progetti terapeutico-riabilitativi rivolti ai pazienti;
- costruzioni di progetti e percorsi che favoriscono l'occupabilità dei pazienti;
- sviluppo di azioni di mediazione, di supporto e di affiancamento dell'Agenzia Lavoro verso il paziente e l'impresa;
- costruzione di sistemi di valutazione per controllare la traduzione degli obiettivi riabilitativi prefissati in risultato/lavoro;
- costruzione di una mappa delle opportunità per un lavoro di rete con imprese, associazioni di categoria, enti di formazione, Enti locali, istituzioni, associazioni, sindacati, cooperative sociali e non, servizi per il collocamento;
- promozione di progetti con altri soggetti pubblici e privati nel campo della formazione e dell'inserimento lavorativo.

#### **Principali risultati**

I risultati raggiunti in questi anni di attività sono:

- la definizione di un metodo comune;
- il progressivo potenziamento delle risorse impiegate nel campo;
- il potenziamento del lavoro di rete nel contesto cittadino ed extra-cittadino;
- una migliore efficacia riabilitativa valutata attraverso una continua misurazione dei risultati.

Si riporta inoltre la tabella riassuntiva del flusso di attività svolta, i pazienti coinvolti e gli inserimenti prodotti nel 2003-2004.

Indicatori Agenzia Lavoro DSM	2002	2003	2004
Utenti in carico	300	329	370
Utenti in borsa lavoro	170	178 <i>+ 4,7%</i>	195 <i>+ 9,6%</i>
Utenti in borsa lavoro in cooperative sociali	/	/	32
Utenti in formazione professionale	15	19 <i>+ 26%</i>	57 <i>+ 200%</i>
Segnalazioni Legge 68/1999	/	39	35
Numero assunzioni	28	37 <i>+ 32%</i>	38 <i>+ 2,7%</i>
Assunzioni invalidi civili Legge 68/1999	19	20 <i>+ 5,2%</i>	18 <i>- 10%</i>
Assunzioni ordinarie	9	17 <i>+ 88%</i>	20 <i>+ 18%</i>
Assunzioni cooperative sociali	/	5	4 <i>- 20%</i>

## **15. "Dopo di Noi"**

### **Progetto sperimentale di vita indipendente attraverso l'utilizzo dell'appartamento di Trebbo di Reno**

Azienda USL di Bologna  
Servizio sociale - Distretto Pianura Est

**Autore/referente** Dott.ssa Albertina Ramponi  
referente tecnica del Progetto  
tel. 051 6662764 - [albertina.ramponi@ausl.bologna.it](mailto:albertina.ramponi@ausl.bologna.it)  
Lelia Govoni  
responsabile Servizio sociale  
tel. 051 6662634 - [lelia.govoni@ausl.bologna.it](mailto:lelia.govoni@ausl.bologna.it)  
Dott. Bruno Alberghini  
responsabile UO H Adulto  
tel. 347 1174343 - [bruno.alberghini@ausl.bologna.it](mailto:bruno.alberghini@ausl.bologna.it)  
Dott. Roberto Ragazzi  
tel. 051 6584829 - [roberto.ragazzi@ausl.bologna.it](mailto:roberto.ragazzi@ausl.bologna.it)  
Ivano Barresi  
tel. 051 6584971 - [i.barresi@ausl.bologna.it](mailto:i.barresi@ausl.bologna.it)

**Periodo di tempo  
a cui si fa riferimento** Febbraio 2004: data di avvio del progetto;  
la durata complessiva del progetto è di 2 anni.

**Contesto  
in cui si è svolta  
l'attività** Il progetto sperimentale di vita indipendente per ragazzi disabili  
attraverso l'utilizzo di un appartamento sito a Trebbo di Reno  
(BO). L'appartamento è una palestra dove è possibile  
sperimentare un percorso orientato alla costruzione di una  
qualità di vita futura nella consapevolezza del "Dopo di Noi",  
quando la famiglia è ancora in grado di accompagnare i propri  
figli.  
Si vogliono sperimentare nuove soluzioni di vita indipendente  
e individuare gli strumenti più efficaci che possano offrire  
garanzie di permanenza della qualità della vita nel tempo.

**Obiettivi che si intendevano raggiungere**

- Sperimentare soluzioni di vita indipendente in vista del "Dopo di Noi".
- Verificare la tenuta delle famiglie e dei disabili rispetto al distacco e all'affido a estranei alla famiglia.
- Garantire nel tempo il livello di qualità di vita progettato attraverso un modello gestionale che non può prescindere dalla necessità di individuare lo strumento giuridico atto a garantire la continuità dell'esperienza.

*Target* primario: disabili.

*Target* secondario: famiglie dei disabili.

**Analisi e documentazione delle disuguaglianze**

Dopo anni di lavoro si può affermare che la situazione riguardante i cittadini disabili e i loro diritti sia stata al centro del lavoro di associazioni, servizi e istituzioni soprattutto rispetto in ambito sociale, scolastico e lavorativo.

Occorre ora affrontare un tema che con sempre più intensità viene posto dalle famiglie. I genitori si interrogano su quale possa essere il futuro dei loro figli nel momento in cui non ci saranno più o non saranno in grado di rispondere in modo adeguato alle loro esigenze.

Da tempo l'UO H Adulto del Distretto Pianura Est sta affrontando questo tema soprattutto con iniziative utili a sensibilizzare le famiglie dei ragazzi disabili in carico allo stesso servizio affinché insieme si possa progettare il futuro dei loro figli adulti prima che la situazione lo imponga.

Le persone disabili devono poter realizzare il proprio progetto che consenta loro una vita dignitosa e che presenti fondate garanzie di permanenza della qualità della vita nel tempo, anche quando i genitori verranno a mancare.

È possibile che le famiglie di ragazzi con handicap possano accompagnare i propri figli a vivere fuori casa, così come avviene per ogni persona adulta prima che ci siano urgenze o che la vita costringa a trovare alternative alla famiglia?

Per questo diventa necessario sviluppare piani di azione rivolti alle famiglie che hanno al loro interno una persona disabile, finalizzati al raggiungimento dei maggiori livelli possibili di autonomia nella gestione della vita quotidiana, a sperimentare soluzioni di vita indipendente e, aspetto più critico, a individuare gli strumenti più efficaci che possano offrire garanzie di permanenza della qualità della vita nel tempo.

## **Articolazione logistica** *1. L'appartamento*

Il Comune di Castel Maggiore decide di destinare due alloggi attigui, ricavati all'interno di un intervento più complessivo di edilizia sociale, alla realizzazione del progetto sperimentale elaborato dall'UO Handicap Adulto in collaborazione con l'Associazione Idee ed Esperienze. L'appartamento, ottenuto dall'unione dei due alloggi, è sito in località Trebbo di Reno, frazione che dista 4 Km dal comune di Castel Maggiore e servita dai mezzi pubblici.

Ha una superficie di circa 100 mq ed è formato da tre camere da letto con due bagni e una zona giorno composta da un'unica stanza, dove è previsto sia lo spazio per cucinare che il soggiorno.

### *1.1. La vita nell'appartamento*

Il percorso che si vuole sperimentare vuole essere alternativo ai percorsi residenziali orientati più alla sicurezza e alla protezione che alla valorizzazione delle risorse personali e abilità degli ospiti. È un percorso di vita normale.

L'appartamento è una casa all'interno della quale si svolgono le più normali azioni del vivere quotidiano.

Al mattino occorre alzarsi e prepararsi per l'uscita al lavoro. Al rientro occorre occuparsi della casa e della spesa e trovare il tempo per le proprie attività di tempo libero e di svago.

Per aiutare Elena e Silvia in questi compiti è prevista la presenza di una figura adulta - la governante - per l'intero arco delle 24 ore di una giornata, quindi convivente. Inizialmente, è inoltre prevista la presenza di un educatore per complessive 30 ore settimanali.

### *1.2. Apertura*

Nella prima fase iniziale è prevista un'apertura di 5 giorni alla settimana, dal lunedì al venerdì; il sabato e la domenica le ragazze rientrano a casa dai genitori. Tale impostazione è stata adottata al fine di garantire un percorso verso la vita indipendente che preveda un progressivo e graduale distacco dalla famiglia.

In questa prima fase le ragazze devono potersi entusiasmare e concentrare sul nuovo, senza temere di perdere quelle che fino a oggi sono state le loro certezze; questo percorso deve rappresentare un'opportunità in più, non un'alternativa, la famiglia c'è ancora e loro possono vivere da sole così come succede ad altri loro coetanei.

La stessa gradualità è di aiuto anche ai genitori che sono impegnati nello stesso percorso.

Per ultimo, ma non meno importante, questa proposta di apertura permette il monitoraggio e il contenimento dei costi, aspetto rilevante che rientra nelle competenze del buon padre di famiglia.

Il tempo ipotizzato per l'intero percorso è di due anni. Quest'arco di tempo permetterà alle famiglie di elaborare il distacco e di individuare e realizzare lo strumento giuridico atto a garantire la continuità dell'esperienza.

### *1.3. Le ragazze*

Le famiglie che hanno deciso spontaneamente di partecipare a questo percorso sperimentale sono due, entrambe con una ragazza disabile: Elena di anni 24 e Silvia di anni 25, affette da una patologia di insufficienza mentale che ne limita le autonomie.

Sono impegnate in percorsi educativi e di inserimento lavorativo. Elena svolge un tirocinio di borsa lavoro presso la mensa della scuola elementare del paese, mentre Silvia è inserita presso una cooperativa sociale che ha sede nel comune di Minerbio, distante circa 30 Km dall'appartamento. Si conoscono e si frequentano da tempo perché partecipano alle attività di tempo libero organizzate sul territorio: Club del sabato.

I genitori fanno parte dell'Associazione di mutuo/aiuto Idee ed esperienze, direttamente coinvolta nella realizzazione del progetto.

## **2. Gruppo di lavoro**

Si prevede un gruppo di lavoro così costituito:

- un referente tecnico
- i genitori delle ragazze
- un operatore del comune
- un educatore
- una governante

Gli incontri di gruppo di lavoro si terranno presso l'appartamento, e avranno indicativamente una cadenza settimanale, soprattutto nella prima fase preparatoria e iniziale.

### *2.1. Il referente tecnico*

Redige e coordina il progetto ed è supportato nella sua azione da due educatori della stessa UO. Gli stessi si faranno carico anche della raccolta e produzione della documentazione relativa allo svolgimento del progetto.

Si fa carico degli incontri con il responsabile dell'UO e i vari referenti istituzionali durante i quali viene riportato l'andamento e l'eventuale ridefinizione più mirata del progetto originale. In questo ambito potrebbero essere individuate tematiche e questioni utili alla predisposizione di attività formative per il personale assistenziale (le governanti).

In collaborazione con il referente dell'Ufficio amministrativo del Servizio sociale mantiene il monitoraggio delle spese.

### *2.2. I genitori*

I genitori sono direttamente coinvolti nel progetto e quindi presenti nei momenti decisionali in tutte le sue fasi. Sono altresì il raccordo con l'Associazione Idee ed esperienze impegnata nel percorso parallelo di continuità e sviluppo futuro del progetto.

È prevista la stipula di un contratto tra gli stessi e l'Azienda USL che definirà i rispettivi impegni.

### *2.3. L'operatore del Comune*

Soggetto con funzioni di raccordo e di mediazione delle relazioni con gli uffici comunali e le agenzie del territorio.

### *2.4. La governante*

Convivente, ha il compito di organizzare con le ragazze tutte le attività interne relative alle gestione della casa, preparazione dei pasti, dell'igiene e salute personale.

Abbiamo scelto questo termine al posto del più conosciuto *colf*, perché ci sembra il più adatto a rappresentare meglio il compito a cui è chiamata a svolgere questa figura: il governo della casa, delle azioni e dei comportamenti necessari al rispetto dei tempi che impone la quotidianità. Questi sono compiti propri.

Per supportare la governante nell'aspetto prettamente relazionale è prevista la figura educativa.

È evidente la rilevanza di questa figura nell'organizzazione del progetto che rappresenta il punto di forza ma allo stesso tempo è anche il punto di debolezza.

In questa fase dove è presente ancora la famiglia l'assenza della governante (giorno di riposo, eventuali malattia, ferie ecc.) non rappresenta un problema, ma domani?

Per questo è necessario che l'appartamento non rimanga un'esperienza singola e isolata, più appartamenti, più governanti che portano alla formazione di un gruppo di lavoro.

Diventa inoltre necessario individuare tematiche e ambiti utili alla predisposizione di percorsi formativi mirati per questa specifica figura.

### *2.5. L'educatore*

L'educatore, in convenzione con una cooperativa sociale, ha il compito di supportare la governante nell'espletamento di tutte le attività e nella relazione con le ragazze. Coordina altresì le attività esterne facilitando il collegamento con le agenzie del territorio (volontariato, parrocchie, società sportive) in raccordo con l'assistente sociale del Comune.

#### **Promozione del tema nell'agenda politica locale**

Grazie all'Amministrazione del Comune di Castel Maggiore e alla sua scelta di destinare un appartamento a favore di cittadini disabili, si presenta l'opportunità di elaborare un progetto sperimentale di vita indipendente per ragazzi disabili.

L'obiettivo finale è quello di garantire nel tempo il livello di qualità di vita del progetto attraverso un modello gestionale che non può prescindere dalla necessità di individuare lo strumento giuridico atto a garantire la continuità dell'esperienza.

Contestualmente l'Associazione di genitori Idee ed esperienze, direttamente coinvolta e parte attiva del progetto, è impegnata ad analizzare gli strumenti giuridici contemplati dal nostro ordinamento (cooperativa sociale, fondazione, trust, ...) con lo scopo di individuare quello più idoneo a garantire:

- la salvaguardia della qualità della vita nel tempo,
- la tutela del patrimonio impiegato allo scopo,
- l'opportunità di favorire il coinvolgimento della società civile e dell'ente pubblico.

L'Associazione si sta orientando verso la costituzione di una Fondazione di partecipazione. La scelta è avvenuta dopo avere incontrato altre esperienze simili alla loro e con la consulenza di una avvocatessa esperta in forme associative no profit.

**Coinvolgimento  
di altri soggetti  
interessati**

Comuni del Distretto della Pianura Est:  
attraverso i Piani di zona, i Comuni hanno stanziato  
una parte dei fondi da devolvere al progetto inoltre, da parte  
del Comune di Castel Maggiore è stata messa a disposizione  
un immobile ad hoc per la sperimentazione del progetto.

Associazione Idee ed esperienze:  
partecipazione attiva all'esperienza attraverso il  
coinvolgimento dei genitori dei ragazzi impegnanti  
nel progetto;  
promozione e costituzione della Fondazione a  
partecipazione;  
stanziamento dei fondi per l'acquisto di materiale di  
supporto: strumentazione informatica e documentazione.

Fondazione Cassa di risparmio di Bologna:  
stanziamento dei fondi a supporto del progetto.

**Azioni specifiche**

- Individuazione delle famiglie che partecipano alla sperimentazione.
- Costituzione di un gruppo di lavoro per la gestione complessiva dell'appartamento.
- Inserimento nell'appartamento degli ospiti individuati e attivazione di un percorso di vita normale.
- Verifica della tenuta delle famiglie e dei loro figli rispetto al distacco e all'affido a soggetti estranei alla famiglia.
- Promozione dell'iniziativa (*workshop* - documentazione video) per favorire la partecipazione e l'adesione da parte di genitori, enti e associazioni.
- Statuto e atti costitutivi dello strumento giuridico individuato, atto a garantire la continuità dell'esperienza.

**Principali risultati**

- La tenuta del distacco delle ragazze dai genitori e viceversa.
- Realizzazione della bozza dello statuto della Fondazione.
- Sensibilizzazione delle famiglie e dei cittadini disabili residenti nel territorio del Distretto al tema del "Dopo di Noi".

## 16. Efficacia dei mediatori culturali (*peer counselors*) sull'accesso ai servizi sanitari e adesione alle cure tra gli immigrati

Azienda USL di Bologna

Servizio di pediatria di comunità e Area Salute Donna

Centro per la salute delle donne straniere e dei loro bambini

IRCSS Burlo Garofolo di Trieste

### **Autore/referente**

Dott. Paolo Cristiani

tel. 051 6224306 - 6224202 - [p.cristiani@auslbologna.it](mailto:p.cristiani@auslbologna.it)

[ginecologia.slazzaro@ausl.bologna.it](mailto:ginecologia.slazzaro@ausl.bologna.it)

Dott.ssa Maria Giovanna Caccialupi

tel. 051 4211511

[mariagiovanna.caccialupi@ausl.bologna.it](mailto:mariagiovanna.caccialupi@ausl.bologna.it)

Dott.ssa Luciana Nicoli

tel. 051 6224303 - [l.nicoli@ausl.bologna.it](mailto:l.nicoli@ausl.bologna.it)

Dott. Roberto Ragazzi

tel. 051 6584829 - [roberto.ragazzi@ausl.bologna.it](mailto:roberto.ragazzi@ausl.bologna.it)

Ivano Barresi

tel. 051 6584971 - [i.barresi@ausl.bologna.it](mailto:i.barresi@ausl.bologna.it)

### **Periodo di tempo a cui si fa riferimento**

Durata dello studio: 2 anni.

### **Contesto in cui si è svolta l'attività**

Il progetto si inserisce a livello nazionale nella cornice delle attività proposte dal Piano sanitario nazionale (Obiettivo n. 4202 - Sviluppo di programmi per la tutela e l'assistenza degli immigrati) e a livello internazionale nel Sesto *framework* di ricerca dell'Unione europea.

Lo studio nasce dalla constatazione che in letteratura non esistono evidenze chiare su interventi efficaci per la promozione dell'allattamento al seno e di altri interventi di promozione della salute, così come di accesso e utilizzo dei servizi sanitari tra le donne immigrate, loro adesione alle cure prescritte, stato di salute in gravidanza e puerperio, crescita e sviluppo del bambino.

**Obiettivi che si intendevano raggiungere**

Obiettivo principale

- Valutare l'efficacia relativa dei servizi sanitari e dei mediatori culturali (*peer counselors*) nella promozione dell'allattamento al seno

Obiettivi secondari

- Descrivere accesso e uso dei servizi per la gravidanza e il puerperio da parte di donne immigrate.
- Descrivere accesso e uso dei servizi per il bambino sano da parte delle donne immigrate.
- Valutare lo stato di nutrizione delle donne immigrate in gravidanza e puerperio, e dei bambini fino a sei mesi di età.
- Valutare la copertura con le vaccinazioni obbligatorie e non.
- Valutare l'offerta e l'uso dei servizi per la pianificazione familiare.
- Valutare l'adesione a raccomandazioni riguardanti interventi preventivi (fumo in gravidanza e fumo passivo, posizione del sonno).
- Valutare la prevalenza di stati depressivi e il tipo di cure offerte e utilizzate.

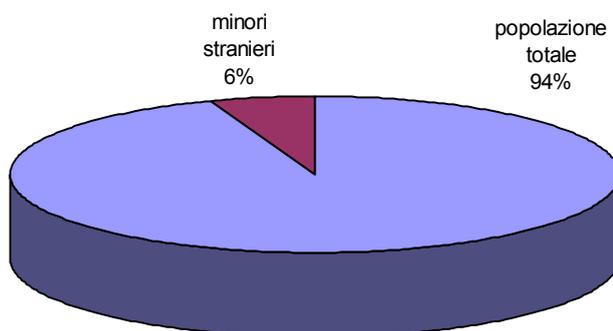
Popolazione dello studio: 120 donne in gravidanza.

**Analisi e documentazione delle disuguaglianze**

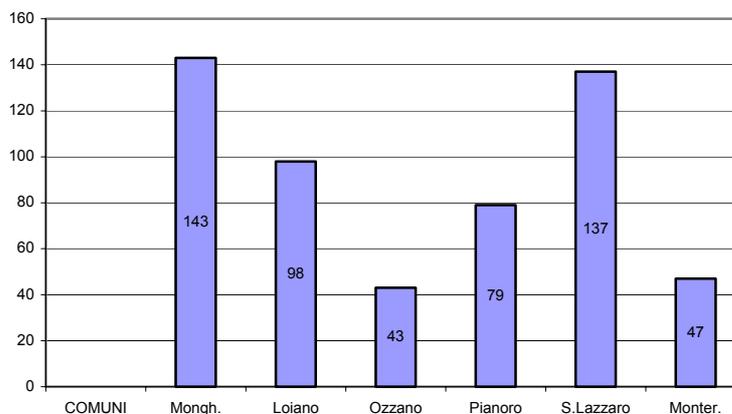
Al fine di promuovere un'indagine accurata è stato promosso uno studio strutturato che esplicita a pieno le modalità attraverso cui questo studio è stato realizzato. Nello specifico comunque, il tema delle disuguaglianze è stato elaborato nei seguenti termini.

*Distretto di San Lazzaro.*

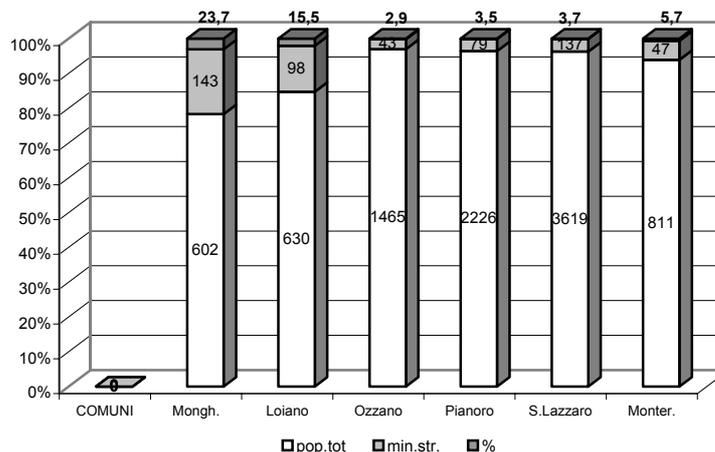
*Incidenza minori stranieri sul totale della popolazione infantile residente*



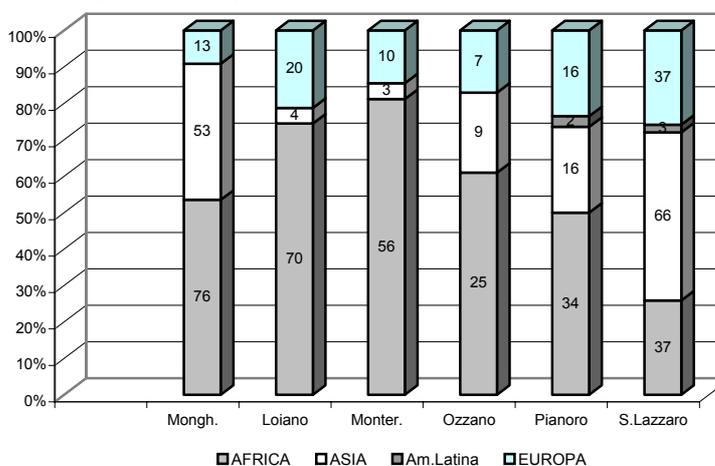
*Minori stranieri residenti nel distretto di San Lazzaro.  
Presenze assolute per comune*



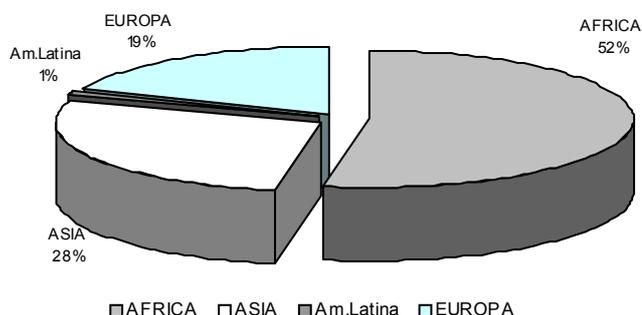
*Minori stranieri residenti nel distretto di San Lazzaro.  
Incidenza sulla popolazione infantile totale*



*Minori stranieri residenti nel distretto di San Lazzaro.  
Presenze per aree di provenienza*



*Minori stranieri residenti nel distretto di San Lazzaro.  
Continente di provenienza*



**Promozione del tema nell'agenda politica locale**

Per l'attualità del tema e la grande sensibilizzazione che esso ha suscitato si è deciso di sviluppare eventuali protocolli di intesa con gli Enti locali, non appena sarà possibile stilare un monitoraggio complessivo delle azioni messe in cantiere.

**Coinvolgimento di altri soggetti interessati**

Allo studio parteciperanno quattro centri europei che poi coordineranno l'attività a livello nazionale:

- l'Unità per la ricerca sui servizi sanitari e la salute internazionale dell'IRCSS Burlo Garofolo di Trieste (Italia),
- il Karolinska Institute di Stoccolma (Svezia),
- l'Istituto di igiene e sanità pubblica dell'Università di Heidelberg (Germania),
- l'Agenzia di Technology Assessment della Catalogna (Spagna).

*Centri coinvolti a livello locale*

Azienda USL di Bologna

- Consultorio pediatrico e consultorio ginecologico di San Lazzaro di Savena
- Centro per la salute delle donne straniere e dei loro bambini

*Personale coinvolto a livello locale*

- coordinatrice locale: 1 per l'area di Bologna - San Lazzaro (sia a livello di territorio che di ospedale)
- supervisore: 2 (1 per centro territoriale)
- *peer counselors*: 5-8 (2-3 per il Consultorio pediatrico e consultorio ginecologico di S. Lazzaro e 3-5 per il Centro per la salute delle donne straniere e dei loro bambini)
- intervistatore/trice per la componente ospedaliera: 1-2 studenti in medicina o specializzandi (neonatologia, ginecologia o pediatria) per l'ospedale l'Azienda ospedaliera S. Orsola-Malpighi, Bologna

- intervistatore/trice per la componente territoriale: assistente sanitaria, ginecologo o pediatra dei due centri territoriali coinvolti in servizio secondo i normali turni di lavoro
- traduttore/trice: 3 (1 per ogni centro territoriale e 1 per l'Azienda ospedaliera S. Orsola-Malpighi)

### **Azioni specifiche**

#### *Metodologia*

Si tratta di un *trial* controllato randomizzato. In maniera casuale (*random*) la popolazione sotto studio sarà divisa in tre gruppi che riceveranno i seguenti interventi.

- Gruppo di controllo: donne in gravidanza che seguiranno i normali percorsi sanitari previsti e offerti durante la gravidanza, il parto e il puerperio (cure standard).
- Gruppo di intervento I: donne in gravidanza che in aggiunta alle cure standard sopra descritte, riceveranno, durante le visite al consultorio, del materiale informativo sviluppato *ad hoc* e tradotto nella lingua di appartenenza (arabo, cinese, pakistano, russo, ecc.).
- Gruppo di intervento II: donne in gravidanza che in aggiunta alle cure standard riceveranno 5 visite domiciliari da parte di *peer counselors* opportunamente formate, che oltre a distribuire il materiale informativo (come nel gruppo di intervento I) offriranno consigli e supporto come richiesto.

#### *Componente italiana*

Per quanto riguarda la partecipazione italiana alla implementazione dello studio si dovranno arruolare 150 donne in gravidanza. L'arruolamento avverrà a Trieste (IRCSS Burlo Garofolo) e a Bologna (Consultorio pediatrico e consultorio ginecologico di S. Lazzaro, AUSL Bologna Sud; Centro per la salute delle donne straniere e dei loro bambini di via Zanolini, AUSL Città di Bologna). Se con la partecipazione di questi due centri non si dovesse raggiungere il numero di donne stabilito, si estenderà la partecipazione alla ricerca a Roma (ASS Roma C e ISS), dove esiste un desiderio espresso di partecipare allo studio.

Il coordinamento della ricerca a livello locale e il mantenimento dei rapporti fra centro organizzatore (Trieste) e i due centri partecipanti di Bologna sarà garantito dalla dott.ssa Simona Di Mario, che attualmente lavora al CeVEAS di Modena, conosce i due centri bolognesi che parteciperanno alla ricerca, e ha legami di lavoro con il Centro di Trieste che propone la ricerca, dove ha lavorato negli ultimi otto anni.

*Attività che saranno svolte a livello centrale (Trieste) e per le quali non è necessario un budget locale*

- Produzione del materiale informativo, traduzione nelle diverse lingue e stampa.
- Ideazione e verifica dei questionari per la raccolta dati.
- Preparazione del materiale, programma e conduzione del training per le *peer counselors*.
- Inserimento dei dati nel computer, analisi dei dati, interpretazione e diffusione dei risultati.
- Coordinamento a livello nazionale e con gli altri tre centri europei (Spagna, Germania e Svezia).
- Organizzazione e conduzione di un *workshop*.
- Consulenze di esperti.
- Arruolamento e raccolta dati su circa 30 donne in gravidanza.

*Componente bolognese*

Da qui in poi si farà riferimento agli aspetti dello studio che riguardano esclusivamente la componente bolognese, per la quale si presenta la richiesta di finanziamento alla Fondazione Cassa di Risparmio.

**Principali risultati**

Azioni realizzate	Soggetti coinvolti
Visite di <i>routine</i> in consultorio: 40 donne con 5 visite/donna	- assistente sanitaria - ginecologa - pediatra
40 donne con 5 visite/donna	- assistente sanitaria - ginecologa - pediatra
Visite domiciliari: 40 donne da seguire, con visite di <i>routine</i> in consultorio + distribuzione del materiale informativo + 5 visite/donna	- <i>peer counselors</i>
Prima raccolta dati su 120 donne: in consultorio ginecologico a 30 settimane di età gestazionale	- <i>peer counselor</i> - ostetrica - assistente sanitaria - ginecologa - in alternativa intervistatore/trice esterno + traduttore/trice
Seconda raccolta dati su 120 donne: in ospedale al momento della dimissione dopo il parto	- intervistatore/trice - studente-specializzando - traduttore/trice
Terza e quarta raccolta dati su 120 donne: in consultorio pediatrico a 3 e 6 mesi <i>post partum</i>	- assistente sanitaria - pediatra - in alternativa intervistatore/trice esterno + traduttore/trice

## **17. Sistema di sorveglianza di eventi sanitari in occasione di ondate di calore nei comuni di Bologna, Casalecchio, San Lazzaro di Savena e Castel Maggiore**

Azienda USL di Bologna  
Dipartimento di sanità pubblica

**Autore/referente** Fausto Francia  
Paolo Pandolfi  
Sara De Lisio  
Daniele Agostini  
Corrado Scarnato  
via del Seminario 1 - 40068 San Lazzaro di Savena (BO)

**Periodo di tempo a cui si fa riferimento** 1 giugno - 31 agosto 2004

**Contesto in cui si è svolta l'attività**

Molti aspetti della salute sono influenzati da variabili climatiche e meteorologiche. L'interesse riguardo agli effetti del clima sulla salute è in aumento anche in ragione dei potenziali futuri cambiamenti climatici. Infatti secondo gli esperti, tali cambiamenti dovrebbero essere caratterizzati da più ampie fluttuazioni della temperatura con valori estremi in estate e in inverno e con una relativa crescita progressiva dei valori medi.

Gli studi sulla relazione tra temperatura e mortalità evidenziano un andamento a U, con tassi di mortalità più elevati in estate e in inverno e con valori minimi in corrispondenza dei giorni in cui la temperatura massima varia tra i 20 e i 25 gradi Celsius (°C).

Diversi studi hanno evidenziato aumenti di mortalità principalmente nella popolazione anziana a causa di una ridotta capacità di termoregolazione e in soggetti già malati, in particolare di patologie cardiovascolari che identificano un gruppo di popolazione a maggior rischio. È stato evidenziato, inoltre, che non solo la variazione di temperatura ma anche altre variazioni come l'umidità relativa, la pressione barometrica e la velocità del vento hanno effetti significativi sulla salute della popolazione esposta.

L'estate del 2003 è stata particolarmente calda e afosa in gran parte delle nazioni europee e in Italia. Questa condizione ha determinato disagi notevoli e ha suscitato preoccupazioni sia nell'opinione pubblica che negli organi istituzionali.

Per questo motivo, a partire dal Ministero della salute fino alle singole Regioni e Aziende sanitarie, sono stati realizzati studi descrittivi sull'andamento della mortalità e sui suoi eccessi.

Alla luce dell'eccesso di mortalità osservato nell'estate 2003, in collaborazione con il Dipartimento della Protezione civile e con il Dipartimento di epidemiologia dell'ASL Roma E, l'Azienda USL di Bologna assieme ai Comuni di Bologna, Casalecchio di Reno, San Lazzaro di Savena e Castel Maggiore ha ritenuto utile organizzare un sistema di sorveglianza di eventi sanitari in occasione di ondate di calore e contemporaneamente impostare modelli di intervento assistenziale rivolti a gruppi specifici di popolazione. Il sistema di sorveglianza oltre a recuperare giornalmente i dati di mortalità, è stato affiancato da un modello di previsione delle condizioni meteo climatiche identificate come associabili a eccessi di mortalità. Ciò ha consentito di definire percorsi informativi orientati in funzione del livello di disagio bioclimatico previsto (allarme o attenzione) e rivolti sia alla popolazione generale che alla rete assistenziale integrata. In questo senso sono state coinvolte oltre le strutture sanitarie private e pubbliche operanti nel territorio sottoposto a sorveglianza anche le Associazioni locali, i medici di medicina generale e le organizzazioni sindacali. Sono stati predisposti inoltre protocolli condivisi di intervento assistenziale di natura socio-sanitaria nei confronti di sottogruppi di popolazione ritenuti più fragili (anziani, malati cronici).

**Obiettivi che si intendevano raggiungere**

Gli obiettivi del progetto sono su tre livelli:

*di natura informativa:*

- aumentare la consapevolezza della problematica nella popolazione;
- trasmettere alcune regole comportamentali di tipo preventivo;
- indicare la rete assistenziale di riferimento.

*di natura formativa:*

- aumentare la sensibilità e le conoscenze degli operatori sanitari e socio assistenziali. A questo proposito si sono svolti:
  - quattro incontri, uno per Comune, con i medici di medicina generale e gli infermieri coordinatori dell'assistenza sanitaria domiciliare dei Dipartimenti delle cure primarie;

- una riunione plenaria con il personale coordinatore dell'assistenza di base domiciliare dei comuni e delle strutture semiresidenziali e residenziali per anziani, sia pubbliche che private;
- un incontro con le Direzioni sanitarie degli ospedali pubblici e privati.

*di natura assistenziale:*

- creare una rete di istituzioni e strutture finalizzata sia all'assistenza ordinaria dei soggetti a rischio che alla gestione delle situazioni di emergenza climatica;
- utilizzare un sistema previsionale in grado di preannunciare condizioni meteorologiche a rischio;
- monitorare in tempo reale l'andamento della mortalità locale in relazione alle condizioni climatiche.

**Analisi  
e documentazione  
delle disuguaglianze**

L'Azienda USL di Bologna ha voluto verificare l'andamento della mortalità nel periodo estivo 2003 sia nel territorio altamente urbanizzato (città di Bologna e alcuni comuni della cintura) che nell'area provinciale di competenza. L'analisi ha riguardato i decessi (avvenuti in qualsiasi luogo) occorsi nella popolazione residente nei mesi estivi (giugno, luglio, agosto e settembre) degli anni 1998-2003. I dati selezionati dai registri dei deceduti sono stati messi in relazione con i dati giornalieri meteorologici di temperatura, umidità e con l'indice di Thom (indicatore sintetico utilizzato per caratterizzare il disagio legato all'umidità e alla temperatura), tutti forniti dall'ARPA (Agenzia regionale per la prevenzione e l'ambiente) - Servizio meteorologico regionale, sempre per il periodo giugno-settembre 1998-2003.

Si è notato come gli eccessi di mortalità registrati nella città di Bologna corrispondano per i mesi di giugno e agosto a importanti ondate di calore (nel 2003 sia nel mese di giugno che di luglio l'indice di Thom è aumentato di oltre 1 punto rispetto agli stessi mesi degli anni precedenti; nel mese di agosto l'incremento è stato di circa 3 punti).

Dall'analisi si è riscontrato un aumento dei decessi nei mesi estivi concentrato nella classe di età superiore o uguale a 75 anni. Non risultano invece differenze nella frequenza dei decessi fra uomini e donne.

Un'ulteriore analisi statistica è stata effettuata applicando uno studio di tipo caso-controllo dove i controlli erano rappresentati da tutti i decessi avvenuti nei mesi estivi dal 1998 al 2002 e i casi dai decessi avvenuti da giugno a settembre del 2003. È emerso che nei soggetti ultrasettantacinquenni esiste un significativo maggiore rischio di morire (in media il 26% in

più che nelle classi più giovani) in occasione di ondate di calore. Di converso si è evidenziato un significativo minore rischio di morte rispetto alle classi di età più giovani nei soggetti con età compresa tra i 65 e 74 anni.

Analizzando le cause di morte, nel 2003 si è evidenziato un minore rischio di eventi mortali per tumore rispetto ai 5 anni precedenti mentre si ha un maggiore rischio di morte per malattie endocrine (in media 36%) in particolare per diabete. Al limite della significatività è risultato anche l'eccesso di mortalità per malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi che ricomprendono i casi di Alzheimer e di demenza senile.

L'indagine ha dimostrato come le ondate di calore presentatesi nel corso del 2003 sono state accompagnate da un eccesso di mortalità che è risultato significativo esclusivamente nell'area urbana e in particolare negli ultrasessantacinquenni. Ciò ha confermato quanto già conosciuto in letteratura e ha suggerito lo sviluppo di interventi di sostegno alla popolazione più svantaggiata, in particolare agli anziani. L'indagine ha suggerito anche che essere colpiti da patologie croniche debilitanti quali il diabete o la demenza senile comporta un maggiore rischio di mortalità in condizioni climatiche disagiate.

In base ai suddetti risultati sono stati individuati una serie di gruppi di soggetti maggiormente suscettibili a situazioni di disagio bioclimatico. La suscettibilità è risultata non soltanto legata a condizioni sanitarie specifiche (insulinodipendenti, dementi, soggetti con patologie tiroidee, con scompenso cardio-circolatorio, con alterazioni dell'equilibrio idro-salino, con insufficienza renale e con patologie croniche respiratorie) ma soprattutto in relazione alla classe di età e alla classe sociale di appartenenza.

**Promozione del tema  
nell'agenda politica  
locale**

Nell'agenda politica locale il tema è stato promosso attraverso l'organizzazione di *focus group* e nell'ambito di percorsi assistenziali già attivi. D'altronde l'esperienza dell'estate 2003 ha aumentato notevolmente la sensibilità politica sull'argomento, sensibilità ancora più sostenuta da indicazioni formali trasmesse dal Ministero della salute a tutte le Amministrazioni comunali.

**Coinvolgimento  
di altri soggetti  
interessati**

Oltre al Dipartimento di sanità pubblica sono stati coinvolti:

- Comuni di Bologna, Casalecchio di Reno, San Lazzaro di Savena e Castel Maggiore;
- Distretti territoriali sanitari;
- Ospedale Maggiore e Ospedale Bellaria;
- Dipartimenti di cure primarie;
- Azienda ospedaliera Malpigli-S.Orsola;
- Istituto Ortopedico Rizzoli,
- case di riposo;
- case di cura.

Sono stati organizzati incontri *ad hoc* anche tramite la mediazione del sindaco, momenti di informazione e di formazione locale con relativa sensibilizzazione. È stata svolta inoltre una campagna pubblicitaria mirata attraverso radio, tv locali, stampa, diffusione di volantini e di *depliant*. È stata infine inviata una lettera ai cittadini considerati più suscettibili che riportava i possibili disturbi provocati da ondate di calore, come poterli prevenire e come comportarsi in caso di sintomi riconducibili a effetti da ondate di calore. Nella lettera erano riportati inoltre numeri di telefono ai quali il cittadino poteva rivolgersi per ulteriori informazioni e in caso di necessità.

Un interesse particolare è stato espresso dalla Fondazione del Monte che ha garantito le risorse finanziarie per l'inoltro delle lettere alla lista dei soggetti individuati più fragili. Nel contempo la stessa Fondazione ha proposto a questo gruppo di soggetti sia servizi assistenziali a domicilio (consegna di medicinali, di alimenti, bevande, ecc.) sia facilitazioni all'acquisizione di strumenti per la refrigerazione degli ambienti di vita.

**Azioni specifiche**

Oltre ai momenti strutturati di formazione degli operatori sanitari riportati precedentemente tra gli obiettivi, si è realizzata una rete integrata tra i vari Enti coinvolti nel progetto. Il Dipartimento di epidemiologia ASL Roma E in, collaborazione con la Protezione civile, inviava giornalmente le previsioni meteorologiche - con eventuale indicazione di livelli di attenzione o di allarme - al Centro di coordinamento e di allerta presso il Dipartimento di sanità pubblica di Bologna che a sua volta trasmetteva l'informazione attraverso e-mail, fax o messaggi SMS ai Comuni coinvolti, alle case di cura, al Dipartimento di cure primarie, ai Distretti sanitari, alle case di riposo e agli ospedali. Venivano di conseguenza informati anche gli assistenti sociali, i quartieri, le guardie mediche, i medici di medicina generale, i PLS, le ADI, i reparti e i Pronto soccorso.

Parallelamente, in caso di situazione di allarme venivano avvisati anche gli organi di comunicazione di massa (televisione, radio, giornali) e l'Ufficio comunicazione dell'Azienda USL; contemporaneamente venivano attivati, a cura dell'Amministrazione comunale, i *display* luminosi posti nelle strade della città di Bologna.

Si è svolta inoltre in data 12 maggio 2004 una conferenza stampa di presentazione del progetto.

#### **Principali risultati**

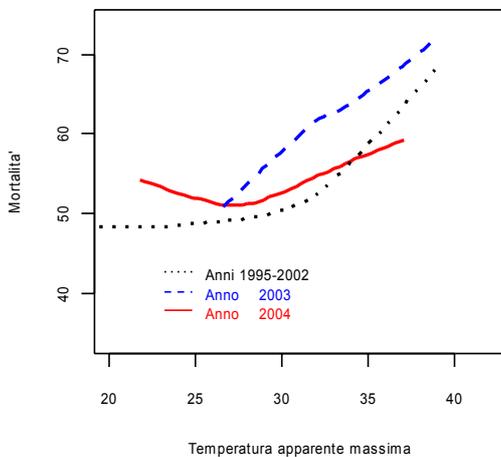
- Costituzione di una buona rete di referenti.
- Realizzazione di protocolli di intervento condivisi.
- Adozione sul campo di modelli predittivi nuovi.
- Aumento della consapevolezza del rischio sia nella popolazione generale che in quella più suscettibile.
- Applicazione di modelli alternativi comunicativi.
- Definizione di una reportistica orientata agli interlocutori finali.

Il risultato più importante e più atteso è stato il contenimento dell'aumento della mortalità in occasione di ondate di calore. A questo proposito il Dipartimento di epidemiologia dell'ASL Roma E ha diffuso uno studio di confronto degli esiti sanitari estivi osservati, durante l'estate 2004, nelle 4 città italiane (Torino, Milano, Bologna e Roma) in cui è stato sperimentato il sistema di allerta delle ondate di calore secondo il modello indicato dal Dipartimento della Protezione civile. Il rapporto indica che soltanto a Bologna l'aumento della temperatura apparente non si è accompagnato a una crescita repentina della mortalità giornaliera. Questo risultato indica una reale diminuzione dei danni alla salute dei cittadini esposti e rinforza l'ipotesi che gli interventi adottati e l'aumentata sensibilità alla problematica della popolazione bolognese hanno avuto un importante ruolo sulla riduzione dei decessi osservati in estate (vedi figura).

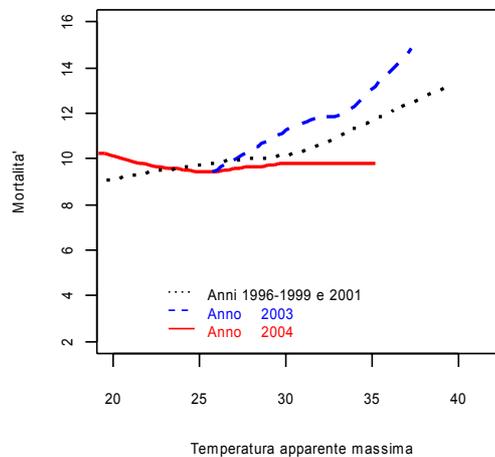
*Relazione tra mortalità totale e temperatura massima apparente per il periodo giugno-agosto confronto tra 2004, 2003 e periodo di riferimento.*

*Roma, Bologna, Torino e Milano*

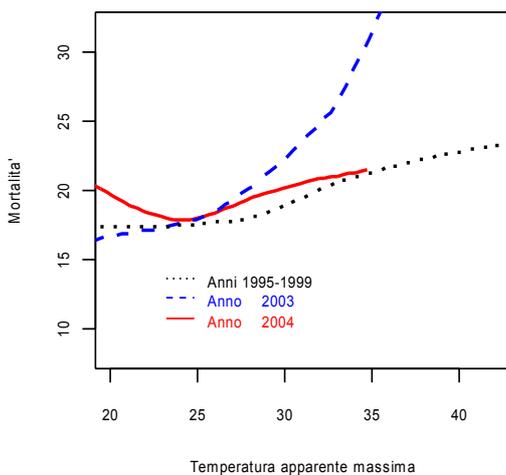
**Roma**



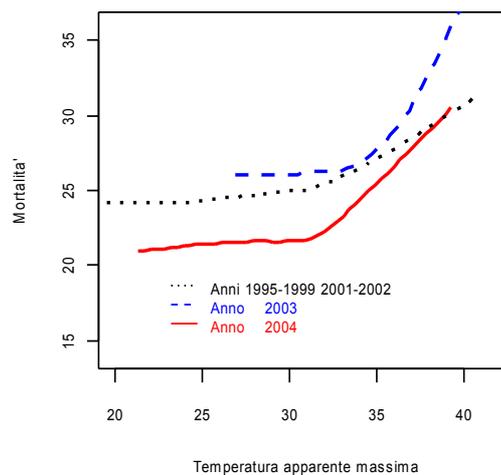
**Bologna**



**Torino**



**Milano**



## 18. Sperimentazione interregionale per combattere le disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari

Azienda USL di Bologna

Progetto Speciale Immigrati

Comune di Bologna

Università degli studi di Bologna

Associazioni di volontariato AMISS e SOKOS, Bologna

**Autore/referente**      Giovanna Vittoria Dallari  
   Debora Previti  
   Stefania Ricci

**Periodo di tempo  
a cui si fa riferimento**      Da novembre 2002 a novembre 2004.

**Contesto  
in cui si è svolta  
l'attività**                      Il progetto "Sperimentazione interregionale per combattere le disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari" è stato realizzato dall'Azienda USL di Bologna e dall'Azienda Policlinico Universitario di Palermo con azioni e modelli organizzativi differenti. L'iniziativa prende le mosse da un precedente progetto di ricerca finalizzata, promosso sempre dalla Regione Siciliana, che aveva messo in evidenza le disparità nell'accesso ai servizi sanitari dei cittadini stranieri immigrati e degli italiani a rischio di esclusione sociale nelle due città.

I *partner* di progetto dell'Azienda USL a Bologna sono stati:

- il Comune di Bologna,
- rappresentanti dei cittadini stranieri,
- le associazioni di volontariato AMISS e SOKOS di Bologna,
- l'Università di Bologna.

Qui di seguito vengono brevemente illustrati quattro interventi realizzati a Bologna.

**Obiettivi che si  
intendevano  
raggiungere**                      Verificare alcune disuguaglianze nell'accesso ai Servizi socio-sanitari e ripensarne le modalità organizzative, perché divengano realmente fruibili da parte di un'utenza altamente differenziata; fornire agli stranieri e ad altre fasce deboli della popolazione maggiori informazioni e strumenti per l'autotutela della salute.

***Diagnosi precoce della patologia neoplastica mammaria / adesione allo screening mammografico***

Il programma di *screening* mammografico coinvolge, ogni due anni, la popolazione femminile di età compresa fra i 50 e i 69 anni, residente in Emilia-Romagna (circa 535.000). Oggi nella città di Bologna molte donne appartenenti alla fascia debole della popolazione, straniere e indigenti, non risultano partecipare allo *screening* per la diagnosi precoce di carcinoma mammario.

**Analisi e documentazione delle disuguaglianze**

L'analisi dei dati di adesione allo *screening*, ha permesso di rilevare differenze statisticamente significative nella risposta tra la popolazione italiana e le donne appartenenti a diversi gruppi nazionali o in condizione di indigenza, residenti a Bologna.

**Promozione del tema nell'agenda politica locale**

Presentazione del progetto ai diversi Assessorati.  
Attivazione di un tavolo di lavoro interistituzionale e interprofessionale fra Comune di Bologna, rappresentanti dei cittadini stranieri, associazioni di volontariato, Università e professionisti dell'Azienda USL di Bologna.  
Relazioni con organismi istituzionali interessati al fenomeno (Prefettura, Questura, Quartieri, ecc.) per semplificare alcuni percorsi e impostare collaborazioni (es. formazione).  
Organizzazione di eventi formativi ed eventi pubblici di presentazione del progetto e dei suoi dati.

**Coinvolgimento di altri soggetti interessati**

Coinvolgimento diretto delle mediatrici culturali e di rappresentanti dei cittadini stranieri in tutte le fasi del progetto.  
Azioni condivise con i Servizi del Comune di Bologna.

**Azioni specifiche**

*Donne straniere residenti a Bologna*  
Traduzione "mediata" ad opera delle mediatrici interculturali della lettera di invito standard e del materiale informativo; organizzazione di un evento informativo per la comunità filippina e piano articolato di comunicazione con le maghrebine; organizzazione di una giornata di *screening* dedicata a questi gruppi nazionali, in presenza di mediatrici; somministrazione di un questionario sulla conoscenza dello *screening*, sull'idea di prevenzione, sulle cause della mancata adesione e sulla soddisfazione.  
Si sono impegnate a portare conoscenti e parenti e a diffondere l'informazione con il mezzo più efficace (tam tam di comunità); in effetti nel giorno programmato sono arrivate più donne di quelle prenotate.

### *Donne italiane indigenti*

Confronto fra alcune banche dati per estrapolazione di un campione di donne indigenti non aderenti. Invio di una seconda lettera di invito, che preannunciava la telefonata da parte di un'intervistatrice dell'Azienda USL; le interviste sono state registrate e analizzate in SPSS per valutare l'influenza di alcune variabili.

## **Principali risultati**

### *Donne straniere*

Le donne si sono presentate al Centro *screening* per effettuare la mammografia, dimostrando grande favore per l'iniziativa, esprimendo gratitudine per aver ricevuto la lettera di invito anche in lingua araba, per la presenza delle mediatrici e di personale tecnico di sesso femminile.

Nonostante il numero esiguo di donne che hanno aderito all'iniziativa, rispetto alle nazionalità presenti sulle quali è necessario sperimentare in futuro, si può affermare che il problema della lingua coinvolge dimensioni di ordine simbolico: un documento scritto in arabo attira infatti l'attenzione e rinforza la sensazione di essere inclusi tra i destinatari dell'informazione.

Si è confermata l'importanza delle mediatrici.

L'incontro fra pazienti e professionisti e la discussione hanno un notevole effetto per rinforzare la fiducia nei servizi (soprattutto con i filippini che diffidano dei servizi pubblici).

### *Donne italiane indigenti*

Su 37 donne in età intervistate, nel 73% dei casi è stato possibile parlare direttamente con loro, per il restante 27% hanno risposto i parenti.

L'analisi dei contenuti delle interviste rivela che l'8,6% delle donne non effettua la mammografia, molte perché hanno già "tanti problemi da affrontare" (21,6%). Il 10,8% non conosce l'esame, il 13,5% vive una situazione di profonda solitudine e abbandono e il 24,3% rivela stati ansiosi e sentimenti di paura rispetto all'esame. Il 35,1% ha eseguito l'esame sino a 2-3 anni prima, soprattutto presso il Centro oncologico del Policlinico S. Orsola-Malpighi (buona parte di queste donne ha una storia personale o anamnesi familiare positiva per carcinoma mammario). Nell'8,1% dei casi emerge un'idea di prevenzione pressoché inesistente.

Queste donne devono poter contare su figure di riferimento all'interno della collettività e sull'impegno di rete fra istituzioni al fine di promuovere la conoscenza e la partecipazione a iniziative di prevenzione. Il materiale informativo deve essere adattato al *target* prescelto, tradotto in forma mediata per le donne straniere (che devono poter contare sulla presenza attiva delle mediatrici interculturali), semplificato anche per le donne italiane, soprattutto se a rischio di esclusione sociale o di malattia, ed elaborato in modo da avere un forte impatto visivo. Di grande importanza lo scambio fra pazienti e professionisti.

### ***Interventi di promozione ed educazione alla salute per donne Rom***

Sono state coinvolte le donne appartenenti a 22 famiglie di etnia Rom, madri di 26 bambini di età 0-6 anni, domiciliati nel Centro di prima accoglienza Ada Negri, 8 donne di etnia Rom con 10 figli minori residenti nel quartiere San Donato e le persone che abitano al Ferrhotel, edificio fatiscente in via Casarini 23 a Bologna, occupato abusivamente da alcune centinaia di rumeni.

L'obiettivo iniziale era entrare in relazione con le donne per affrontare alcuni temi urgenti, quali la contraccezione (e l'IVG), la gravidanza e la cura del bambino, ma anche selezionare alcune persone da formare per essere poi utilizzate come facilitatrici.

#### **Analisi e documentazione delle disuguaglianze**

L'analisi del profilo di salute delle popolazioni zingare a Bologna, in particolare delle condizioni di vita delle donne e dei bambini, effettuata nel precedente progetto, dimostrava la necessità di renderli più consapevoli, più capaci di tutelare la propria salute (obesità, ipertensione e alcool) e quella dei propri bambini (problemi pre e perinatali, malattie infettive, da raffreddamento e parassitarie) e di adeguarsi alle regole condivise per l'uso dei servizi.

#### **Coinvolgimento di altri soggetti interessati**

Per stabilire una buona relazione con queste persone sono stati coinvolti i responsabili dei Servizi comunali, le mediatrici interculturali, i *leader* di comunità, gli educatori che seguono le comunità in convenzione con il Comune di Bologna, i Quartieri o i Comuni che ospitano le comunità e le associazioni di volontariato, ed è stato costituito un tavolo di lavoro per l'analisi del problema e la costruzione di un piano di lavoro.

#### **Azioni specifiche**

È stato distribuito a tutte le donne un questionario per rilevare i dati personali delle persone interessate, le disponibilità per i diversi orari e giorni, i temi di maggiore interesse.

Sono stati effettuati otto incontri di tre ore presso il Centro Ada Negri su temi riguardanti la contraccezione, l'accudimento del bambino, i diritti garantiti dalle normative, l'organizzazione dei servizi socio-sanitari, l'alimentazione, ecc. Sono state impiegate tecniche di interazione e formazione elementari, vicine alle problematiche quotidiane; sono stati consegnati piccoli doni per sottolineare gli aspetti educativi trattati (spazzolini da denti, termometri, ecc.). Al termine le donne sono state accompagnate a una visita dei luoghi di cura e hanno commentato con i professionisti (docenti) i problemi da entrambe i punti di vista.

### **Principali risultati**

Hanno partecipato in modo continuativo 12 donne, fra le quali è stato poi possibile selezionare 4 partecipanti al successivo corso per facilitatrici.

Sono aumentate le capacità delle donne di relazionarsi con i servizi. Sono aumentate le capacità dei professionisti di comprendere le problematiche delle donne Rom.

Si è verificato che il modo assolutamente pragmatico di porgere le informazioni produce consapevolezza e responsabilità.

È stata confermata:

- la validità di alcune ipotesi di modelli informativo-relazionali per questa popolazione;
- l'importanza di coinvolgere gli operatori del volontariato che abbiano conquistato la fiducia degli utenti, di promuovere momenti di incontro non formali che consentano di dialogare e approfondire la conoscenza reciproca;
- l'opportunità per entrambi di disporre di un momento per esprimere le proprie difficoltà e i vissuti negativi;
- l'importanza di incoraggiare l'interazione e la partecipazione organizzando gli incontri in luoghi non troppo grandi e in fasce orarie sensibili alla disponibilità delle donne;
- l'importanza di incentivare la partecipazione di ragazze giovani, sposate anche da qualche anno, spesso con 2-3 figli, che restano isolate dai servizi poiché la suocera funge da intermediario.

È indispensabile affiancare agli interventi educativi azioni integrate con le istituzioni competenti al fine di ridurre la marginalizzazione di queste persone.

È fondamentale non lasciare cadere l'attenzione, ma proseguire con un sostegno dei servizi territoriali o dei volontari, quando cessa l'intervento del progetto.

### ***Corso di formazione per facilitatrici linguistiche Rom***

Obiettivo del corso era formare persone che possano fungere da intermediari tra la propria comunità e le Istituzioni, al fine di permettere una migliore fruizione dei servizi da parte di zingari di recente immigrazione.

**Coinvolgimento di altri soggetti interessati** Nella progettazione e realizzazione del progetto formativo e dello *stage* sono stati coinvolti tutti gli attori locali partecipanti al progetto (Comune, associazioni di stranieri, ospedali, poliambulatori, associazioni ecc.). Le stagiste hanno brevemente affiancato le operatrici in alcuni ambiti lavorativi.

**Azioni specifiche** 50 ore di lezioni frontali e 30 di *stage*.

**Principali risultati** Sono state formate 3 facilitatrici che hanno superato l'esame finale e sono state successivamente impiegate da parte dell'Azienda in alcune occasioni comunicative.

Sono emersi interesse, disponibilità ad essere formate, ma anche forti difficoltà di comprensione, lettura e scrittura della lingua italiana e una ridotta disponibilità delle donne a partecipare a causa del controllo operato dai mariti e dalle suocere. Queste donne non sono ancora in grado di svolgere un ruolo completamente autonomo e hanno anche qualche difficoltà ad allontanarsi dalla consolidata abitudine a essere spettatrici della loro quotidianità.

Durante il corso sono state incoraggiate a prendere posizione in merito al lavoro, alla loro vita e a decidere se proseguire la formazione.

Resta aperto il problema di reperire altre risorse per attivare i nuovi percorsi necessari a garantire la continuità dei percorsi formativi individuali.

### **Facilitazione dell'accesso al Servizio sanitario nazionale**

Obiettivo delle attività svolte era quello di semplificare l'iscrizione al SSN e quindi favorire una migliore fruizione dei servizi sanitari di base.

#### **Coinvolgimento di altri soggetti interessati**

Il progetto ha stimolato l'instaurarsi di una collaborazione fra i diversi attori aziendali e istituzionali nell'ambito dell'iscrizione al SSN e altri attori (es. Questura), che ha permesso un processo di ripensamento dei percorsi e delle procedure. Tale collaborazione ha portato alla semplificazione di procedure burocratiche altrimenti lunghe e poco gestibili per l'utente migrante, l'operatore e le istituzioni.

#### **Azioni specifiche**

Attività rivolte ai professionisti e ai dirigenti amministrativi che lavorano con l'utenza straniera e all'utenza straniera.

È stato predisposto e inserito nella Intranet un testo molto analitico che uniforma le indicazioni e facilita gli operatori di sportello nell'iscrizione dei cittadini stranieri e degli STP.

È stata messa a regime l'erogazione della tessera STP informatizzata e distribuito il ricettario del SSN alle associazioni di volontariato convenzionate con l'Azienda USL.

Sono state realizzate: *flow chart* dei percorsi amministrativi, due edizioni del corso di aggiornamento teorico-pratico di 14 ore, produzione e diffusione di un pieghevole che informa su diritti e servizi, costruzione di una pagina multiculturale del sito aziendale che raccoglie materiali, esperienze e progetti.

Organizzazione di un corso di formazione nell'ambito di Exposanità nel 2004.

#### **Promozione del tema nell'agenda politica locale**

Il materiale prodotto è stato distribuito e pubblicizzato presso le strutture e gli enti impegnati in attività con i migranti.

#### **Principali risultati**

Si è ulteriormente diffusa fra pazienti e professionisti la conoscenza dei diritti dei migranti e delle modalità per esercitarli e per fruire dei servizi di base.

Sono aumentate le iscrizioni al SSN e ridotte le disuguaglianze dovute alle diverse interpretazioni dei diritti.

***Indagine sul rapporto tra medici di medicina generale (MMG), pediatri di libera scelta (PLS) e pazienti stranieri al quartiere Navile di Bologna***

Lo scopo della ricerca era indagare il tipo di rapporto tra MMG/(PLS) e i cittadini stranieri residenti nella città di Bologna. Gli obiettivi comprendevano:

- rilevare le difficoltà che insorgono nella relazione terapeutica e in ambito sanitario;
- rilevare il grado di conoscenza e l'atteggiamento verso il fenomeno immigrazione in ambito medico;
- indagare la conoscenza dei nuovi strumenti creati dall'Azienda USL di Bologna per migliorare l'assistenza ai migranti.

**Azioni specifiche**

Il questionario è stato somministrato ai medici del quartiere Navile di Bologna, dove è presente la quota più alta di residenti stranieri (4.848, il 7,6% sul totale dei residenti).

Sono stati intervistati 49 medici di medicina generale e 5 pediatri di libera scelta, attraverso un questionario costruito *ad hoc*.

**Principali risultati**

I medici sono stati molto contenti di essere ascoltati e di fornire il loro punto di vista. Hanno suggerito criticità e modi per superarle che sono stati immediatamente utili, oltre che spunti per le attività future di miglioramento.

Dall'analisi dei dati emerge che i problemi economici sono ritenuti dal 53,7% dei medici il motivo principale per cui gli utenti stranieri avrebbero bisogno di aiuto. Le problematiche relative alla visita di donne provenienti dal Marocco e dal Bangladesh sono reali e la presenza di personale medico maschile è vissuta come ostacolo nella relazione terapeutica. Talvolta i problemi di comunicazione con l'utenza cinese (riferita nel 48,1% dei casi) sono tali che portano il medico a sentirsi a rischio senza il sostegno di un mediatore culturale. I migranti ricorrono al MMG solo quando la patologia è grave e difficile da curare. Infine, gli utenti stranieri si presentano in ambulatorio senza l'iscrizione al SSN in quanto la tessera sanitaria legata al permesso di soggiorno scade.

Ne consegue un'importante azione di pubblicizzazione e implementazione del Numero verde e del servizio di mediazione a chiamata (servizi dell'Azienda USL già operativi ma sconosciuti nel 40,7% dei casi). La presenza di una mediatrice culturale cinese disponibile anche per i professionisti del territorio potrebbe offrire un grosso supporto nella pratica clinica dei medici.

Infine, si ritiene indispensabile l'organizzazione di un corso base di medicina delle migrazioni da progettare con e per i medici di medicina generale e i pediatri.

**Principali risultati  
dell'intero progetto  
e conclusioni**

Il progetto, inizialmente rivolto alla sola città, è stato allargato all'intero ambito aziendale. Ha visto la partecipazione attiva di UO di progetto, di UO aziendali aggiuntive e del volontariato; ha potuto contare sulla forte struttura organizzativa dei Servizi sociali del Comune e dei servizi dell'Azienda sanitaria.

La presenza di mediatrici formate, riconosciute dalle comunità, ha permesso un dialogo tra le parti che ha portato al cambiamento di alcuni modelli comunicativi e alla partecipazione di donne migranti ad alcune iniziative sanitarie.

I risultati raggiunti possono essere brevemente schematizzati come segue:

- opportunità di trattare temi legati all'immigrazione in un tavolo di lavoro/rete interistituzionale e interprofessionale;
- possibilità di creare attenzione e ascolto sul fenomeno immigrazione;
- formalizzazione di una rete fra istituzioni e fra servizi e UO aziendali che ha consentito di ampliare le conoscenze delle diverse offerte da parte dei singoli servizi e di avviare percorsi comuni di presa in carico dei problemi riguardanti la salute materno-infantile, l'iscrizione al SSN e il percorso *screening* e diagnosi precoce del carcinoma mammario;
- condivisione di linee guida per l'iscrizione al SSN e STP.

Si può infine affermare come nell'ambito dell'offerta sanitaria - già estesa e attenta nella città di Bologna - il progetto abbia agito come catalizzatore. Le singole azioni hanno infatti avuto il merito di fare emergere le esperienze dei diversi attori e convogliarle in uno sforzo comune, che ha reso possibile l'elaborazione di strumenti più efficaci e di nuove strategie per promuovere la conoscenza e la partecipazione delle popolazioni più deboli a iniziative di prevenzione. Molte delle azioni sperimentate possono essere adattate e ripetute in altre realtà.

## 19. Laboratori teatrali delle diversabilità

Comune di Bologna, Assessorato sanità  
Settore salute - Unità intermedia Città Sane

<b>Autore/referente</b>	Michela Fantini responsabile Unità intermedia Città Sane Marzia Bettocchi referente progetto Settore salute - Unità intermedia Città Sane Comune di Bologna via della Grada 2/2 - 40122 Bologna
<b>Periodo di tempo a cui si fa riferimento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Prima edizione Laboratorio teatrale diversabilità: 12 incontri da febbraio a marzo 2004 con saggio finale tenutosi il 6 maggio 2004 presso gli Istituti aggregati Aldini-Valeriani-Sirani.</li><li>• Visto l'enorme successo riscosso da tale iniziativa si è prevista una seconda edizione del Laboratorio teatrale diversabilità: 16 incontri novembre-2004 - gennaio 2005 con saggio finale di sintesi dell'attività svolta tenutosi il 26 febbraio 2005 presso gli Istituti aggregati Aldini-Valeriani-Sirani.</li></ul>
<b>Contesto in cui si è svolta l'attività</b>	Le iniziative progettuali si sono svolte in ambito scolastico in quanto la scuola, in particolare la scuola media superiore, è stata vista come principale canale attraverso cui sensibilizzare i giovani - principalmente gli adolescenti sul tema della disabilità/diversabilità nell'intento di superare qualsiasi stigma nei confronti di categorie più deboli di persone, quali i disabili.
<b>Obiettivi che si intendevano raggiungere</b>	L'intento è stato quello di fornire un contributo alla celebrazione della vita di chi convive con dei limiti difficili e dolorosi, subendo anche per tali limiti trattamenti non egualitari, ma che riesce a superare abilmente con la pratica dell'arte e della creatività; quindi l'obiettivo è stato quello di creare integrazione sociale, eliminare disuguaglianze sociali e culturali attraverso il <i>medium</i> dell'arte e dello spettacolo.

<b>Analisi e documentazione delle disuguaglianze</b>	<p>Le attività progettuali indicate si inseriscono nell'ambito del progetto denominato "Iniziative del Comune di Bologna nel quadro dell'Anno europeo delle persone con disabilità 2003", finanziato dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali.</p> <p>Attraverso tali iniziative, il Comune ha voluto favorire l'integrazione delle persone disabili nelle politiche sociali e il miglioramento delle loro condizioni di salute e della loro qualità di vita.</p>
<b>Promozione del tema nell'agenda politica locale</b>	<p>Attraverso un tavolo di coordinamento che ha visto la partecipazione di vari settori del Comune, ovvero:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Settore salute,</li><li>• Settore sport e giovani,</li><li>• Settore coordinamento Servizi sociali,</li><li>• Gabinetto del Sindaco, quest'ultimo con un ruolo di supporto e coordinamento generale rispetto ai contatti con il Ministero del lavoro e delle politiche sociali.</li></ul>
<b>Coinvolgimento di altri soggetti interessati</b>	<p>Il progetto Laboratori teatrali delle diversabilità è stato promosso dal Comune di Bologna e coordinato dall'Associazione Sirena Project - Arte e Diversità, associazione impegnata a dare pari opportunità ai diversamente abili nel campo artistico attraverso la produzione di iniziative finalizzate all'integrazione sociale e alla lotta contro ogni tipo di disuguaglianza.</p> <p>Viste le finalità del progetto hanno partecipato allo stesso alcuni insegnanti e alcune classi di studenti delle sezioni di operatori sociali degli Istituti aggregati Aldini-Valeriani-Sirani, che rappresentano un fiore all'occhiello tra gli istituti storici della città di Bologna nel campo dell'istruzione tecnico-professionale.</p> <p>I laboratori sono stati condotti dall'Associazione teatrale Camelot che, in collaborazione con un gruppo di disabili mentali e motori del Laboratorio protetto Opera dell'Immacolata di Bologna, ha dato vita a una compagnia teatrale stabile composta anche da attori disabili che - oltre a produrre spettacoli teatrali - svolge laboratori di formazione e pedagogia teatrale presso istituti scolastici di Bologna e provincia.</p>
<b>Azioni specifiche</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Realizzazione dei laboratori teatrali, in cui si è svolta una attività di documentazione, riflessione, e coinvolgimento pratico degli studenti nella messa in scena di una rappresentazione teatrale con disabili fisici e mentali.</li><li>• Produzione di due spettacoli teatrali finali che rappresentano il lavoro di sintesi dell'attività svolta nei laboratori.</li></ul>

- Produzione di tesine finali sull'esperienza del laboratorio (studenti/insegnanti).
- Produzione di filmati sui saggi finali (realizzati dagli studenti).
- Elaborazione di questionari formulati dal Comune di Bologna per valutare i punti di forza e di debolezza delle iniziative realizzate.

**Principali risultati**

Partecipazione di artisti disabili e coinvolgimento di studenti, docenti di istituti scolastici e operatori del settore sul tema specifico dell'arte e della diversabilità, al fine del superamento di barriere culturali e sociali nei confronti dei disabili.

## 20. Incontri straordinari

Associazione per la retinite pigmentosa R P Emilia-Romagna onlus, Bologna



*Partner:*

CEPS - Centro emiliano problemi sociali per la Trisomia 21

UILDM - Unione italiana lotta alla distrofia muscolare

<b>Autore/referente</b>	Dott.ssa Antonella Gambini via Scandellara 9 - 40138 Bologna tel. 051 511919 - 329 9807703 - <a href="mailto:errepi@cheapnet.it">errepi@cheapnet.it</a>
<b>Periodo di tempo a cui si fa riferimento</b>	Il progetto, nelle sue numerose fasi, si è sviluppato da gennaio 2002 a dicembre 2004.  Sono tutt'ora in programma incontri divulgativi e di approfondimento riguardo i temi proposti dal progetto, in scuole pubbliche.
<b>Contesto in cui si è svolta l'attività</b>	L'Associazione retinite pigmentosa e CEPS, con la loro attività, hanno acquisito una buona conoscenza delle problematiche connesse alle due patologie, e hanno collaborato con successo a progetti aventi l'obiettivo di agevolare il consolidamento dell'autonomia di persone con difficoltà sensoriali o cognitive, per promuoverne un significativo reinserimento sociale.  Nel 2004 la collaborazione delle suddette Associazioni e dell'UILDM ha visto realizzato il progetto Incontri straordinari, approvato e finanziato dalla Provincia di Bologna (Legge 371), la cui diffusione è tutt'ora in corso.  Con il progetto Incontri straordinari, le scriventi Associazioni hanno realizzato una serie di iniziative promozionali, quali fumetti, videospot, che illustrano in maniera efficace e insolita le difficoltà e i disagi dei disabili che afferiscono alle Associazioni.  Tali iniziative hanno coinvolto i volontari delle Associazioni, adeguatamente formati per l'obiettivo specifico, e hanno avuto come interlocutore privilegiato i contesti scolastici ed educativi di Bologna e provincia.

**Obiettivi che si intendevano raggiungere**

Sviluppo di un *network* di comunicazione sociale.

Per contrastare le situazioni di emarginazione in cui si vengono a trovare minori in situazione di disagio, in particolare ragazzi, bambini con difficoltà sensoriali, motorie, cognitive, è indispensabile produrre strumenti informativi innovativi e accattivanti tesi a superare discriminazioni e pregiudizi sociali e culturali nel territorio della provincia di Bologna, con particolare attenzione ai contesti educativi.

Con la diffusione dei fumetti *Aiutiamo Federico* (RP), *Colla: un incontro straordinario* (CEPS) e dei cartoni animati *Muscoli di cartone* (UILDM) ci si è proposti di costruire una nuova modalità di collaborazione e di lavoro con le diverse realtà che operano nei campi socio-educativo e socio-sanitario, riconoscendo la specificità delle diverse figure professionali e le particolarità di ogni singola situazione.

A tal fine si è inteso operare nel rispetto delle diverse competenze per facilitare un confronto e una mediazione operativa tra l'intervento dei servizi formali (AUSL e Scuola) e informali (Centri giovanili, associazioni).

Il progetto di *network* si pone l'obiettivo di consolidarsi come risorsa di riferimento permanente che collabora con gli insegnanti, gli operatori, le famiglie e i dirigenti scolastici, al fine di essere percepito come opportunità integrata all'interno della rete di servizi già esistente, per poter accompagnare insieme a questi il percorso della persona disabile.

**Analisi e documentazione delle disuguaglianze**

La persona che presenta un *deficit* fisico, psichico o sensoriale è una persona che vive una condizione psicologica frustrante e sofferente tale da condurla, a volte, verso la disistima di se stessa e gradualmente ad autoescludersi dal mondo sociale.

Il *deficit*, anche se non particolarmente grave, condiziona in modo drammatico il comportamento e le scelte della persona, in quanto influisce negativamente sul suo sviluppo cognitivo, emotivo e relazionale, sia nell'ambito sociale che familiare.

Le persone che si trovano in una situazione di disagio richiedono un tipo di intervento che può collocarsi ai margini, un intervento che può non riguardare i servizi, in quanto il caso spesso non viene ritenuto sufficientemente grave da ricorrere a un intervento né assistenziale, né tanto meno psichiatrico. La presa in carico della richiesta di aiuto rappresenta un tentativo di uscire da situazioni di disagio per le quali non sono previste figure di riferimento facilmente individuabili o accessibili.

La complessità di stimoli a cui oggi si viene sottoposti pone l'esigenza di confrontarsi, di dialogare e di collaborare per fornire delle risposte adeguate alle innumerevoli domande di quanti sono coinvolti nel contesto socio-educativo della persona disabile.

L'azione di contrastare l'emarginazione sociale deve avvenire a monte della patologia, e cioè quando il disagio mostra le sue prime avvisaglie, quando il saper ascoltare aiuta a identificare l'origine di un sottile malessere che spesso viene trasmesso dall'ambiente, che preannuncia difficoltà di adattamento a forme, luoghi e tempi determinati da altre persone, a un bisogno di attenzione e di contatto che non si può accontentare di una semplice prestazione.

**Promozione del tema  
nell'agenda politica  
locale**

Nella sua realizzazione il progetto ha comportato l'essere presentato presso i seguenti contesti, principalmente scolastici ed educativi:

- informazione scritta alle scuole e servizi socio-sanitari della provincia di Bologna;
- diffusione mirata dei fumetti *Aiutiamo Federico* e *Colla: un incontro straordinario*;
- proiezione del videospot *Muscoli di cartone*;
- illustrazione dei contenuti del progetto attraverso incontri, discussioni, simulazioni.

In data 15 febbraio 2004 è stato richiesto un incontro per presentare il progetto Incontri straordinari al dirigente del Centro Servizi amministrativi, dott. Paolo Marcheselli, cui è stata richiesta l'autorizzazione a organizzare nei contesti scolastici ed educativi la distribuzione e la presentazione di:

- *Aiutiamo Federico* fumetto realizzato da RP
- *Colla: un incontro straordinario* fumetto realizzato da CEPS
- *Muscoli di cartone* videospot realizzato da UILDLM

Ugualmente si è operato con la dott.ssa Alessandra Biondi, direttrice del Settore istruzione del Comune di Bologna e col dott. Gabriele Ventura, responsabile Scuola infanzia comunale.

In seguito ai colloqui del 15 marzo 2004 col prof. Romano, coordinatore Settore integrazione, e del 29 marzo 2004 col dott. Ventura, si è proceduto con la diffusione del materiale nelle scuole, legittimata istituzionalmente il 4 maggio 2004 dal dott. Marcheselli con una circolare diffusa con mezzi telematici.

Attualmente sono stati distribuiti oltre 2.000 fumetti nelle scuole elementari G. Marconi, Don Milani e C. Tambroni. Alle insegnanti delle classi è stato presentato l'intero progetto.

A seguito dell'autorizzazione ottenuta si è tenuto un incontro degli esperti delle Associazioni con le insegnanti di sostegno di una prima media delle Scuole Zanotti, per fare della presentazione dei fumetti un'occasione di informazione e riflessione per tutta la scolaresca. Nella classe in cui si è svolto l'intervento, erano presenti allievi affetti dalle problematiche contenute nel Progetto.

Sono previste altre presentazioni dei Progetti ma con calendari non ancora del tutto definiti.

Sono stati contattati i referenti degli Uffici cultura dei Comuni di Budrio, Castenaso, Granarolo e Castelmaggiore, per fare conoscere il Progetto anche in provincia.

Sono state contattate le Aziende USL cittadine per informare del progetto e per fornire loro l'occasione di conoscere le Associazioni come interlocutrici e partner dei servizi formali già esistenti, senza mai volersi sovrapporre ad essi e agli interventi già elargiti.

**Coinvolgimento  
di altri soggetti  
interessati**

Nella sua realizzazione, il progetto ha avuto come *partner* il CEPS e l'UILDM; il contributo di queste Associazioni è stato determinante nell'offrire un apporto significativo nell'affrontare le problematiche della disabilità.

Il progetto nel suo svolgersi ha potuto così prestarsi a un approccio multidisciplinare che lo ha arricchito rendendolo un'esperienza assai significativa. In tal modo si è estesa la conoscenza delle problematiche legate alla disabilità a persone che normalmente possono avere informazioni marginali e superficiali.

**Azioni specifiche**

Lo sviluppo di un *network* di comunicazione sociale comporterebbe:

- far conoscere e coinvolgere i diversi servizi educativi e socio-sanitari presenti sul territorio della provincia di Bologna;
- coinvolgere le scuole, i centri di aggregazione, le AUSL esistenti sul territorio al fine di favorirne il contatto e la cooperazione;
- offrire occasioni di incontro e discussione;
- offrire un ulteriore punto di riferimento a completamento e integrazione del rapporto con le figure istituzionali con le quali la famiglia è abituata a confrontarsi, creando cioè occasioni di confronto e di condivisione e accoglienza ai singoli al fine di favorire il processo che conduce al riconoscimento delle proprie risorse e potenzialità;

- far sviluppare il senso di appartenenza al contesto sociale, e creare così opportunità di integrazione;
- creare occasioni attraverso le quali il minore con disabilità e gli adulti di riferimento possano relazionarsi meglio con le risorse territoriali presenti;
- partecipare all'attivazione di iniziative sul territorio,
- favorire la creazione e il consolidamento di iniziative di aggregazione tra genitori - operatori - insegnanti;
- collaborare con gli insegnanti di sostegno e le figure di sistema della scuola con gli psicologi e operatori delle Aziende sanitarie locali per l'inserimento e l'integrazione delle persone disabili.

### **Principali risultati**

Con la diffusione dei fumetti, dei cartoni animati e dei VHS ci si è proposti di sviluppare un *network* di comunicazione sociale per costruire una nuova modalità di collaborazione e di lavoro con le diverse realtà che operano nei campi socio-educativo e socio-sanitario.

Ciò è avvenuto riconoscendo la specificità delle diverse figure professionali che operano nei contesti scolastici e le particolarità di ogni singola situazione, per operare nel rispetto delle diverse competenze e per facilitare un confronto e una mediazione operativa tra l'intervento dei servizi formali (AUSL e Scuola) e informali (Centri giovanili, associazioni).

## 21. Percorsi sperimentali di riabilitazione visiva

Associazione per la retinite pigmentosa R P Emilia-Romagna onlus, Bologna



*Partner:*

CEPS - Centro emiliano problemi sociali per la Trisomia 21

<b>Autore/referente</b>	Dott.ssa Antonella Gambini via Scandellara 9 - 40138 Bologna tel. 051 511919 - 329 9807703 - <a href="mailto:errepi@cheapnet.it">errepi@cheapnet.it</a>
<b>Periodo di tempo a cui si fa riferimento</b>	Il progetto attraverso numerose fasi, ideazione, progettazione, realizzazione, conclusione, verifica e relazione finale si è sviluppato da gennaio 2002 a luglio 2003. La fase ideativa è precedente e risale al marzo 2001.
<b>Contesto in cui si è svolta l'attività</b>	Obiettivo del progetto è stato l'agevolare il consolidamento dell'autonomia di soggetti ipovedenti sia all'interno dell'ambiente domestico che all'esterno, per promuoverne un significativo reinserimento sociale.
<b>Obiettivi che si intendevano raggiungere</b>	Lo scopo che il progetto si è posto è stato quello di individuare il residuo in soggetti ipovedenti per considerarlo come risorsa da potenziare con esercizi riabilitativi e ausili ottici.
<b>Analisi e documentazione delle disuguaglianze</b>	L'attività progettuale della scrivente Associazione ha come obiettivo principale ridurre il disagio e l'emarginazione tipiche della condizione dei soggetti ipovedenti. Tale condizione è ben nota all'Associazione attraverso i rapporti diretti e non con i suoi iscritti, avendo acquisito con la sua attività, iniziata nel 1992, una buona conoscenza delle problematiche connesse con la patologia stessa e con tutte le forme di ipovedenza dovute anche ad altre cause. L'Associazione RP Emilia-Romagna riunisce in regione i malati di retinite pigmentosa, che in Italia sono più di trecentomila, e che in seguito al decorso progressivo e degenerativo della malattia, prima causa di cecità sopravvenuta in età adulta e di cecità ereditaria, sentono fortemente la loro condizione di disuguaglianza e inferiorità tipica dei disabili sensoriali. Gli incontri periodici con gli iscritti e i loro familiari, i questionari distribuiti durante le assemblee annuali, i colloqui telefonici intercorsi tra gli operatori competenti nelle relazioni di aiuto e gli ipovedenti, hanno fatto emergere la necessità di un percorso

riabilitativo utile ad accrescere l'autonomia e la conseguente autostima, di soggetti ipovedenti attraverso l'utilizzo ottimale del residuo visivo.

**Promozione del tema nell'agenda politica locale**

Il progetto è stato fatto conoscere a tutti i soci dell'Associazione attraverso riunioni informative organizzate *ad hoc*.

Per la diffusione del Progetto sono stati utilizzati mezzi di comunicazione (stampa, radio, TV locali), con appositi comunicati e alcune trasmissioni.

Al termine della realizzazione del progetto è stato realizzato un Cd che illustra il percorso svolto dai soggetti coinvolti nel Progetto stesso, che è stato diffuso presso i servizi sociali e le parti sociali competenti.

**Coinvolgimento di altri soggetti interessati**

Il progetto ha avuto come *partner*, nella sua realizzazione, il CEPS, Centro emiliano problemi sociali per la Trisomia 21.

Il contributo dell'Associazione *partner* è stato determinante nell'offrire l'opportunità di sperimentare nuove tecniche di riabilitazione in bambini ipovedenti, creando la possibilità di un percorso inesistente prima.

**Azioni specifiche**

- Attivazione di un servizio di riabilitazione visiva e di servizi alle persone non ancora sperimentati nell'ambito del territorio regionale.
- Diffusione, sia presso i soci dell'Associazione sia presso altri disabili visivi, di un modello di riabilitazione che insegna le tecniche di orientamento e il migliore uso del residuo visivo, oltre alla conoscenza dei processi mentali e psicologici dei soggetti affetti da problemi visivi.
- Creazione di un modello innovativo di riabilitazione visiva e di servizi alle persone ipovedenti.

**Principali risultati**

I soggetti che hanno partecipato al progetto hanno dimostrato complessivamente una maggiore consapevolezza del loro potenziale. Tale consapevolezza ha permesso loro di acquisire una maggiore autonomia nella quotidianità, nell'orientarsi e nella percezione dello spazio e degli ostacoli nello spazio circostante.

Gli stessi partecipanti al percorso riabilitativo hanno in numerose occasioni manifestato il desiderio di riprendere il percorso riabilitativo. Tale desiderio è stato espresso anche con lettere che si trovano presso la sede dell'Associazione e che non possono essere accluse per rispetto alla *privacy*.

## 22. Pazienti imprevisti. Pratica medica e orientamento sessuale

*Équipe* dei consulenti salute di Arcigay nazionale, Bologna  
finanziata dall'Istituto superiore di sanità, Roma

<b>Autore/referente</b>	Dott. Luca Pietrantoni psicologo e docente universitario Facoltà di psicologia, Università degli studi di Bologna viale Europa 115 - Cesena tel. 348 8507560 - <a href="mailto:luca.pietrantoni@unibo.it">luca.pietrantoni@unibo.it</a>  Dott.ssa Margherita Graglia psicologa e psicoterapeuta Consultorio psicologico per gay e lesbica patrocinato da Azienda USL di Reggio Emilia  Dott. Raffaele Lelleri sociologo Osservatorio immigrazione, Provincia di Bologna
<b>Periodo di tempo a cui si fa riferimento</b>	Da settembre 2002 a dicembre 2003.
<b>Contesto in cui si è svolta l'attività</b>	Strutture sanitarie e di promozione della salute nella regione Emilia-Romagna.
<b>Obiettivi che si intendevano raggiungere</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aumentare le conoscenze tra gli operatori sanitari sui problemi di salute specifici della popolazione omosessuale, attraverso aggiornati dati epidemiologici e spiegazioni bio-psico-sociali dei rischi di salute.</li><li>• Facilitare l'accesso delle persone non-eterosessuali ai servizi sanitari, incrementando le abilità di comunicazione nella relazione medico-paziente, riducendo le barriere culturali e il rischio di un trattamento diseguale e facilitando l'<i>empowerment</i> dei pazienti stessi.</li><li>• Promuovere la salute e ridurre il rischio HIV/AIDS e di altre MTS nella popolazione gay, lesbica e bisessuale.</li></ul>

<b>Analisi e documentazione delle disuguaglianze</b>	<p>Il progetto ha analizzato le disuguaglianze nella duplice prospettiva degli operatori sanitari e degli utenti. Una ricerca preliminare tramite interviste e <i>focus group</i> ha analizzato l'accesso della popolazione omo/bisessuale alle risorse sanitarie raccogliendo testimonianze da persone omosessuali di diversa età, etnia, ceto sociale, credenze religiose e stato di salute, e da parte di medici ospedalieri, medici di medicina generale e altri operatori sanitari con diversa familiarità con le tematiche dell'orientamento sessuale.</p> <p>La fase successiva ha visto la produzione di un opuscolo informativo da distribuire agli operatori sanitari e di un Cd rom informativo.</p>
<b>Promozione del tema nell'agenda politica locale</b>	<p>L'opuscolo e il Cd rom sono stati distribuiti ai dirigenti sanitari dell'Emilia-Romagna.</p> <p>Nel territorio dell'Azienda USL di Reggio Emilia le autorità sanitarie hanno deciso di distribuire gratuitamente gli opuscoli a tutti i medici di medicina generale. In regione si sono organizzati eventi promozionali e formativi (a Cesena, Bologna e Reggio Emilia).</p>
<b>Coinvolgimento di altri soggetti interessati</b>	<p>Sono stati coinvolti in una progettazione partecipata i seguenti soggetti:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Reparti Malattie infettive di Bologna e Forlì</li><li>• Il dott. Mauro Palazzi dell'Unità operativa di epidemiologia e comunicazione del Dipartimento di sanità pubblica, Azienda USL di Cesena</li><li>• 15 medici esperti a livello nazionale nel settore della salute sessuale</li><li>• sedi delle associazioni gay e lesbiche di tutta la regione Emilia-Romagna</li><li>• la dott.ssa Grillo, ASL di Novi Ligure</li><li>• Australian Federation of AIDS organization</li><li>• Aiuto AIDS svizzera italiana</li></ul>
<b>Azioni specifiche</b>	<p>L'iniziativa è stata riportata dalle maggiori testate che si occupano di salute pubblica (es. <i>Repubblica Salute</i>, <i>Tempo Medico</i>).</p>

**Principali risultati**

È stata svolta una valutazione della distribuzione del materiale.

A livello proattivo, sono stati distribuiti 2000 opuscoli e 300 Cd rom.

A livello reattivo, sono giunte 80 richieste di avere gratuitamente il materiale.

La maggior parte degli operatori sanitari raggiunti ha risposto alla scheda *feedback* e ha dichiarato di avere utilizzato i materiali, di avere acquisito conoscenze, di avere modificato alcune pratiche e di avere generalmente apprezzato l'innovatività del progetto.

## 23. Bimbi di Chernobyl

Associazione Insieme per un futuro migliore onlus, Imola (BO)



<b>Autore/referente</b>	Arena Ricchi Associazione Insieme per un futuro migliore via Emilia 94 - 40026 Imola (BO) <a href="mailto:tommot@libero.it">tommot@libero.it</a>
<b>Periodo di tempo a cui si fa riferimento</b>	giugno-agosto 2002 giugno-agosto 2003 giugno-agosto 2004
<b>Contesto in cui si è svolta l'attività</b>	In Italia: all'arrivo dei bambini numerosi studi dentistici di Imola e dintorni si sono prestati gratuitamente per la visita e la cura dei denti cariati.  In Bielorussia: si sta approntando una politica di sensibilizzazione mediante opuscoli da distribuire direttamente nelle scuole della provincia di Korma nella regione di Gomel.
<b>Obiettivi che si intendevano raggiungere</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Migliorare la salute, con particolare attenzione alla cura orale, dei minori che provengono dalle zone rurali colpite da inquinamento nucleare della Bielorussia e sono in Italia per un periodo di risanamento. Dalle zone rurali è molto difficile accedere alle cure odontoiatriche; la maggioranza dei residenti, e soprattutto i bambini, per l'indebolimento dovuto alle radiazioni e per la mancanza di un'adeguata educazione sanitaria, ha problemi di carie.</li><li>• Fornire le informazioni necessarie a permettere di seguire un programma minimo di igiene dentale anche nel loro Paese.</li></ul>

**Analisi  
e documentazione  
delle disuguaglianze**

Durante il periodo estivo del 2002 sono stati visitati tutti i bambini giunti in Italia e sono state riscontrate le pessime situazioni igieniche del cavo orale; contestualmente si è dato inizio agli interventi diretti sui giovani pazienti per risolvere le carie più urgenti.

L'operazione di visita è proseguita negli anni seguenti sempre registrando su cartelle personali le patologie orali riscontrate e le eventuali cure eseguite.

La disuguaglianza e lo stato di incuria del cavo orale è stato riscontrato da tutti i medici che hanno prestato la loro opera per il progetto.

Puntualmente, al termine di ogni soggiorno, ogni dentista provvede in modo scritto a informare dettagliatamente la sede dell'organizzazione in merito alle prestazioni effettuate, mettendo in evidenza eventuali situazioni gravi da portare a conoscenza dei genitori.

**Promozione del tema  
nell'agenda politica  
locale**

Sono stati informati gli Amministratori dei Comuni interessati all'ospitalità, come una nuova fase progettuale all'interno del progetto di risanamento, i quali hanno ringraziato i medici in occasione di incontri pubblici su questo tema. La notizia è stata riportata dalla stampa locale all'interno di articoli illustranti il progetto nel suo complesso.

Le istituzioni scolastiche in Bielorussia hanno accolto favorevolmente la mini-opera di divulgazione sulle norme igieniche da tenersi, anche se il costo del dentifricio a volte ne scoraggia l'uso.

**Coinvolgimento  
di altri soggetti  
interessati**

In Bielorussia:  
le scuole che hanno distribuito e distribuiranno l'opuscolo.

In Italia i medici di seguito elencati:

Andrea Avoni, Corrado Bondi, Giambattista Borzatta, Conni Calcina, Romeo Campagnoli, Stefano Cenni, Anna Ilde Curatola, Daniele Dal Fiume, Lamberto Fiori, Leopoldo Grilli, Enzo Lama, Domenico Latella, Marco Mazzoli, Paolo Munarini, Domenico Muscari, Massimo Onestini, Giuseppe Panzacchi, Alessandro Pastremoli, Giampaolo Perfetti, Marco Perini, Pasquale Petti, Catia Pirazzoli, Walter Pirazzoli, Rodolfo Rossi, Gianmario Sangiorgi, Maurizio Spagnoli, Zoran Zaccheroni, Francesca Zambrini Cavulli, Flavio Zonarini.

### **Azioni specifiche**

Cure odontoiatriche gratuite a 133 minori in 3 anni.

Le prestazioni sono state di tipo igienico-profilattico, estrattivo (dopo aver acquisito l'assenso scritto dei genitori), conservativo ed endodontico.

È stato poi realizzato in lingua russa, ed è in distribuzione, un pieghevole illustrato contenente informazioni odontoiatriche di facile comprensione, che vanno da indicazioni per l'igiene dentale a cenni sull'alimentazione, a illustrazioni anatomiche del dente. Questo pieghevole in distribuzione nelle scuole è indicato in primo luogo ai bambini, ma è pensato anche per la famiglia che potrà quindi apprendere poche e semplici regole per incrementare il livello di salute.

### **Principali risultati**

I migliori risultati sono stati ottenuti con i bambini seguiti dal 2002, dove l'opera di istruzione igienica si è rafforzata negli anni.

Alle prime visite, la situazione solitamente presentava carie diffusa, con compromissioni anche irreversibili di alcuni elementi dentari. Ai controlli successivi, grazie all'impegno delle famiglie ospitanti nel fornire spazzolini e dentifrici, il numero di nuove carie insorte si è notevolmente ridotto.

I bambini sono risultati molto attenti nella cura dei denti e ciò viene riferito sia dalle famiglie ospitanti che dagli insegnanti-accompagnatori bielorusi.

La funzione educativa dei medici durante le visite presso gli ambulatori, e dell'associazione tramite il pieghevole, sta riducendo progressivamente l'indice di presenza della carie.

Si dovrà potenziare la rete di distribuzione del pieghevole informativo, per fare sì che i genitori bielorusi possano apprendere l'importanza di fare pulire i denti ai propri figli. Ciò porterà a una diminuzione dell'incidenza della carie riscontrabile sui nuovi bambini che ogni anno giungono in Italia.

Il processo di miglioramento ha già avuto inizio, soprattutto in quelle famiglie numerose dove uno dei tanti figli viene ospitato in Italia; progressivamente anche gli altri membri della famiglia, in special modo i bambini, stanno adottando le abitudini imparate dal fratello ospite dell'associazione.

## 24. Accogliere in ospedale: la transcultura al servizio di tutti.

### Azione: Ufficio accoglienza e mediazione

Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara

Servizio programmazione, valutazione e controllo strategico

direttore dott.ssa Daniela Celin

#### Autore/referente

Ufficio accoglienza e mediazione  
responsabile dott.ssa Sandra Bombardi  
Corso Giovecca 203 - 44100 Ferrara



#### Periodo di tempo a cui si fa riferimento

L'idea progettuale parte da lontano, intorno agli anni 1998-1999 dopo gli studi organizzativi, l'analisi transculturale delle situazioni umane e il gruppo di lavoro relativo l'accoglienza per il nuovo ospedale ferrarese. Inizia a prendere forma come progetto azione nell'anno accademico 2002-2003 come tesi di Master sull'immigrazione, nella quale ho voluto parlare di persone che accolgono altre persone, in un contesto sicuramente non facile come quello ospedaliero. La nascita dell'Ufficio è avvenuta l'1 settembre 2004 e ha iniziato a camminare l'1 marzo 2005, in seguito all'acquisizione del repertorio mediatori.

Nell'anno di avvio e di sperimentazione progettuale, che si chiuderà a febbraio 2006, mi propongo di creare possibilità di ascolto, comunicazione e azione tra diverse visioni del mondo: quella dell'utente, dell'operatore e della non trascurabile organizzazione sanitaria.

#### Contesto in cui si è svolta l'attività

Lo spazio adibito a Ufficio accoglienza e mediazione si trova vicino all'ingresso principale dell'Ospedale S. Anna di Ferrara, posizione di comoda fruibilità da parte del personale addetto al *front office* e dal personale del Dipartimento di emergenza e riproduzione-accrescimento.

#### *Mission*

L'Ufficio Accoglienza e Mediazione contribuisce alla realizzazione di un progetto di accoglienza transculturale in sanità, che ha alla base il riconoscimento dell'altro e la sua variabilità culturale, la dignità della persona e la necessità di costruire un percorso condiviso. Assicura agli operatori un supporto metodologico capace di riconoscere nella cultura dell'utente una delle risorse per la risposta d'aiuto e per una piena *compliance*.

Accoglienza e mediazione promuove tra gli operatori competenze progettuali là dove il bisogno nasce e si modifica, facilita la ricerca di soluzioni ai problemi e sostiene la creazione di percorsi facilitanti. L'Ufficio si colloca nella filiera degli uffici facenti capo al Servizio programmazione, valutazione e controllo strategico. Lavora in forte integrazione e complementarietà con l'Ufficio Qualità e l'URP aziendale, permettendo di allargare la base operativa a sostegno degli operatori coinvolti quotidianamente nel rispondere in modo efficace a un'utenza che cambia.

#### *Vision*

L'Ufficio accoglienza e mediazione si impegna nel costruire e consolidare uno spazio e un tempo da dedicare alla presa in carico dell'utente con approccio transculturale, a sostegno della crescente complessità delle dinamiche comunicative. Creare spazi che esprimano competenze di aiuto e sviluppino strategie di cambiamento, valorizzando il lavoro di rete tra operatori, il sistema dei servizi e l'autodeterminazione degli stessi cittadini.

L'esistenza dell'ufficio persegue in modo complementare i valori aziendali, mediante una maggiore capacità di ascolto e l'utilizzo di metodologie di intervento flessibili, facilitanti la progettazione partecipata e le competenze dell'utente.

#### *Personale*

- Responsabile dell'Ufficio
- Mediatori interculturali (da marzo 2005)
- *Network* facilitatori dell'accoglienza (da febbraio 2005)
- Operatori - Servizio civile volontario (fine 2005/2006)
- Volontariato organizzato
- Personale in *stage*

#### *Modello organizzativo e metodologie di lavoro*

Modello organizzativo per progetto - utilizzo del *Project Management* e la metodologia *Company Wide* per l'implementazione di progetti innovativi.

Lavorare per progetti studiati, ideati e concordati con gli operatori, sulla base delle specifiche caratteristiche degli utenti o delle criticità rilevate nelle singole realtà operative.

Al riguardo la costruzione del *network* dei facilitatori dell'accoglienza risulterà una risorsa preziosissima da coinvolgere, in quanto sensori dell'attività assistenziale e diretti protagonisti della nascita e trasformazione del problema nei processi di accoglienza.

**Obiettivi che si intendevano raggiungere**

- Attivare e sostenere il *network* di facilitatori - medici, infermieri, tecnici, amministrativi - promuovendo lo scambio di esperienze e interventi progettuali relativi al tema dell'accoglienza e della transcultura, fungendo da nodo di rete.
- Facilitare il lavoro degli operatori che sono quotidianamente a contatto con l'utenza straniera e individuare, attraverso costanti rilevazioni, le rispettive criticità incontrate.
- Facilitare l'accesso e la permanenza in ospedale e la fruibilità dei servizi da parte dell'utenza straniera.
- Costruire rapporti di rete tra ospedale, servizi territoriali pubblici e di volontariato, documentando buone prassi per un reinserimento sociale e familiare di persone in difficoltà.
- Promuovere una cultura dell'accoglienza con approccio transculturale attraverso interventi di consulenza, progettazione, formazione, ricerca.
- Contribuire nel migliorare la qualità percepita dall'utente riguardo il processo di accoglienza in termini di personalizzazione, umanizzazione e informazione.
- Contribuire nel facilitare e accompagnare l'utente nella comprensione e utilizzo dei diversi settori dell'ospedale valorizzando e rafforzando l'interazione operatore-utente-servizio.

**Analisi e documentazione delle disuguaglianze**

*... dipende da come una comunità accoglie un nuovo membro o se ne separa, che importanza dà al corpo e alla salute, quando considera un membro malato e come si rapporta a lui, che si misura il grado di civiltà e cultura raggiunta.*

L'azione dell'accogliere in ospedale deve garantire rassicurazione, orientamento, ottimizzazione dei tempi. Ricevere, ospitare, ascoltare, approvare, accettare, contenere. Questi sono solo alcuni dei termini con i quali le persone coinvolte nel corso del progetto hanno definito il termine accoglienza in ospedale.

Per analizzare il contesto di riferimento e documentare le disuguaglianze ho utilizzato sia fonti formali che informali, ho utilizzato tecniche di raccolta dati di natura qualitativa e quantitativa.

- Popolazione residente in provincia di Ferrara distribuita per classi di età e distribuita per comune di residenza 2003-2004.
- Popolazione straniera residente nella provincia di Ferrara distribuita per comune di residenza 2003-2004.

- Totale dei ricoveri di utenti italiani e utenti con cittadinanza straniera dell'Azienda ospedaliera-universitaria di Ferrara 1999-2004.
- Utenti stranieri ricoverati in regime ordinario e *day hospital* divisi per reparto di dimissione in ordine di frequenza anno 2002-2004.
- Utenti stranieri ricoverati in regime ordinario e *day hospital* divisi per cittadinanza in ordine di frequenze anni 1999-2004.
- Accessi in Pronto soccorso degli utenti stranieri avvenuti negli anni 2001-2004 suddivisi per PS oculistico, generale, ostetrico-ginecologico e pediatrico.
- Approfondimento riguardo il ricorso all'IVG da parte delle donne straniere. Secondo quanto riporta il Dossier statistico di Caritas 2004,

*considerando il rapporto permessi di soggiorno/totale residenti la distribuzione degli stranieri sul territorio regionale appare sempre più omogenea. Rispetto a una media regionale di 5,3, ben 7 province su 9 registrano valori compresi tra 5,1 e 5,9. Il valore massimo si conferma anche per il 2003 in provincia di Reggio Emilia (6,5). Mentre il valore minimo si registra in provincia di Ferrara (3,1). Si deve però tenere presente che nell'ultimo anno si sono avuti incrementi di permessi di soggiorno superiori al 54% proprio nelle tre province (Ferrara, Rimini, Piacenza) dove nel 2002 si registravano i rapporti più bassi tra permessi di soggiorno e residenti, a conferma delle tendenze al riequilibrio territoriale.*

- Aspettative dei coordinatori infermieristici.  
Il coinvolgimento dei coordinatori ha permesso di modellare un ufficio rispettoso delle loro esigenze. I coordinatori infermieristici / tecnici / fisioterapisti presenti nei 10 Dipartimenti e Servizi sanitari sono 66; 52 sono i coordinatori ad oggi intervistati (intervista a basso grado di strutturazione), 79%, e una psicologa.

*Un buon processo di accoglienza si realizza con ...*

*... la capacità di cogliere ciò che sta dietro a frasi o richieste di aiuto, e far capire al momento della accoglienza che si cercherà di fare il possibile;*

*... un lavoro di squadra da parte di tutto il personale e la capacità di far capire alla persona che noi siamo qui e che ci prenderemo cura di lui per tutto quello che riguarderà il suo soggiorno.*

- Aspettative degli utenti immigrati e autoctoni.  
Rilevate attraverso incontri con le associazioni e cooperative di immigrati e che si occupano di immigrati, interviste, *focus group*. *Focus group* ai rappresentanti del Comitato consultivo misto dell'Azienda ospedaliera-universitaria di Ferrara, rappresentanti degli anziani del Centro sociale e ricreativo di Ferrara La Rivana, rappresentati di donne immigrate presso l'Associazione Cittadini del mondo di Ferrara. Inoltre, dispongo di informazioni<sup>1</sup> raccolte dal confronto tra il punto di vista e le difficoltà degli immigrati con quello degli infermieri del Pronto soccorso generale e Medicina d'urgenza. Le testimonianze degli infermieri sono state raccolte attraverso la somministrazione di un questionario (n. 40) e attraverso interviste in profondità a 8 infermieri, scelti in funzione dell'anzianità di servizio, dell'esperienza maturata nell'incontro con utenti stranieri e della disponibilità.

Le persone chiedono di essere informate con gentilezza e cortesia, desiderano sentirsi accolte, ascoltate, prese in carico, perché "sentirsi accolti ti fa sentire bene; prolunga la vita". Altra caratteristica ricorrente è la richiesta di professionalità che si deve esprimere in valutazione attenta dei problemi con controlli periodici durante l'attesa.

Una buona accoglienza deve "prevedere inoltre modalità d'accompagnamento sia all'ingresso che alla dimissione". Inoltre, "l'accoglienza termina con la dimissione e l'attivazione di un'assistenza in rete". Praticamente, "ci dovrebbero essere dei cuori grandi oltre che dei grandi cervelli in ospedale".

"Siamo un po' tutti stranieri in ospedale". Da questo nasce la necessità di scegliere metodologie leggere che adottino il concetto cultura come sistema interpretativo degli eventi umani, come sistema di *problem solving*, sviluppato e adottato dal gruppo di appartenenza. Ogni incontro è un incontro tra alterità, a prescindere dall'essere straniero; ogni relazione utente-operatore è interculturale.

---

<sup>1</sup> Maietti M. Stesura della tesi di Diploma per infermiere, dal titolo *Malati d'immigrazione, l'infermieristica transculturale al centro del processo d'accoglienza*. Anno accademico 2001/2002, nella quale ho svolto il ruolo di relatore e supervisore metodologico.

<b>Promozione del tema nell'agenda politica locale</b>	<p><i>Carattere innovativo del progetto</i></p> <p>L'ufficio si propone con forte capacità di integrazione delle risorse attraverso forme diversificate di sperimentazione e nodo di rete che si caratterizza come strumento di informazione e divulgazione, mezzo di promozione e di facilitazione. Crede in percorsi di miglioramento condivisi e partecipati, attuati mediante alleanze strategiche tra operatori, cittadini, forze sociali, e istituzioni.</p>
<b>Coinvolgimento di altri soggetti interessati</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Comune e Provincia: riunioni con assessori alle politiche socio-sanitarie e tavoli di lavoro.</li><li>• Associazioni di volontariato dell'area socio-sanitaria: costruzione di una rete di facilitazione per progettare percorsi di dimissione accompagnata.</li><li>• Responsabile dei piani di zona: donne straniere e IVG.</li></ul>
<b>Azioni specifiche</b>	<p><i>Responsabile Ufficio Accoglienza e Mediazione</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• costruzione del profilo di posto;</li><li>• presentazione dell'Ufficio all'interno dell'ospedale: Collegio di direzione, alla Direzione assistenziale, al CCM, rappresentanze sindacali;</li><li>• presentazione dell'Ufficio agli Assessorati alle politiche sociali e sanitarie del Comune e della Provincia;</li><li>• incontri con associazioni di volontariato e responsabile del Centro servizi per il volontariato;</li><li>• incontri di lavoro con responsabile dei Piani per la salute.</li></ul> <p><i>Mediazione interculturale</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• costruzione del profilo di posto;</li><li>• selezione dei mediatori e costruzione di un repertorio formato per l'ambito sanitario;</li><li>• settimana di formazione preliminare l'inizio dell'attività e individuazione dei 3 mediatori referenti, con attività fissa;</li><li>• definizione della modalità di presenza dei mediatori in ospedale e strutturazione della turistica;</li><li>• elaborazione degli strumenti di lavoro;</li><li>• strutturazione di momenti di <i>briefing</i> e <i>de-briefing</i>.</li></ul>

### *Network dei facilitatori dell'accoglienza*

Il *network* dei facilitatori dell'accoglienza è formato da medici, infermieri, fisioterapisti, tecnici, operatori in supporto all'assistenza che, a diverso titolo e in contesti organizzativi culturalmente determinati, vivono e si confrontano ogni giorno con un'utenza che cambia: un facilitatore medico per dipartimento sanitario; un facilitatore infermiere/tecnico/fisioterapista per unità operativa; 2 facilitatori per i poliambulatori; 2 facilitatori per trasporti interni e camera mortuaria; un'assistente sanitaria della Direzione medica; una dietista; 2 operatori del Centro servizi; un addetto portineria/centralino; operatori URP.

- costruzione del profilo di funzione del facilitatore dell'accoglienza;
- riunione di presentazione dell'Ufficio;
- progetto formativo rivolto ai facilitatori dell'accoglienza:  
1<sup>a</sup> edizione aprile-giugno 2005  
2<sup>a</sup> edizione ottobre-dicembre 2005  
3<sup>a</sup> edizione febbraio-aprile 2006

Creazione pagina WEB (in fase di definizione).

Creazione *brochure*.

Volontariato organizzato

Progetto accoglienza e sostegno nell'attesa in Pronto soccorso (in fase di definizione).

Servizio Civile Volontario

Azienda accreditata per 30 operatori di Servizio Civile; sono in fase di elaborazione 6 progetti da presentare a luglio 2005.

### **Principali risultati**

- Consulenza e collaborazioni nella produzione e/o miglioramento di strumenti di comunicazione, opuscoli informativi favorevoli l'accoglienza e sui servizi offerti all'interno dell'ospedale.
- Creazione e definizione di percorsi di accompagnamento facilitanti fra servizi intra ed extra-ospedalieri;
- Interventi di mediazione interculturale: culturale, linguistica, sostegno nelle pratiche amministrative, aiuto sociale:
  - traduzione e produzione di modulistica, circolari, consulenza per rinnovo segnaletica ospedaliera, definizione della posizione amministrativa;
  - accompagnamento di utenti straniere nel percorso IVG.

- Progettazione per collaborazioni con il volontariato e Servizio Civile.
- *Stage* laureati in psicologia, percorsi di inserimento lavorativo.
- Interventi informativi/formativi rivolti ai facilitatori dell'accoglienza, relativi ai temi della transculturalità, immigrazione e dell'accoglienza.
- Partecipazione a gruppi di lavoro, incontri informativi e riunioni a livello regionale, provinciale e comunale relativi ai temi dell'interculturalità/transculturalità, immigrazione e dell'accoglienza.
- Presentazione dell'Ufficio a livello locale: Comune, Provincia, associazioni di volontariato.
- Riunioni settimanali di *briefing* e *de-briefing*.

## 25. Attività di integrazione sociale e lavorativa di persone con disabilità acquisita (traumi cranio-encefalici, vertebro-midollari, ictus, ecc.)

Centro studi Don Calabria - Città del ragazzo, Ferrara

**Autore/referente** direttore: Fr. Antonio Gasparini  
progettista: Giuseppe Sarti  
coordinatore: Binder Cinrad  
viale Don Giovanni Calabria - 44100 Ferrara  
tel. 0532 741515 - [binder@cittadelragazzo.it](mailto:binder@cittadelragazzo.it)  
[www.cittadelragazzo.it](http://www.cittadelragazzo.it) - [www.cdr.it/tce](http://www.cdr.it/tce)

**Periodo di tempo a cui si fa riferimento** Dal 1996 a oggi.

**Contesto in cui si è svolta l'attività** L'Istituto Don Calabria - Città del Ragazzo di Ferrara è un centro di servizi formativi che sin dalla nascita nel 1951 si occupa della formazione e dell'inserimento lavorativo di persone con *handicap* congenito e dal 1995 di reinserimento sociale e lavorativo di persone con *handicap* acquisito, cioè con esiti di trauma cranio-encefalico o lesione vertebro-midollare; in collaborazione con il Dipartimento di riabilitazione San Giorgio della Azienda ospedaliera universitaria S. Anna di Ferrara.

Abbiamo convenzioni con la Facoltà di scienze dell'educazione dell'Università di Ferrara e di Bologna, con il Corso di diploma per infermiere dell'Azienda ospedaliera universitaria di Ferrara, con la Facoltà di psicologia di Padova, con il Diploma universitario di fisioterapia di Reggio Emilia.

Siamo *partner* dell'EPR (*European Platform for Rehabilitation*) con sede a Bruxelles, la maggiore organizzazione in Europa in tema di servizi per la persona con disabilità.

Abbiamo realizzato il progetto regionale *Network* mettendo in rete le esperienze in atto in Emilia-Romagna per il reinserimento sociale e lavorativo di persone con *handicap* acquisito. Siamo presenti con le associazioni dei traumatizzati cranici in Italia e in Europa attraverso i rispettivi coordinamenti.

**Obiettivi che si intendevano raggiungere**

Miglioramento della qualità di vita delle persone con *handicap* acquisito:

- reinserimento sociale e guida all'autonomia;
- reinserimento lavorativo;
- sviluppo di una metodologia educativa per i traumatizzati cranio-encefalici;
- sviluppo di un metodo di integrazione tra riabilitazione funzionale e professionale;
- informazione e sensibilizzazione sul territorio.

**Analisi e documentazione delle disuguaglianze**

Il trauma cranico veniva e viene definito come epidemia silente perché avviene frequentemente che i giovani coinvolti si richiudano in se stessi e nell'ambiente familiare.

Il trauma cranio-encefalico (TCE) è tra le più frequenti malattie disabilitanti dovute a danno del sistema nervoso. Si parla di trauma cranico o cranio-encefalico quando sono presenti sintomi di sospetto interessamento cerebrale, ad esempio perdita di conoscenza e amnesia post-traumatica.

L'incidenza varia in funzione dell'età: la fascia di età più a rischio è quella compresa tra i 15 e i 24 anni. Per quanto riguarda la causa del TCE, gli incidenti stradali rappresentano il fattore eziologico più frequente.

L'incidenza delle menomazioni disabilitanti gravi a seguito del TCE è stimabile, nei paesi occidentali, fra i 200 e i 400 casi ogni 100.000 abitanti.

Nella provincia di Ferrara dal 1994 al primo semestre del 1997 presso l'Azienda ospedaliera di Ferrara sono stati dimessi 556 casi con la diagnosi di trauma cranico di diversi livelli di gravità.

*Impatto sulla vita sociale e lavorativa*

Tutti questi esiti hanno un notevole impatto sulla vita sociale e lavorativa, rendendo difficili e a volte impossibili molte delle attività più semplici e naturali della vita di tutti i giorni; segue una breve, e pertanto non esauriente, descrizione di alcune possibili difficoltà.

Le difficoltà di attenzione provocano difficoltà nella lettura, nel guardare la televisione e nel seguire le conversazioni quando si è in compagnia. I problemi di memoria fanno sì che si dimentichino frequentemente nomi, persone conosciute di recente, impegni e appuntamenti. Problemi di pianificazione e programmazione implicano anche che, qualora per esempio si desideri cucinare un piatto di pasta, non si riescano a eseguire le azioni necessarie e nel giusto ordine. Le difficoltà di astrazione impediscono di capire giochi e battute. Le difficoltà

di *problem solving* provocano un'incapacità a trovare soluzioni nuove o creative ai piccoli problemi di tutti i giorni. I disordini motori hanno un forte impatto sociale, sia per il problema della non completa accessibilità dei luoghi pubblici, sia perché sono i più visibili dall'esterno (anche se certamente non i più gravi) e più di tutti gli altri problemi, portano i ragazzi a sentirsi diversi e handicappati.

Per quanto riguarda gli esiti a livello comportamentale, va da sé che sono tra i più difficili da comprendere, gestire, tollerare ed educare al cambiamento da parte dell'ambiente circostante.

Per questi e altri motivi, da una ricerca americana (Lezak, 1987) risulta che circa il 90% delle persone con esiti di grave TCE ha difficoltà nelle interazioni sociali, nelle competenze interpersonali e, di conseguenza, fatica a mantenere e/o instaurare rapporti di amicizia.

**Promozione del tema nell'agenda politica locale**

Fin dall'inizio sono stati coinvolti gli enti interessati per la specificità degli interventi.

- L'Assessorato provinciale e regionale per la formazione professionale con il quale finanziamo tutti gli anni corsi di valutazione e reinserimento lavorativo.
- Il comune con i Piani di zona e l'Azienda USL con i Piani per la salute nel finanziamento di un Centro Perez di transizione al lavoro: esso si configura come un'unità produttiva con l'obiettivo aperto di transizione al lavoro e con la progettazione personalizzata per coloro che necessitano di un lavoro protetto, oggi in convenzione come centro diurno.

Come associazione familiari abbiamo partecipato a due progetti regionali con la Legge 162/1998 con finalità sociali e ricreative.

**Coinvolgimento di altri soggetti interessati**

Ciascuno per le proprie competenze sui bisogni espressi dai ragazzi e dai familiari.

**Azioni specifiche**

Dal 1996 a oggi abbiamo lavorato con oltre 180 persone in progetti di valutazione, orientamento, formazione e stage, supporto sul lavoro, mediazione al lavoro con i seguenti progetti:

- Progetto Amministrazione provinciale F.P. Laboratorio polivalente, Ferrara, 1996-2004, 9 edizioni.
- Progetto FSE Horizon Torneo (Ferrara, Verona), 1996-1997, 2 edizioni.
- Progetto POM KanteaTC: inserimento lavorativo (Bolzano, Torino, Vicenza, Ferrara, Mantova, Genova, Viterbo), 1998.

- Progetto FSE - AECA *Horizon Hand To Hand* (Ferrara, Bologna, Rimini), 1999.
- Progetto FSE - AECA *Horizon New Start* (Ferrara), 1999/2000.
- Progetti Regione Emilia-Romagna, Asiha Enaip: docenza e tutoraggio
- Progetti Regione Emilia-Romagna, Network AECA (RER), 1999/2001.
- Tirocini (Legge 68/1999) Amministrazione provinciale F.P. (2000/2002), 6 + 5 edizioni.
- Progetti *Just in Time*, Amministrazione provinciale F.P. (2000/2001), 4 edizioni.
- Progetti personalizzati INAIL DLgs 38/2000, 5 edizioni dal settembre 2001 a oggi.
- Progetto regionale Praxis per l'inserimento socio-lavorativo delle persone disabili, 2002.
- Access 7 tirocini (490 + 80); Enter tirocini; New access 4 x 800 ore; Just in Time 3 x 600 ore.
- Progetto regionale Lavorabili per l'inserimento socio-lavorativo delle persone disabili, 2003/2004.
- Progetto Amministrazione provinciale F.P. Virtualprint 2003/2004.
- Progetto formazione temporanea Adecco, 2005.
- Progetto regionale *Job Ability* per l'inserimento socio-lavorativo delle persone disabili, 2005.
- marzo 2005: Progetto Fidal: laboratorio informatico, presso il Dipartimento di riabilitazione in convenzione con S. Giorgio, INAIL e Provincia di Ferrara.
- Centro Perez di transizione al lavoro: nato nel settembre 1999 impiega mediamente 12 ragazzi in attività produttive sia informatiche che di tipo manuale; 6 ragazzi sono stati assunti in azienda.

#### *Alcune attività svolte dalla nostra associazione nel 2002*

Si riporta una nota sintetica e un consuntivo economico dei progetti realizzati nell'ambito del progetto *Community Care* approvato dalla Regione Emilia-Romagna, Assessorato alle Politiche sociali con la Legge 162/1998.

- Finalmente lo sport: avvio di un'attività sportiva ricreativa di palestra e piscina, con un contributo da parte dei partecipanti, due volte la settimana per un anno.
- Progetto XY: progetto personalizzato per l'inserimento sociale di una persona traumatizzata con esito grave.

- SuonINsieme - progetto di musicoterapica: seminario conoscitivo e proposta scaturita dai partecipanti di un percorso di sei incontri.
- Noi e Voi: partecipazione e collaborazione per l'organizzazione di una festa delle associazioni di volontariato.
- Ciak si gira: organizzazione di incontri, cineforum, escursioni (Vallette), visita mostra Sysley, con il coinvolgimento attivo dei ragazzi.
- Soggiorno a Saturnia (Toscana): breve soggiorno vacanza in agriturismo con 18 ragazzi, 2 familiari, 4 operatori.

*Alcune attività svolte dalla nostra associazione nel 2003*

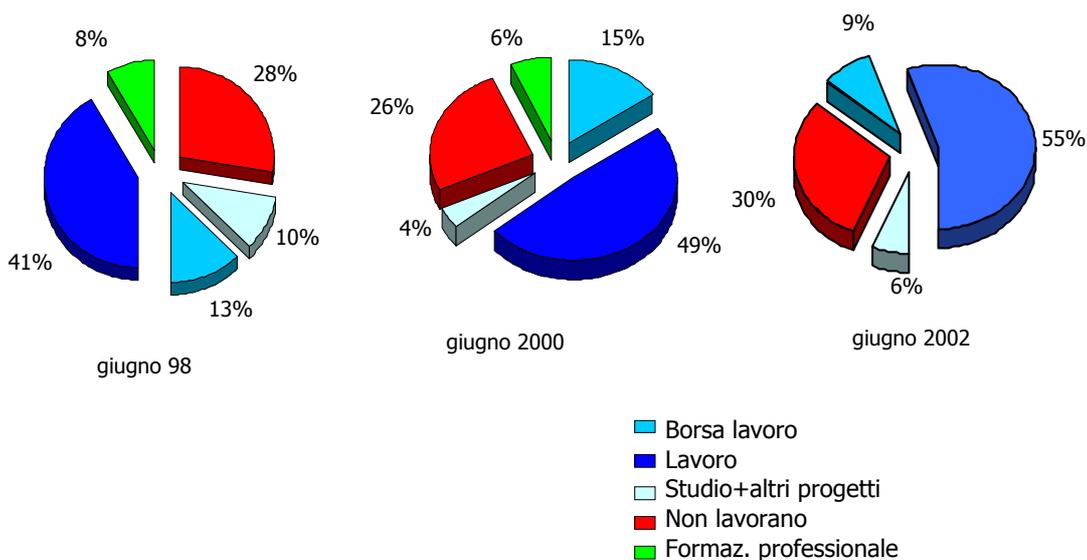
- Adesione al Centro servizi per il volontariato di Ferrara.
- Adesione al Coordinamento provinciale del volontariato di Ferrara.
- Adesione al Comitato ferrarese Area disabili.
- Partecipazione al Coordinamento nazionale associazioni trauma cranico; è stato eletto un nuovo direttivo e sono state proposte nuove iniziative di rafforzamento del coordinamento stesso.
- Convegno per la 5ª giornata nazionale sul trauma cranico *In viaggio verso nuovi orizzonti di vita e di lavoro*, sabato 29 marzo 2003 a conclusione di una settimana *Porte aperte al San Giorgio e alla Città del Ragazzo*.
- Preparazione della 6ª giornata nazionale sul trauma cranico, a San Pellegrino Terme.
- Conoscenza delle esperienze delle associazioni italiane attraverso il coordinamento nazionale.
- Convenzione con l'Avulss di servizio col pulmino attrezzato.
- Partecipazione alle Castelliadi.
- Presentazione di un progetto per rafforzare l'attività di stampa digitale alla Coop Solidarietà.
- Presentazione di progetti al Centro servizi di volontariato: corso per volontari di creazione di pagine *web*, sostegno al Virtual Print, la nostra bottega, lo sport, attività ricreative.
- Contributo alla gestione economica della stampa del *Diario di bordo*, libro per i familiari dei ragazzi TCE, e alla sua diffusione, con l'obiettivo di promuovere una borsa di studio di ricerca al San Giorgio, avendo ottenuto una sponsorizzazione dalla Cassa di Risparmio. Si prevede anche la creazione di un sito internet del Gracer (rete per le gravi cerebrolesioni della Regione Emilia-Romagna).

- Progetto di partecipazione sociale "Io gioco, tu parli, egli viaggia, ... noi ci divertiamo ancora", approvato con la Legge 162/1998 presso la Regione Emilia-Romagna, che ci ha consentito di sviluppare i seguenti sottoprogetti:
  - sport: prosecuzione dell'attività sportiva ludica di palestra con un contributo da parte dei partecipanti, due volte la settimana per un anno.
  - piscina: avvio di corsi di nuoto in piscina con l'AICS.
  - Festa del volontariato: partecipazione e collaborazione per l'organizzazione di una festa delle associazioni di volontariato.
  - giochi, gite, feste ...: Shakespeare nell'arte, gita alle Vallette di Ostellato, Degas, Castagnata, pizze varie al Morgan Pub, spettacolo teatrale *Un'Odisea*.
  - corso di teatro: esperienza di teatro, avviata nel 2002 e confermata nel 2003.
  - vacanza a Igea Marina: una settimana molto bella di vacanza al mare con 35 presenze fra ragazzi, operatori e alcuni familiari.

### Principali risultati

Il grafico seguente rappresenta un indice percentuale qualitativo di ritorno al lavoro: da un 30% spontaneo cresce al 40% immediatamente dopo un percorso di riabilitazione professionale, fino al 55% dopo un ulteriore periodo, che vede comunque la continuazione dei progetti personalizzati attraverso tirocini e il Centro Perez di transizione al lavoro.

*Situazione occupazionale dei primi 50 allievi TCE in formazione dal 1996 al 1998*



Per un'integrazione della persona vista nella sua globalità risultano determinanti le esperienze sociali, culturali, ricreative, sportive e ludiche promosse con l'Associazione dei traumatizzati che vede coinvolti familiari, operatori, volontari e amici.

Fin dai primi tempi in cui muovevamo i primi passi nel settore della formazione professionale con persone con esiti di TCE, si sentiva urgente il bisogno di allargare le proposte e le attività da proporre. La sola formazione, in vista dell'inserimento nel mondo del lavoro non era sufficiente per colmare il grande bisogno di ritornare a una vita piena di queste persone.

Istintivamente quindi, sulla scia di un grande entusiasmo e del desiderio di condividere veramente pezzi di strada, aspetti che tutt'ora ci caratterizzano, abbiamo iniziato a organizzare nel nostro tempo libero pranzi, cene e vacanze.

Nel tempo queste attività, poiché rispondevano e rispondono a un bisogno reale e pressante delle persone con cui lavoriamo, si sono via via sviluppate e speriamo continueranno a farlo.

Dal punto di vista teorico e metodologico ci sono però delle motivazioni ben più profonde del nostro istinto, studiate e indicate dall'OMS (Organizzazione mondiale della sanità). Lo studio di queste linee guida ci permette di progettare al meglio e di trovare sempre risorse esterne (finanziamenti) ma anche interne (disponibilità e passione a volte vanno rispolverate).

Tra i concetti chiave che riteniamo importanti ritroviamo la definizione di salute (OMS, 1986) che afferma che siamo in condizione di salute quando l'organismo ha la capacità di provare soddisfazione nel lavoro, nell'amore e nel gioco e riesce a rispondere efficacemente nell'ambito di stress ordinari e straordinari

La salute pertanto viene vista come una risorsa e non come obiettivo di vita. Per stimolare questa risorsa è necessario attivare e sviluppare una serie di fattori:

- *l'empowerment* personale: cioè la capacità di percepire il proprio potere personale;
- rete sociale: il territorio come fattore che può contribuire a far provare soddisfazione nei vari ambiti. Un territorio privo di posti di lavoro non è luogo che promuove la condizione di salute;
- fattori biologici: la possibilità di cure adeguate, vaccini, interventi medici specifici.

Questa visione innovativa e allargata della salute è stata quindi seguita dallo sviluppo del cosiddetto modello biopsicosociale, che è un paradigma sistemico che ritiene la malattia come il risultato di una combinazione di fattori (biologici psicologici

e sociali) su molti dei quali ciascun individuo ha un controllo significativo. Il trattamento pertanto riguarda l'intera persona, a 360°.

Pertanto abbiamo cominciato chiedendoci cosa stavano facendo e vivendo le persone con cui dal 1995 al 2002 abbiamo lavorato. Abbiamo così progettato e attuato una ricerca di *follow up* che ci permettesse di fare una foto anche sul dopo formazione. Lo scopo dell'indagine era verificare se il nostro lavoro aveva avuto una ricaduta persistente e significativa a qualche livello: lavorativo, sociale e di soddisfazione percepita della propria qualità di vita. Gli altri obiettivi della ricerca vengono descritti in seguito.

Dai dati emersi dalla ricerca è nata l'esigenza di approfondire i temi della partecipazione sociale, confrontandoci con altre realtà nazionali.

Abbiamo quindi organizzato un seminario di 2 giorni.

## **26. Progetto di videoterapia "Apertura: diverse abilità" "Facciamo *Musical* Insieme"**

Comune di Argenta (FE)

Settore cultura, istruzione, politiche sociali e tempo libero

EFESO - Ente di formazione per l'economia sociale, Ferrara

Gruppo Giovani 90, associazione non riconosciuta

Nuvolafilm srl, Roma

Provincia di Ferrara

Università degli studi di Ferrara

CARID - Centro di Ateneo per la ricerca e l'innovazione didattica

Cooperativa sociale La Pieve, Argenta (FE)

Comune di Portomaggiore (FE)

Legacoop

Fondazione Cassa di Risparmio di Ferrara

### **Autore/referente**

Alberto Biolcati Rinaldi

c/o Comune di Argenta

piazza Garibaldi 1 - 44011 Argenta (FE)

tel. 329 8323777 - [biolcati@comune.argenta.fe.it](mailto:biolcati@comune.argenta.fe.it)

Loretta Brunelli

c/o Efeso - via Zandonai 4 - 44100 Ferrara

tel. 335 1372436 - [lbrunelli@efeso.it](mailto:lbrunelli@efeso.it)

Antonio Ciano

c/o Nuvolafilm srl

via Belisario 7 - 00187 Roma - tel. 06 42905173

[info@nuvolafilm.com](mailto:info@nuvolafilm.com) - [www.nuvolafilm.com](http://www.nuvolafilm.com)

### **Periodo di tempo**

marzo 2002 - dicembre 2004

### **a cui si fa riferimento**

### **Contesto**

#### **in cui si è svolta**

#### **l'attività**

Le due idee progettuali sono nate come spontanee evoluzioni all'interno di due percorsi formativi, che hanno visto coinvolti complessivamente 30 diversamente abili, articolati in 15 unità nei due diversi percorsi. Entrambi i percorsi di formazione sono stati approvati dall'Amministrazione provinciale - Assessorato alla formazione professionale della Provincia di Ferrara.

Il tema conduttore e cardine di entrambi i percorsi è stato quello di attivare tecniche specifiche di comunicazione verbale e non verbale, quali quelle dell'arteterapia e videoterapia,

in quanto ciò permette di far emergere le potenzialità che soggetti diversamente abili in contesti chiusi e non dinamici difficilmente riuscirebbero a evidenziare. Attraverso tecniche di comunicazione, motivazione, rimotivazione, espressività, stimolati da metodologie attive quali la videoterapia e l'arteterapia, i diversamente abili hanno appreso nuove abilità di gestione delle emozioni e rinforzo delle capacità relazionali e di autostima.

I percorsi formativi erano finalizzati all'inserimento lavorativo dei soggetti e trasversalmente alle aree professionalizzanti dei percorsi venivano applicate tali metodologie per permettere di poter migliorare le loro potenzialità operative.

Da ciò è scaturita l'idea di aggregare i ragazzi in due percorsi *a latere*, e costruire così due gruppi di lavoro allargati ad alcuni volontari del Terzo settore, agli studenti universitari, al mondo del cinema professionale e al mondo professionale del ballo, finalizzati alla attuazione di due progetti artistici che hanno portato alla realizzazione rispettivamente di un docu-film e di diversi spettacoli *musical* dal vivo. Si tratta di progetti che nella loro complessità e interezza, in quanto prodotto audiovisivo e spettacolo, si prestano a essere utilizzati per la diffusione delle buone prassi in un'ottica di miglioramento e potenziamento dell'equilibrio e delle identità dei diversamente abili.

Le tecniche di arteterapia sono state e sono il principale supporto metodologico per la realizzazione di prodotti audiovisivi e spettacoli dal vivo, nel corso della cui preparazione e produzione i soggetti disabili sono stati prioritariamente sollecitati sul piano dell'autostima, in maniera tale da supportarne la nascita e/o la crescita, pre-requisito fondamentale per un qualsiasi inserimento sociale e lavorativo. In particolare, la realizzazione dei prodotti audiovisivi e degli spettacoli, tipico frutto della collaborazione artistica tra più persone, contiene l'intrinseca necessità di stimolare la sensibilità individuale di ogni partecipante e di coniugarla con l'effettiva integrazione della medesima all'interno di un contesto creativo di gruppo, alimentando e sostenendo, oltre che la socializzazione, anche la costruzione di un senso profondo di responsabilità personale (passando attraverso la comprensione del rispetto delle regole stabilite in comune all'interno del gruppo e per l'influenza determinante e indefettibile esercitata dall'operato di ogni singolo partecipante sul lavoro collettivo).

Le arti espressive, e in particolar modo la produzione audiovisiva di un docu-film e la realizzazione di alcuni spettacoli *musical* dal vivo, sono divenute così il mezzo che porterà al raggiungimento di una serie di altri obiettivi di intenso impatto educativo, riabilitativo e socio-psicoterapeutico.

Nello specifico, i metodi didattici ed educativi utilizzati tendono a superare la barriera sociale della disabilità per raggiungere l'approdo a una dimensione più prettamente individuale in cui il diverso, non meno che il normale, è parte integrante del quotidiano.

Attraverso la faticosa ma comune costruzione del concetto di normalità nella differenza si è cercato di fare sì che ciascuno potesse sentirsi libero e volenteroso di esprimere il proprio vissuto e la propria originalità, in modo da condurre l'elaborazione e la realizzazione del docu-film e degli spettacoli oltre la semplice retorica della diversità, per influenzarne, nel loro susseguirsi, i tempi e le evoluzioni delle vicende narrate e rappresentate.

I percorsi si sono sempre svolti all'interno di un contesto collettivo che ha registrato anche la partecipazione attiva di molti familiari dei partecipanti ai corsi e ha innanzi tutto cercato di promuovere un sentimento di reciproco rispetto e consapevolezza.

**Obiettivi che si intendevano raggiungere**

- Aumentare la consapevolezza dei diritti delle persone disabili contro la discriminazione e per il godimento totale ed equo dei propri diritti.
- Riflettere e attivare le misure necessarie atte a promuovere pari opportunità per le persone disabili.
- Promuovere lo scambio di buone abitudini e strategie efficaci studiate a livello locale, nazionale ed europeo attraverso l'applicazione dell'arteterapia e della videoterapia.
- Rafforzare la collaborazione tra tutte le parti coinvolte, principalmente amministrazioni pubbliche, servizi sociali, mondo scolastico, settore privato, movimento cooperativo, fondazioni bancarie, comunità, gruppi di volontariato, persone disabili e le loro famiglie.
- Aumentare la comunicazione sulle disabilità e promuovere un'immagine positiva delle persone disabili.
- Aumentare la consapevolezza di eterogeneità delle persone disabili e dei vari tipi di disabilità.
- Aumentare la consapevolezza della discriminazione su più livelli che devono affrontare i disabili.
- Aumentare le opportunità di inserimento lavorativo di soggetti disabili, individuando e valorizzando le specifiche attitudini.

<b>Analisi e documentazione delle disuguaglianze</b>	<p>I soggetti diversamente abili coinvolti sono stati individuati dal Servizio sociale dell'Azienda USL di Portomaggiore attraverso l'applicazione dei seguenti parametri:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• disoccupati,</li><li>• difficoltà di socializzazione,</li><li>• difficoltà di relazione,</li><li>• difficoltà di mobilità territoriale,</li><li>• difficoltà di comunicazione.</li></ul> <p>Ci si è avvalsi di personale specialistico (psicologa) che ha utilizzato momenti di gruppo, strutturati in giochi di ruolo, tecniche di espressività, elaborazione del proprio vissuto, per migliorare e potenziare le capacità di comunicazione, di relazione, di autostima, di identità, di responsabilizzazione e interiorizzazione di regole sociali.</p>
<b>Promozione del tema nell'agenda politica locale</b>	<p>Attraverso il patrocinio e il sostegno economico e operativo di una quinquennale esperienza di arteterapia nel campo teatrale e audiovisivo di soggetti diversamente abili. Parallelamente si sono messi in campo progetti per l'inserimento lavorativo con il coinvolgimento di cooperative sociali di tipo B e di enti di formazione professionale, consentendo ai diversamente abili l'orientamento e l'inserimento nel mercato del lavoro.</p>
<b>Coinvolgimento di altri soggetti interessati</b>	<p>I soggetti pubblici e privati coinvolti sono intervenuti in qualità di coproduttori dell'opera audiovisiva.</p> <p>Inoltre, hanno partecipato all'esperienza 30 volontari provenienti dal Terzo settore, dall'ambiente universitario, dalle famiglie dei diversamente abili, e liberi professionisti del mondo dello spettacolo.</p>
<b>Azioni specifiche</b>	<p>Antonio Ciano, docente del corso e regista del docu-film, e Gianna Dirani, docente e regista degli spettacoli, hanno diretto i due diversi gruppi di ragazzi e precisamente il primo ha seguito il gruppo della videoterapia, la seconda ha seguito il gruppo di arteterapia (entrambi i gruppi erano composti sia da partecipanti che da non partecipanti al corso), in un'esperienza sul campo dove tutti sono stati chiamati a svolgere ruoli sia artistici che tecnici, impegnandosi concretamente in un quadro di interscambiabilità a offrire il meglio di loro stessi per il raggiungimento dell'obiettivo comune.</p> <p>Per sprigionare a pieno le potenzialità terapeutiche dell'esperienza si è ritenuto anche di rafforzarne la specifica funzione educativa e terapeutica in special modo del lavoro creativo di gruppo, tipica della produzione audiovisiva e teatrale,</p>

innestando all'interno degli stessi percorsi di realizzazione del docu-film e degli spettacoli la partecipazione volontaria di professionisti dei due settori che, lavorando a strettissimo contatto con i partecipanti ai corsi, hanno apportato e apportano ulteriori sensibilità e competenze, anch'esse finalizzate a sostenere la migliore realizzazione dei prodotti finali: in particolare, oltre alla partecipazione di artisti locali, provenienti da varie realtà teatrali e audiovisive del ferrarese e ad alcuni collaboratori che stanno per ultimare gli studi del Corso di laurea in tecnologo della comunicazione audiovisiva e multimediale dell'Università di Ferrara (i cui laboratori tecnici sono peraltro ubicati presso i Cappuccini ad Argenta), i professionisti del settore, il cui impegno si è protratto e si protrarrà più lungamente nel tempo.

### **Principali risultati**

L'idea dei due progetti, in collaborazione con i diversi attori coinvolti, nasce dalla volontà di creare e rafforzare le opportunità lavorative nonché favorire l'inserimento nel mercato del lavoro di un gruppo di utenti con diversi gradi e livelli di disabilità e disagio mentale, che presentano requisiti di ingresso nel mercato del lavoro.

Diversi sono stati i risultati raggiunti attraverso le metodologie utilizzate nei progetti che possono essere riassunti come segue:

- riscoperta delle abilità di tipo relazionale/comunicativo (laboratorio della comunicazione e laboratorio della comunicazione non verbale) e acquisizione delle competenze di base e professionalizzanti (laboratorio del lavoro e laboratori professionalizzanti) attraverso l'utilizzo di strumenti quali videocamere, computer, strumentazioni di ripresa, microfoni, strumenti musicali;
- attivazione di una nuova tipologia di relazione che ha operato per capovolgere la logica riabilitativa che vede gli operatori attori della relazione di aiuto ai soggetti disabili. Si è ribaltata la condizione di empatia con un soggetto sperduto. Si è riusciti a proporre i disabili come guida per gli operatori rispetto a una competenza espressiva corporea e comunicante, al di fuori dalla convenzione socialmente costituita di cui tutti siamo portatori e da cui può darsi un'uscita, nei termini di consapevolezza, nella ricerca di una professionalità educante;
- acquisizione, mediante le tecniche dell'arteterapia, di competenze pratiche al fine di potenziare il saper fare e lo sperimentarsi come soggetti dotati di abilità; dall'altro sulla trasferibilità dell'azione pratica sulla quotidianità, stimolando e promuovendo le capacità di socializzazione e di autonomia

negli utenti in relazione a un loro futuro inserimento socio-lavorativo mediante il recupero delle abilità di carattere relazionale e sociale e le competenze professionalizzanti acquisite;

- si è riusciti a effettuare inserimenti lavorativi dei soggetti coinvolti nelle attività in quanto l'inserimento lavorativo rappresenta una fase di un processo evolutivo che propone al diversamente abile un contesto relazionale stimolante in situazioni differenziate, individualizzate, che potenzino le loro autonomie;
- si è riusciti a far acquisire una maggiore sicurezza nelle proprie risorse e capacità al fine di un inserimento lavorativo diminuendo i tempi e le difficoltà per intraprendere una professione, in quanto si sono forniti ai ragazzi coinvolti gli strumenti per un efficace orientamento al lavoro, per ricercare strategie di comunicazione, verbali e non verbali, necessarie all'inserimento nel mondo del lavoro;
- tutti i ragazzi hanno a tutt'oggi avuto l'opportunità di essere inseriti in un contesto lavorativo diversificato; infatti alcuni sono stati avviati a inserimenti lavorativi in cooperative sociali di tipo B, per altri invece si sono attivati gli inserimenti lavorativi attraverso lo strumento della borsa lavoro messa a disposizione dei servizi sociali dell'Azienda USL di Portomaggiore.

## **27. Una casa per Pollicino. Progetto di ricerca-azione sui neonati svantaggiati e le politiche abitative a Ferrara**

Azienda USL di Ferrara

Comune di Ferrara

Assessorato politiche per le famiglie

Assessorato sanità e servizi alla persona

<b>Autore/referente</b>	<p>Maria Caterina Sateriale UO Piani di promozione della salute, Azienda USL di Ferrara via Arginone 179 - 44100 Ferrara <a href="mailto:mcsateriale.pps@ausl.fe.it">mcsateriale.pps@ausl.fe.it</a></p> <p>Aldo De Togni UO Unità di epidemiologia, Dipartimento di sanità pubblica Azienda USL di Ferrara - via Arginone 179 - 44100 Ferrara <a href="mailto:a.detogni@ausl.fe.it">a.detogni@ausl.fe.it</a></p> <p>Chiara Benvenuti responsabile dell'area di priorità del PPS "Sostegno ai genitori nella cura dei figli", Azienda USL di Ferrara via Cassoli 30 - 44100 Ferrara <a href="mailto:c.benvenuti@ausl.fe.it">c.benvenuti@ausl.fe.it</a></p> <p>Tullio Monini Centro per le famiglie, Comune di Ferrara <a href="mailto:t.monini@comune.fe.it">t.monini@comune.fe.it</a></p>
<b>Periodo di tempo a cui si fa riferimento</b>	<p>Si descrive il progetto riferito al triennio 2003-2005, con particolare riferimento alle azioni e risultati fino al 31 dicembre 2004.</p>
<b>Contesto in cui si è svolta l'attività</b>	<p>Il progetto è parte integrante della seconda priorità di salute individuata dalla CTSS nell'ambito dei PPS di Ferrara "Sostegno ai genitori nella cura dei figli".</p>
<b>Obiettivi che si intendevano raggiungere</b>	<p>Tutelare la salute delle famiglie in condizioni di svantaggio nelle fasi della gravidanza e della nascita di un figlio, attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• avvio di un sistema di rilevazione dell'entità del problema nel territorio di Ferrara;</li><li>• promozione di misure di contrasto agli esiti negativi sulla salute della prole, privilegiando tali famiglie nella distribuzione degli alloggi.</li></ul>

**Analisi  
e documentazione  
delle disuguaglianze**

Non esiste un quadro informativo per definire i bisogni delle famiglie svantaggiate con neonati nel territorio della provincia di Ferrara. Le informazioni raccolte, pur frammentarie, sono le seguenti.

- Dal Rapporto sulle politiche contro la povertà e l'esclusione sociale anno 2003, della Commissione ministeriale di indagine sull'esclusione sociale:

*L'indagine ISTAT sul consumo delle famiglie evidenzia che i minori sono segnati dall'esperienza della povertà in misura superiore alla media, con livelli pressoché identici a quelli raggiunti dagli anziani. Le famiglie con minori in stato di povertà totale rappresentano nelle regioni settentrionali il 5,5% delle famiglie. I minori poveri rappresentano il 6,3% del target di popolazione. Non è irrilevante notare che nel periodo dal 1997 al 2001 la tendenza alla crescita nell'incidenza della povertà si registra solo tra le tipologie familiari con individui non ancora maggiorenti.*

- I principali indicatori di confronto della Regione Emilia-Romagna mostrano come la provincia di Ferrara occupi quasi sempre gli ultimi posti nella speranza di vita alla nascita, nel titolo di studio, nel tasso di disoccupazione, nel prodotto interno lordo.

*Tabella 1. Confronto tra provincia di Ferrara e Regione*

Indicatore	Unità di misura	Fonte	Anno	Provincia Ferrara	RER
Speranza di vita alla nascita	anni	RER Le previsioni demografiche	2003 m.	77,0	78,6
			2003 f.	83,1	84,7
Indice di non conseguimento della scuola dell'obbligo	% della popolazione in età 15-52 anni	ISTAT Censimento 2001	2001	9,45%	7,92%
Tasso di disoccupazione	% della forza lavoro	ISTAT Rilevazione trimestrale delle forze lavoro	2003	3,9%	3,1%
Prodotto interno lordo	€ per abitante in % sulla media UE	Istituto Guglielmo Tagliacarne	2000	93,6	112,9

- Non è emersa una particolare situazione di sofferenza dall'analisi degli indicatori che secondo la letteratura si associano in modo significativo alla bassa posizione sociale dei genitori, quali basso peso alla nascita, e mortalità neonatale.

*Tabella 2. Indicatori di patologia perinatale nella provincia di Ferrara*

<b>Indicatore</b>	<b>Unità di misura</b>	<b>Fonte</b>	<b>Anno</b>	<b>Provincia Ferrara</b>	<b>RER</b>
Aborti spontanei	n. aborti / 1000 donne in età fertile	Archivio SDO (codice patologia: 634)	2004	3,2	3,3
			2003	2,9	3,4
Basso peso alla nascita	% neonati	Banca dati CEDAP – 2003	2003	3,8%	6,6%
Mortalità neonatale	% nati vivi	SISP Registro di mortalità	Media 2000-2003	2,2%	2,5%

- Le informazioni provenienti dai Servizi sociali dei tre distretti sanitari sono basate sulle segnalazioni e quindi disomogenee e poco confrontabili.
- Le informazioni e le opinioni raccolte tra gli operatori per l'infanzia dell'Azienda USL (pediatri di comunità, pediatri di libera scelta, psicologi, assistenti sociali) sostengono come le misure messe in atto per i bambini che vivono in condizioni di svantaggio nella prima infanzia (attivazione di progetti comprendenti inserimento precoce e gratuito in asilo d'infanzia, cura e monitoraggio dell'alimentazione e dell'igiene personale, ecc.) siano misure insufficienti a proteggere il bambino dalla diffusione delle malattie acute in comunità, e a evitare la cronicizzazione di patologie legate alla salubrità ambientale, come le malattie respiratorie le otiti ricorrenti.
- Secondo l'ACER di Ferrara, il 5% delle famiglie di Ferrara che hanno avuto l'assegnazione di un alloggio di edilizia residenziale pubblica ha bambini <6 anni di età (indagine 2002). Non sappiamo valutare questo dato, che rappresenta l'indicatore centrale nella valutazione della necessità dell'intervento che si va a realizzare. Il Rapporto ministeriale già citato indica la quota di famiglie povere con minori

- Promozione del tema nell'agenda politica locale**
- Nell'ambito dei PPS, il ruolo dei tecnici dell'Azienda USL è stato inizialmente di forte promozione culturale nei diversi livelli di pianificazione.
- Seminario del 24 ottobre 2002 *Disuguaglianze di salute. Ambiti di ricerca-azione per i Piani per la salute e i Piani sociali di zona*. Partecipazione del forum dei PPS e rappresentanti della CTSS.
  - Seminario 19-26 novembre 2002 *Verso un nuovo sistema di protezione dei minori e della genitorialità*. 5 incontri, per operatori sanitari e sociali.
  - Iniziativa formativa del novembre 2003, rivolta a operatori della pediatria di comunità, di Salute donna e pediatri di libera scelta, sui concetti di rischio socio-sanitario nell'infanzia.
- Coinvolgimento di altri soggetti interessati**
- Si è costituito un gruppo di studio e di lavoro, interistituzionale nell'ambito del Comune di Ferrara, comprendente Vicesindaco e Assessore alle politiche familiari, Assessore alla sanità e servizi alla persona, Centri per le famiglie, ACER di Ferrara, associazioni di volontariato (Centro iniziativa ricerca condizione infanzia - CIRCI, Associazione Donne e giustizia), Azienda USL.
- Il ruolo degli operatori sanitari è stato fornire elementi di conoscenza validati, quali bibliografia e indicatori, per testimoniare l'effetto sulla salute dello svantaggio sociale economico e culturale nelle età precoci, fase nella storia della vita personale di vulnerabilità notevole, in cui si costruisce e si consolida il capitale di salute (*Tabella 3*).

*Tabella 3. Fattori che influenzano il capitale di salute (tratto da Wadsworth)*

<b>Le fasi della vita</b>	<b>Condizioni di svantaggio sociale</b>	<b>Effetti</b>	<b>Rischi aumentati</b>
VITA FETALE NASCITA <i>Costruzione del capitale di salute</i>	Malnutrizione materna Fumo Bassa scolarità	Prematurità Sviluppo prenatale ritardato Ritardo di maturazione tissutale Scarsa frequenza di allattamento al seno	Mortalità perinatale e neonatale Basso peso neonatale Aumento del rischio di malattie respiratorie metaboliche e cardiovascolari
INFANZIA E ADOLESCENZA <i>Costruzione del capitale educativo</i>	Bassa scolarità materna Povertà dell'ambiente domestico Fumo	Basso livello di istruzione Abitudini alimentari errate Fumo in età precoce e altri comportamenti a rischio Scarsa prevenzione	Comportamenti a rischio Ipostaturalismo Obesità Carie Malattie respiratorie
VITA ADULTA <i>Costruzione del capitale sociale</i>	Salute scadente Comportamenti a rischio: fumo, ... Basso livello di istruzione	Basso livello di posizione sociale Basso reddito Scarse capacità di interagire e negoziare	Comportamenti a rischio per la salute Ipertensione Malattie croniche Rischio per la prole

#### **Azioni specifiche**

- Il gruppo di studio e di lavoro ha ipotizzato che la risorsa abitazione salubre poteva rappresentare la parte sperimentale di un nuovo progetto per l'infanzia svantaggiata, integrantesi con le politiche per l'infanzia del Comune di Ferrara e tale da rappresentarne un valore aggiunto.
- Elaborazione di un nuovo Regolamento per l'accesso alle abitazioni di edilizia popolare, che faciliti le famiglie svantaggiate con figli nella prima infanzia, da sottoporre al Consiglio comunale. Tale regolamento viene deliberato in data 13 dicembre 2004.
- Il progetto, parte integrante del PPS, è stato inserito tra le azioni del PSZ di Ferrara del 2003.
- Elaborazione e divulgazione agli operatori sanitari (Area pediatrica e ostetrica) di un protocollo di selezione e di invio dei casi con caratteristiche concordate. Gli operatori sociali del Comune di Ferrara sono già attivi mentre il protocollo per gli operatori sanitari è in corso di allestimento.

### Principali risultati

- Modifica dell'atto deliberativo del Consiglio comunale del 3 marzo 2003 n. 32068 avente come oggetto *Regolamento per l'assegnazione di alloggi di edilizia residenziale pubblica*.
- Approvazione di un nuovo Regolamento per l'assegnazione di alloggi di edilizia residenziale pubblica (Del. n. 94777, 13 dicembre 2004). All'art. 5 "Condizioni valutabili per l'attribuzione del punteggio", tra le condizioni soggettive valutate è stata inserita  
*presenza nel nucleo familiare richiedente di uno o più minori di età inferiore a tre anni, unitamente alle condizioni di reddito inferiore al 50% del limite di accesso all'ERP e di anti-igienicità dell'alloggio.*
- Avvio di una rete per la rilevazione dei bisogni a Ferrara.
- Impostazione di un sistema di valutazione degli effetti sulla salute delle azioni di contrasto alla disuguaglianza. Il sistema prevede un monitoraggio nell'area del Comune di Ferrara, nel quale il regolamento è già applicato, così schematizzabile.

---

Casi o famiglie beneficiarie	N. componenti nucleo familiare e loro età	Reddito familiare	Salubrità abitazione precedente	Condizioni di salute (bilanci di salute periodici)	Altri elementi
Segnalati					
Aventi diritto					
Assegnatari					

---

- Integrazione realizzata tra PPS e PSZ di Ferrara.
- Altri Comuni hanno manifestato interesse e stanno valutando l'applicabilità del modello alla loro realtà.

## 28. Party-Amo

Associazione Anffas onlus, Forlì



<b>Autore/referente</b>	Marilena Barzanti coordinatrice dei servizi, Associazione Anffas onlus, Forlì via Ridolfi 18 - 47100 Forlì tel. 0543 27206  Referenti Educatori dell'Associazione Anffas onlus, Forlì
<b>Periodo di tempo a cui si fa riferimento</b>	Dal 2002.
<b>Contesto in cui si è svolta l'attività</b>	L'attività ha preso origine a Forlì ma la sua realizzazione ha coinvolto tutto il territorio nazionale (isole comprese).
<b>Obiettivi che si intendevano raggiungere</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Integrazione sociale.</li><li>• Scambi di conoscenze.</li><li>• Creazione di una rete sociale.</li><li>• Promozione dell'autonomia della persona disabile.</li><li>• Facilitazione del processo di crescita e indipendenza rispetto alla famiglia.</li></ul>
<b>Analisi e documentazione delle disuguaglianze</b>	<p>Il progetto prevede la realizzazione di viaggi sul territorio nazionale rivolti a persone con disabilità intellettiva e motoria, pertanto le mete sono state scelte sulla base dell'interesse artistico, culturale e paesaggistico.</p> <p>La messa in pratica ha invece richiesto un'analisi dei possibili percorsi accessibili, delle strutture alberghiere recettive e di tutte quelle strategie che occorreva mettere in atto per abbattere o ridurre le barriere, come percorsi alternativi, strategie per il superamento degli ostacoli, coinvolgimento e sensibilizzazione delle associazioni locali di categoria e non, oltre alle figure politiche di riferimento locali, come gli Assessori alle politiche sociali/<i>welfare</i> o alla viabilità.</p>

- Promozione del tema nell'agenda politica locale** L'arrivo di un gruppo di ragazzi disabili che viaggia utilizzando rigorosamente i mezzi di trasporto di uso comune, come il treno, l'autobus, il pullman, l'aereo e alloggia solo in strutture alberghiere inserite nei classici circuiti turistici, rappresenta una sorta di verifica di vivibilità della città stessa.
- Il confronto con gli amministratori della città è di per sé uno spunto per fare congiuntamente una verifica di accessibilità logistica e di accoglienza. In molte città questo è accaduto; ad esempio a Catania l'Assessore alle politiche sociali in occasione del nostro arrivo ha organizzato varie conferenze stampa invitando tutte le TV locali per promuovere non solo una reciproca conoscenza ma per dimostrare concretamente come sia possibile fare molte cose per migliorare sempre più l'integrazione sociale.
- Per mezzo del dibattito le persone con disabilità intellettiva, motoria e relazionale hanno potuto raccontare la propria storia, le proprie ambizioni, sono state investite da visibilità.
- Tutto questo apre nuove strade possibili.
- Ricordiamo alcune delle varie città in cui è accaduto questo: Firenze, Catania, Cento (FE), Montecreto (MO), Modena.
- Coinvolgimento di altri soggetti interessati** Il progetto si rivolge a persone con disabilità intellettiva, relazionale e motoria, ma per la sua realizzazione è necessario creare una rete che coinvolga le associazioni di categoria presenti nella città in cui si svolge il viaggio, e le istituzioni, quali Comune e Provincia. Occorre inoltre pianificare il viaggio con gli enti preposti al trasporto sia pubblici che privati, per es. Ferrovie dello stato, compagnie aeree, compagnie di trasporto terrestri.
- Frequentando poi i classici luoghi di incontro come ristoranti, pub, bar, alberghi si conoscono le persone comuni, dai proprietari agli avventori; per mezzo di azioni semplici e comuni si condivide il piacere di godere del tempo libero, di conoscersi reciprocamente.
- Azioni specifiche**
- Viaggi su tutto il territorio nazionale: Roma, Bolzano, Verona, Brunico, Modena, Cento (FE), Tredozio (FC), Catania, Cesenatico.
  - Contatti con le realtà locali per favorire momenti di incontro.
  - Definizione delle varie attività da svolgere con le persone disabili al fine di promuovere la loro integrazione.
  - Pianificazione delle strategie per rendere autonomo la persona disabile.
  - Realizzazione di conferenze stampa per far conoscere il progetto e l'attività di integrazione.

### **Principali risultati**

- Visibilità e integrazione del gruppo.
- Costruzione di nuovi rapporti amicali al di fuori dei soliti circuiti.
- Supporto alla famiglia con congiunti disabili.
- Promozione di una cultura di condivisione.
- Sensibilizzazione dell'opinione pubblica alle problematiche legate alla disabilità.
- Promozione del tema integrazione sociale nell'agenda politica locale.

### *Itaca, di Costantinos Kavafis*

*Quando ti metterai in viaggio per Itaca  
devi augurarti che la strada sia lunga  
fertile in avventure e in esperienze.*

*I Lestrigoni e i Ciclopi*

*o la furia di Nettuno non temere,  
non sarà questo il genere di incontri  
se il pensiero resta alto e un sentimento  
fermo guida il tuo spirito e il tuo corpo.*

*In Ciclopi e Lestrigoni, no certo  
né l'irato Nettuno incapperai  
se no li porti dentro,  
se l'anima non te li mette contro.*

*Devi augurarti che la strada sia lunga.*

*Che i mattini d'estate siano tanti  
quando nei porti - finalmente - e con che gioia -  
toccherai terra tu per la prima volta:  
negli empori fenici indugia e acquista  
madreperle coralli ebano e ambre  
tutta merce fina, anche profumi  
più inebrianti che puoi,*

*va in molte città egizie  
impara una quantità di cose dai dotti.*

*Sempre devi avere in mente Itaca -  
raggiungerla sia il pensiero costante.  
Soprattutto, non affrettare il viaggio:  
fa che duri a lungo, per anni, e che da vecchio  
metta piede sull'isola, tu, ricco  
dei tesori accumulati per strada  
senza aspettarti ricchezze da Itaca.*

*Itaca ti ha dato un bel viaggio  
senza di lei mai ti saresti messo  
in viaggio: cos'altro aspetti?*

*E se la trovi povera, non per questo Itaca ti  
avrà deluso.*

*Fatto ormai savio, con tutta la tua esperienza  
addosso  
già tu avrai capito ciò che Itaca vuole  
significare.*

## 29. Progetto Salem per l'assistenza agli emarginati, nomadi e immigrati irregolari

Azienda USL di Cesena

Dipartimento di sanità pubblica in collaborazione con Presidio ospedaliero, Distretto

Associazione Salem, Cesena

Gruppo di lavoro multiprofessionale

composto da 12 operatori (medici, amministrativi, psicologi, assistenti sociali, infermieri, ...) provenienti dal Distretto, dall'ospedale, dal Dipartimento di sanità pubblica. Il gruppo ha coinvolto attivamente nella gestione complessiva del progetto alcune Amministrazioni comunali (Centro stranieri di Cesena e Cesenatico) e Associazioni di volontariato operanti nel territorio dell'Azienda USL di Cesena (Caritas Cesena, Centro di ascolto e prima accoglienza, Associazione Salem, ...).

**Autore/referente**

Mauro Palazzi

direttore Servizio epidemiologia e comunicazione

Dipartimento sanità pubblica - Azienda USL di Cesena

via M. Moretti 99 - Cesena

tel. 0547 352072 - [mpalazzi@ausl-cesena.emr.it](mailto:mpalazzi@ausl-cesena.emr.it)

**Periodo di tempo**

2000-2004

**a cui si fa riferimento**

**Contesto**

**in cui si è svolta**

**l'attività**

I coordinatori dei Centri di ascolto e prima accoglienza e dei Centri stranieri del Cesenate avevano chiesto alla fine degli anni '90 all'Azienda USL un aiuto per superare le difficoltà incontrate nel dare un'assistenza sanitaria agli immigrati irregolari che, in caso di bisogno, potevano contare solo sulla buona volontà di alcuni medici i quali, contattati dalle associazioni, offrivano gratuitamente il loro servizio. Quando però erano necessarie terapie o accertamenti diagnostici più complessi, l'accesso alle strutture e i costi rappresentavano un ostacolo spesso insormontabile. La conseguenza di tutto ciò si traduceva nella negazione a centinaia di persone del diritto alla salute e all'assistenza, previsto dall'art. 32 della Costituzione italiana.

Vista questa situazione il Dipartimento di sanità pubblica si è quindi fatto promotore all'interno dell'Azienda USL di Cesena di un progetto volto a garantire l'accesso ai servizi sanitari alle fasce di popolazione che ne erano escluse: immigrati irregolari, nomadi e senza fissa dimora.

L'Azienda USL di Cesena ha definito nel 1999, in accordo con i rappresentanti delle associazioni di tutela degli immigrati, un progetto intitolato a Salem Ramovic, un piccolo nomade Rom morto il 25 gennaio 1999 nella baraccopoli Casilino 700 di Roma.

Questo progetto rispondeva a quanto indicato dal Piano sanitario nazionale 1998-2000 che aveva posto tra i suoi obiettivi il rafforzamento della tutela dei soggetti deboli e che invitava le Regioni a elaborare progetti finalizzati a contrastare le disuguaglianze di accesso ai servizi. Il Piano sanitario regionale 1999-2001 aveva quindi previsto un Progetto speciale per la tutela della salute degli stranieri immigrati e invitava le Aziende USL ad attuare iniziative volte a facilitare l'accesso ai servizi sanitari, a diffondere informazioni e conoscenze, a formare e sensibilizzare gli operatori sanitari.

Nel territorio dell'Azienda sanitaria di Cesena (15 Comuni con circa 180.000 abitanti), il fenomeno dell'immigrazione era presente con dimensioni in crescita da diversi anni: gli stranieri con regolare permesso di soggiorno sono passati dall'1,2% (circa 2.000 persone) della popolazione residente nel 1997 al 4,2% (circa 8.500 persone) nel 2003. Il numero di immigrati clandestini (stranieri temporaneamente presenti, STP) è impossibile da definire con precisione, sia per la stessa natura della condizione, sia per le variazioni legate alla stagionalità. La quota di STP è stata stimata in passato pari al 25% dei regolari, ma ora potrebbe essere molto meno.

**Obiettivi che si intendevano raggiungere**

*Obiettivo generale*

- Garantire la tutela della salute degli stranieri immigrati non iscrivibili al SSN e di quei soggetti (nomadi, senza casa, ...) che per motivi sociali, culturali ed economici vengono a essere esclusi della possibilità di avere accesso al Servizio sanitario nazionale.

*Obiettivi specifici del progetto*

- Definire per l'Azienda sanitaria di Cesena le modalità di erogazione dei servizi sanitari alle diverse tipologie di immigrati secondo quanto previsto dalla normativa vigente (Legge 40/q998) e informarne la popolazione interessata, gli operatori dei servizi sanitari e degli enti e delle associazioni che si occupano di immigrazione.
- Creare, collaborando con le esperienze più qualificate del volontariato presenti nel territorio, dei percorsi specifici volti a facilitare l'accesso ai servizi sanitari per offrire un servizio di assistenza sanitaria di base e specialistica

ai cittadini stranieri non iscritti al SSN e alle persone che vivono in condizioni di particolare disagio economico, sociale e culturale (indigenti, emarginati, nomadi e immigrati clandestini) e presentano bisogni che necessitano (per tipo di patologia, per le difficoltà di comunicazione, ...) di interventi specifici di assistenza sanitaria.

- Aumentare le conoscenze sulle caratteristiche del fenomeno dell'immigrazione clandestina nel territorio dell'Azienda USL di Cesena, con particolare riguardo agli aspetti di natura sanitaria.

**Analisi  
e documentazione  
delle disuguaglianze**

I bisogni di salute di questa particolare popolazione sono difficili da indagare perché la stessa condizione di illegalità, mobilità e marginalità sociale rende difficoltosa la quantificazione del fenomeno. Sono state quindi utilizzate le seguenti strategie (in particolare i metodi qualitativi) per cercare di descrivere e documentare questo bisogno.

- Analisi della domanda di assistenza sanitaria da parte di persone irregolari, senza fissa dimora e nomadi che pervenivano ai servizi sanitari e ai Centri di prima accoglienza della Caritas.
- Raccolta dei dati sulle richieste di intervento e di informazioni qualitative da parte degli operatori dei Centri di prima accoglienza sulle tipologie di bisogno e le criticità a dare una risposta.
- Valutazione della qualità della risposta a tale bisogno da parte dei Servizi attraverso dati sulla domanda e attraverso interviste a operatori dei servizi e medici di medicina generale.

**Promozione del tema  
nell'agenda politica  
locale**

Una volta documentato il bisogno e la disuguaglianza nell'accesso a un'adeguata assistenza sanitaria, il gruppo di progetto ha preparato una proposta per la Direzione generale dell'Azienda USL che ha invitato il Comune capoluogo ad aderire al progetto.

La risposta delle istituzioni si è concretizzata in una convenzione da parte della AUSL e in un finanziamento da parte del Comune. Nei primi mesi del 2001 il progetto è stato oggetto di una interrogazione al Consiglio regionale da parte di Forza Italia e al Consiglio comunale di Cesena da parte di Alleanza nazionale.

**Coinvolgimento  
di altri soggetti  
interessati**

Oltre alle organizzazioni già coinvolte nel gruppo di progetto, sono state coinvolte le associazioni di immigrati, i mediatori culturali e gli operatori sociali dei comuni, che hanno aiutato a diffondere capillarmente l'informazione.

**Azioni specifiche**

Nel 2000 è stato elaborato, a cura del Gruppo aziendale di progetto, un protocollo che contiene per ogni tipologia di assistito, l'assistenza sanitaria offerta dall'Azienda sanitaria e le modalità per riceverla (documentazione, indirizzi, costi, ...).

Il documento è scaricabile dal sito dell'AUSL di Cesena [www.ausl-cesena.emr.it/Edu\\_Salute/percorso\\_stranieri.htm](http://www.ausl-cesena.emr.it/Edu_Salute/percorso_stranieri.htm) ed è stato presentato, attraverso due iniziative di formazione, agli operatori dall'Azienda USL, dei Centri stranieri, delle associazioni di immigrati, dei comuni.

La stampa locale ha diffuso in più occasioni la notizia di questo servizio e le modalità di accesso.

In collaborazione con l'Azienda USL di Forlì e la Provincia, è stata inoltre elaborata e diffusa anche una *Guida ai servizi* rivolta ai cittadini stranieri, tradotta in più lingue e distribuita presso le associazioni e i punti informativi.

L'assistenza agli stranieri immigrati non iscritti al SSN è stata organizzata attraverso una rete di ambulatori di medici di medicina generale aderenti all'Associazione di volontariato Salem convenzionata con l'AUSL. I medici erogano l'assistenza sanitaria accogliendo gli stranieri nei loro ambulatori, distribuiti nel territorio aziendale.

L'originalità del sistema di erogazione dei servizi sta proprio nel fatto di non prevedere un ambulatorio specifico per la cura degli immigrati irregolari, ma di contrastare la disuguaglianza e favorire la loro integrazione offrendo gli stessi percorsi sanitari del cittadino italiano: medico di famiglia, strutture distrettuali e ospedaliere.

La prescrizione di farmaci e prestazioni specialistiche urgenti ed essenziali, previste dagli accordi con l'Azienda USL, viene fatta sul ricettario contrassegnato da un apposito timbro (assistenza sanitaria erogata ai sensi dell'articolo 33 della Legge 40/1998 - Associazione Salem).

L'accesso alla rete dei medici volontari è avvenuta nelle prime fasi attraverso il filtro (o la mediazione) operata dalle associazioni di volontariato (Caritas, Centro di ascolto, ...) e dai Centri per stranieri. Successivamente, anche grazie a una maggiore diffusione dell'informazione sull'esistenza di questo servizio, l'accesso è avvenuto direttamente o dopo l'iscrizione del STP al competente ufficio aziendale.

Naturalmente, oltre a questi ambulatori le prestazioni vengono erogate anche dagli ambulatori del Dipartimento delle cure primarie e del Dipartimento di sanità pubblica per quanto di loro competenza.

I medici e il personale che erogano assistenza hanno inviato i dati relativi all'attività svolta al Servizio di epidemiologia e comunicazione dell'AUSL; i dati vengono periodicamente diffusi.

Sono stati organizzati due corsi di formazione per gli operatori socio-sanitari finalizzati a migliorare la loro capacità agli approcci interculturali nella tutela della salute. Hanno partecipato circa 100 operatori impegnati in attività di consultorio, assistenza sociale, ambulatorio distrettuale e di sportello.

Nel 2002 è stato definito un protocollo d'intesa tra Associazione Salem e Centro di ascolto Caritas di Cesena per garantire l'accesso a cure odontoiatriche per immigrati irregolari.

A partire dall'anno 2000 è stato predisposto e attivato un sistema di raccolta e analisi dei dati relativi alla domanda di assistenza sanitaria espressa da parte degli immigrati non iscritti al SSN (numero e caratteristiche dei soggetti assistiti, tipo di patologia, prestazioni richieste, ...). Il sistema di raccolta dati era inizialmente di natura cartacea (a parte i ricoveri ospedalieri afferenti al flusso informativo SDO e le prescrizioni farmaceutiche) e solo a partire dal 2003 è stato predisposto un sistema informatico per la registrazione dei dati anagrafici degli STP. Gli altri flussi dei dati (esami, prestazioni specialistiche e prestazioni dei consultori, attività dei medici Salem) sono ancora cartacei.

Annualmente viene prodotto un *report* (scaricabile al sito [www.ausl-cesena.emr.it/DipPrev/epicomnews.htm](http://www.ausl-cesena.emr.it/DipPrev/epicomnews.htm)), che si compone di due parti: la prima è relativa alle caratteristiche delle persone che hanno richiesto la tessera STP e all'attività erogata dai servizi dell'Azienda sanitaria; la seconda riguarda il lavoro svolto dai medici dell'Associazione Salem.

Il sistema di raccolta dati mostra alcune criticità legate alla difficoltà a raccogliere e trasmettere i dati da parte dei medici (poco tempo, trascrizione cartacea, ...) e alla presenza di flussi di raccolta ancora da perfezionare (dati di Pronto soccorso, di esami e visite specialistiche erogati).

## Principali risultati

Gli operatori socio-sanitari e gli utenti hanno mostrato grande soddisfazione per la semplificazione e chiarezza dei percorsi. Il progetto Salem ha infatti definito in modo chiaro i percorsi di assistenza per questa particolare fascia di popolazione ad alto rischio di esclusione e ad elevato bisogno assistenziale.

L'assistenza resa più efficace ed efficiente ha permesso di ridurre o evitare le difficoltà e gli indugi di tipo burocratico-amministrativo, che a volte compromettevano la qualità della risposta al bisogno assistenziale.

La diffusione delle informazioni sui servizi e sulle modalità di accesso ha contribuito inoltre a ridurre gli accessi inappropriati al Pronto soccorso che, prima dell'avvio del progetto, rappresentava il principale punto di raccolta della domanda di assistenza, anche in condizioni di non emergenza.

I dati relativi agli immigrati regolari mostrano un *trend* crescente del numero di soggetti assistiti attraverso il percorso STP fino al 2002, con un numero complessivo di soggetti iscritti pari a 1.000. Si nota una flessione del dato dei nuovi iscritti nel 2003 (263) e nel 2004 (307), come probabile effetto della Legge 189/2002.

Si tratta di soggetti giovani: più del 50% ha infatti un'età compresa tra i 20 e i 34 anni. L'analisi delle aree geografiche di provenienza evidenzia una predominanza dei paesi della Penisola balcanica (42%), cui fanno seguito i paesi dell'ex-URSS (22%) e i paesi africani (19%).

Anche il numero delle visite effettuate dai medici dell'Associazione Salem è progressivamente aumentato, passando da 186 nel 2000 a 485 nel 2002. Le patologie per cui viene richiesta la visita riguardano soprattutto l'apparato osteomuscolare (12% delle visite), quello digerente (10%) e problematiche dermatologiche (9%).

I quadri clinici emersi hanno richiesto nella metà dei casi un trattamento farmacologico. Quando era possibile, i medici hanno provveduto alla distribuzione diretta dei farmaci (campionatura) oppure alla prescrizione nel ricettario regolamentare contrassegnato da un apposito timbro.

Il servizio erogato dalla rete degli ambulatori dei medici volontari Salem ha avuto un costo minimo per l'Azienda sanitaria, legato essenzialmente all'assicurazione obbligatoria per i 30 medici attivi (circa 2.000-2.500 Euro all'anno).

Il progetto, partito alla fine del 1999, ha dato origine a un servizio di assistenza ancora attivo. La valutazione è stata molto buona sia per l'efficacia con la quale risponde al bisogno sia per i bassi costi del servizio.

La modalità di erogazione attraverso gli stessi percorsi previsti per il cittadino italiano (medico di famiglia e non ambulatorio dedicato e separato) ha favorito l'integrazione di queste persone nel nostro Sistema sanitario.

L'intervento si è rivelato inoltre un'importante occasione per confrontare senza imposizioni e senza coercizioni la nostra cultura sanitaria, i nostri metodi e i nostri obiettivi, con quelli di altri Paesi, cercando di capire, cogliere e fare nostro quanto di positivo la conoscenza di altre "verità" può proporci. Questa esperienza può attivare un processo di crescita umana e professionale e accelerare i processi di inclusione in un contesto sociale non sempre disposto alla tolleranza e alla solidarietà.

## 30. Sostegno all'allattamento al seno

Associazione di volontariato Parti con noi  
via Almerici 8 - Bagnarola, Cesenatico (FC)



**Periodo di tempo  
a cui si fa riferimento** Da gennaio 2004 fino a oggi.

**Contesto  
in cui si è svolta  
l'attività**

L'associazione Parti con noi opera nel territorio del comprensorio cesenate per il sostegno alle donne, alle coppie e alle famiglie nel percorso della nascita e della crescita dei figli, con particolare riguardo ai primi anni di vita.

Uno dei punti critici di questo percorso della famiglia, per la mancanza di supporti sia intrafamiliari (famiglie nucleari) sia extrafamiliari (carenza di servizi territoriali) è l'allattamento al seno, pratica fortemente raccomandata e sostenuta dall'OMS.

L'associazione si è quindi impegnata fin dall'inizio nel sostegno delle donne che desiderano allattare il proprio bambino, in quanto si ritiene che il contatto con le mamme e le famiglie in questo momento alquanto delicato (di solito nei primi giorni dopo la dimissione dall'ospedale), al di là del valore in sé della pratica dell'allattamento materno, sia anche una buona occasione per instaurare rapporti di solidarietà e di condivisione, per prevenire l'isolamento e dare una possibilità di espressione a problemi personali e relazionali nell'ottica di una prevenzione dell'aggravamento.

L'ambito dell'azione è quello del sostegno "da mamma a mamma" nelle forme dei gruppi di auto-aiuto e della consulenza personalizzata anche a domicilio, in accordo con il 10° punto del progetto Ospedale amico del bambino dell'OMS-UNICEF che cita testualmente:

*(...) favorire la creazione di gruppi di sostegno alla pratica dell'allattamento al seno in modo che le madri vi si possano rivolgere dopo la dimissione dall'ospedale.*

È già stata completata la formazione di 25 mamme consulenti dell'allattamento al seno con corso OMS-UNICEF di 18 ore, realizzato grazie ai fondi dei servizi sociali dell'AUSL di Cesena e del progetto Sostegno a chi sostiene ..., coordinato dall'ASSIPROV di Cesenatico. Quindici di queste mamme hanno avviato una rete di sostegno dell'allattamento materno da mamma a mamma.

<b>Obiettivi che si intendevano raggiungere</b>	<p><i>Obiettivi generali</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Promuovere e sostenere la pratica dell'allattamento al seno,</li><li>• creare una rete di rapporti di amicizia e solidarietà tra mamme e tra famiglie.</li></ul> <p><i>Obiettivi specifici</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Promuovere la costituzione di gruppi spontanei di auto-aiuto per il sostegno della pratica dell'allattamento al seno, avendo come destinatarie le neomamme del territorio cesenate,</li><li>• creare sul territorio una rete di mamme consulenti per il sostegno della pratica dell'allattamento al seno,</li><li>• mantenere un collegamento costante tra gli operatori sanitari e le consulenti per garantire uniformità nelle consulenze, verificare il lavoro svolto e mantenersi aggiornati sugli argomenti specifici della consulenza.</li></ul>
<b>Analisi e documentazione delle disuguaglianze</b>	<p>Si è fatto riferimento ai rapporti dell'OMS sull'importanza dell'allattamento al seno per la salute di mamme e bambini, e si è venuti incontro ai bisogni concreti manifestati dalle mamme dell'associazione, nonché dalle mamme presenti nel territorio che sono venute in contatto con i servizi offerti dall'associazione Parti con noi.</p>
<b>Promozione del tema nell'agenda politica locale</b>	<p>Abbiamo recapitato una richiesta di pubblicità della nostra iniziativa a tutti i dirigenti dell'Azienda USL di Cesena operanti nell'area materno-infantile.</p>
<b>Coinvolgimento di altri soggetti interessati</b>	<p>Abbiamo usufruito della collaborazione di alcune associazioni di volontariato di Cesenatico per un supporto logistico (sede) in quanto non avevamo una sede operativa; abbiamo elaborato un piano di distribuzione del materiale pubblicitario nei luoghi frequentati da neomamme, con particolare riguardo ai reparti di ostetricia e pediatria dell'ospedale, consultori ginecologici e pediatrici, ginecologi e pediatri di fiducia, attraverso la distribuzione di pieghevoli e locandine di presentazione.</p>
<b>Azioni specifiche</b>	<p>Abbiamo costituito un gruppo di 15 mamme volontarie consulenti per l'allattamento di cui due con funzioni di coordinamento-segreteria, 3 operatrici sanitarie (2 ginecologhe, 1 ostetrica) con funzioni di supervisione tecnica, 2 operatrici del CSB-Trieste per sessioni annuali di aggiornamento e supervisione.</p>

Le mamme consulenti si sono impegnate a distribuire il materiale previa programmazione da parte del gruppo; una rappresentanza si è fatta carico di prendere contatto con la dirigenza sanitaria per le autorizzazioni a esporre e distribuire il materiale in ambiente sanitario.

Due volte alla settimana, per due ore ciascuna, una o due mamme volontarie consulenti dell'allattamento sono disponibili in sede per accogliere le mamme che si presentano per problemi di allattamento o semplicemente per uno scambio di esperienze sulla maternità; a seconda dell'entità dell'affluenza e della modalità della stessa, si prestano consulenze personali o si animano gruppi su tematiche spontaneamente portate dalle utenti. La modalità di accesso è libera (non strutturata) e gratuita; le mamme consulenti sono impegnate a rotazione nella gestione dei gruppi.

Sono attivi due numeri telefonici, uno la mattina (9.30-11.30) e uno il pomeriggio (16.30-18.30) dal lunedì al sabato, a cui risponde una delle mamme volontarie, la quale fornisce un supporto telefonico e, se necessario, si rende disponibile a una consulenza a domicilio, attivando la volontaria più vicina per territorio, che si fa carico del caso fino a risoluzione.

Abbiamo previsto una scheda rilevazione consulenze e del materiale di informazione sull'allattamento da distribuire alle utenti; abbiamo acquistato due telefoni cellulari e ricariche telefoniche.

Il gruppo delle mamme consulenti, insieme a tre operatori sanitari con funzioni di consulenti tecnici, coordinato da due mamme, si riunisce una volta al mese per discutere i problemi organizzativi, fare supervisione sui casi clinici, decidere gli indirizzi della rete di sostegno; gli operatori sanitari sono altresì disponibili a dare il loro parere *in itinere* ogni volta che sia ritenuto necessario da una delle consulenti, anche per decidere l'invio alle strutture sanitarie competenti. È inoltre previsto un incontro all'anno di aggiornamento con le insegnanti del corso.

La valutazione del progetto è stata fatta dal gruppo delle consulenti con i supervisor sanitari, mediante l'utilizzo delle schede di rilevazione delle prestazioni effettuate. La scheda è stata compilata per ogni caso che si è presentato, sia consulenza telefonica, a domicilio o in sede. Alla fine dell'anno sono stati raccolti i dati di tutte le schede che verranno pubblicati a uso del gruppo e di quanti vorranno esserne a conoscenza.

**Principali risultati**

- Raccolta dati sull'utenza che si è rivolta al nostro servizio.
- Richiesta di collaborazione da parte dell'Azienda USL di Cesena (sono ancora in corso le trattative).
- Creazione di una piccola rete di contatti fra mamme del territorio cesenate.
- Sensibilizzazione dell'opinione pubblica sulle tematiche relative all'allattamento con conseguente diffusione di una cultura sanitaria e alimentare dei neonati il più corretta possibile.
- Richiesta di riprodurre l'iniziativa in altre realtà locali.

## 31. Abbattere le barriere della disuguaglianza con lo sport

ASD - Associazione sportiva disabili  
piazzale Pancrazi 1/a - 48018 Faenza RA  
tel. 0546 620100 - [asdfa@libero.it](mailto:asdfa@libero.it)



**Autore/referente** L'iniziativa è stata progettata e realizzata dall'ASD di Faenza affiliata al CIP (Comitato italiano paralimpico) di Roma e al CONI.

L'associazione lavora nel territorio di Faenza e nel suo comprensorio dal 1988, anno della sua fondazione, e proprio in questa sua attività ha maturato la consapevolezza che i giovani non abili, per essere sereni, hanno bisogno di poter trovare sul territorio delle opportunità per un impiego sereno del proprio tempo libero. I responsabili del progetto sono i componenti del Consiglio direttivo così composto:

Ferdinando Alpi  
presidente ASD  
via Chiarini 95 - Faenza

Ilaria Casadio  
tecnico responsabile dell'iniziativa  
via Manzuta 3 - Faenza.

L'attività psicologica è stata seguita da:  
Dott. Damiano Mingozi

Referente dell'iniziativa:  
Maria Bianchi Bartolo  
via Ferrari 10 - Faenza

**Periodo di tempo a cui si fa riferimento** L'iniziativa si è svolta dal gennaio 2002 al dicembre 2004 con la sospensione del mese di agosto di ogni anno.

Nonostante tutte le associazioni sportive sospendano le attività nel periodo estivo, l'ASD - pur modificando gli orari e le iniziative - ha ritenuto opportuno continuare le proprie attività nei mesi di giugno e luglio quando i giovani hanno maggiore tempo libero e minore opportunità per occuparlo. Pertanto quello che per i giovani normodotati è un felice periodo di vacanza, ricco di esperienze socializzanti, per i non abili potrebbe diventare un periodo di solitudine e di chiusura, pertanto momento di regressione.

<b>Contesto in cui si è svolta l'attività</b>	<p>Palestra, piscina, campo sportivo, maneggio, centro di tiro a segno sono le strutture nelle quali si svolgono le attività.</p> <p>La scelta di utilizzare le strutture pubbliche a cui accedono in genere i giovani normodotati ha avuto lo scopo di:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• permettere ai giovani non abili di frequentare gli stessi ambienti dei giovani normodotati e quindi di poter avere opportunità per fare nuove esperienze sociali;</li><li>• favorire l'acquisizione dell'autonomia all'interno di questi ambienti, in modo da poterli poi frequentare in autonomia senza sentirsi inadeguati.</li></ul> <p>L'iniziativa si è sviluppata in orario pomeridiano offrendo la possibilità di riempire il tempo libero. In orario scolastico, sono state utilizzate la palestra della scuola e la piscina con lo scopo di favorire la partecipazione alle attività sportive assieme ai propri compagni.</p>
<b>Obiettivi che si intendevano raggiungere</b>	<p>Offrire ai giovani una maggiore autonomia e l'opportunità di scegliere un'attività sportiva a loro più congeniale, occasione di socializzare e impegnare in maniera più serena la disponibilità del proprio tempo libero.</p>
<b>Analisi e documentazione delle disuguaglianze</b>	<p>L'iniziativa promossa dall'ASD Faenza ha avuto lo scopo fondamentale di contrastare la disuguaglianza sociale dei giovani non abili che di fatto impedisce agli stessi di poter vivere serenamente la propria gioventù e crea a loro e alle loro famiglia un considerevole disagio psicologico.</p> <p>Le disuguaglianze sociali a cui l'ASD con la propria iniziativa ha cercato di porre rimedio sono le seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• mentre per i giovani normodotati la società propone numerose alternative per l'impiego del tempo libero, ciò non avviene per i giovani disabili che pertanto, dopo la scuola o l'attività dei centri non hanno altra alternativa che chiudersi in famiglia. La cosa si aggrava nel periodo di chiusura delle scuole e dei centri. Certo molti di questi giovani potrebbero utilizzare, per divertirsi, le strutture che sono state studiate per i normodotati, ma spesso sono ostacolati in questo dal timore che tali strutture siano state studiate in maniera e in modo inadeguato;</li><li>• la gioventù dei non abili viene quindi privata di quelle esperienze di vita e di quelle opportunità di rapporti interpersonali che danno valore alla vita di tutti i giovani. Ne deriva spesso un disagio psicologico che aggrava la disabilità, in quanto toglie la volontà di lottare e superare le difficoltà.</li></ul>

Anche nella scuola, nonostante i numerosi interventi di integrazione, la disuguaglianza appare evidenziata, soprattutto quando i giovani non abili vengono di fatto esclusi da alcune attività come le lezioni di educazione fisica, che dovrebbero invece costituire uno dei momenti più socializzanti.

Considerati quindi questi disagi l'ASD ha organizzato un'iniziativa di attività motoria, con una larga possibilità di scelta, in modo che ognuno possa trovare il proprio spazio tenendo conto dei benefici che essa può procurare in situazione di disagio.

**Promozione del tema nell'agenda politica locale**

Durante i diciassette anni di attività dell'Associazione a favore dei non abili lo psicologo, i tecnici e i dirigenti hanno sempre avuto contatto con le famiglie in modo da poter realizzare un programma più consono all'utente.

**Coinvolgimento di altri soggetti interessati**

Ha aderito all'iniziativa il Comune di Faenza mediante l'Assessorato dei servizi sociali che ha stipulato con l'ASD una convenzione per l'intervento nella scuola e nella piscina per favorire la partecipazione dei giovani alle lezioni comuni.

È stato coinvolto nell'iniziativa il movimento *scout* faentino.

Un contributo per lo svolgimento del programma è stato elargito dalla Fondazione Banca del Monte di Faenza, dalle Lioness e dal Credito cooperativo Ravennate e Imolese.

**Azioni specifiche**

Per realizzare gli obiettivi preposti sono state organizzate diverse attività soprattutto a livello amatoriale per permettere ai giovani di avere una prima conoscenza delle diverse discipline e potere quindi scegliere quella a loro più adatta:

- corsi di nuoto amatoriali e agonistici,
- corsi di atletica,
- corsi di approccio con il cavallo,
- tiro a segno,
- organizzazione di campionati regionali di nuoto e di atletica, gare di tiro a segno a livello nazionale.

Durante il periodo estivo allo scopo di favorire l'accesso in piscina dei disabili, nella giornata del mercoledì due tecnici di nuoto dell'Associazione hanno lo scopo di fare da mediatori con l'ambiente e dare ai giovani una maggiore sicurezza.

In orario scolastico, i tecnici dell'ASD con brevetto FISS hanno affiancato docenti di educazione fisica della scuola dell'obbligo, che ne hanno fatto richiesta, allo scopo di permettere ai giovani con problemi di svolgere attività sportiva insieme ai propri compagni in modo da sentirsi uguali.

### **Principali risultati**

Gli obiettivi proposti sono stati raggiunti; e in particolare:

- tutti i giovani hanno raggiunto una maggiore autonomia, sia nello svolgimento dell'esercizio fisico, sia nell'utilizzo degli spazi sportivi pubblici, non solo quelli normalmente frequentati, ma anche quelli a cui accedono per la prima volta. Questo risultato è dimostrato dal comportamento di tutti i ragazzi durante le manifestazioni sportive che si svolgono a Faenza e anche in altre città dove l'Associazione partecipa a gare;
- Un miglioramento della salute psicofisica, un risveglio dell'interesse e una maggiore capacità di collaborare e socializzare;
- una maggiore capacità di controllare la propria emotività;
- una notevole diminuzione del senso di inadeguatezza e di disuguaglianza.

Per tutti possono valere i casi di:

- x e y con disagi di autismo: presentavano un'assoluta assenza di interessi, ma dopo un periodo di attività in piscina e in palestra dimostrano apertamente interesse e piacere di partecipare all'attività con notevole miglioramento del loro benessere fisico e mentale;
- z, giovane che in seguito a un grave incidente stradale è rimasto gravemente menomato in carrozzella, si è quindi chiuso in casa e per un lungo periodo ha rifiutato qualsiasi attività, non accettando la sua disabilità. Si è avvicinato all'Associazione e ha frequentato l'attività di tiro a segno ritrovando un miglioramento generale dalla convinzione della propria abilità, che ha determinato anche un netto miglioramento del suo convivere sociale. Dal lato sportivo ha raggiunto risultati a livello nazionale e internazionale.

Nella scuola, nelle classi che hanno aderito all'iniziativa, la disabilità non è stata più considerata - né dai docenti, né dai compagni - un ostacolo a partecipare attivamente alle lezioni.

## 32. Etnopsichiatria

Centro servizi per il volontariato, Ravenna

Associazione di volontariato Armonia 2000, Ravenna

Azienda USL di Ravenna

Dipartimento di salute mentale - Servizio psichiatrico

<b>Autore/referente</b>	Paolo Danesi Direttore Centro servizi per il volontariato via Oriani 44 - Ravenna  Dott.ssa Chiara Ionio Dirigente medico Azienda USL di Ravenna, Dipartimento di salute mentale via Sant'Agata 24 - Ravenna
<b>Periodo di tempo a cui si fa riferimento</b>	Le premesse della progettazione sono state approntate nella primavera 2003; la riprogettazione è stata elaborata nell'estate-autunno 2004.
<b>Contesto in cui si è svolta l'attività</b>	<p>Nella provincia di Ravenna gli immigrati provenienti da Paesi non comunitari sono ormai più di 20.000, quasi il 5 % della popolazione; i ragazzi iscritti nelle scuole sono 2.161: il 6,03% degli alunni nell'anno scolastico 2003-2004.</p> <p>Da incontri svolti durante l'estate 2003 dal Centro servizi per il volontariato con alcuni testimoni privilegiati al fine di abbozzare un contesto progettuale entro il quale inserire precedenti esperienze empiriche vissute da varie associazioni, è emerso che il fenomeno del disagio psichiatrico fra gli immigrati non comunitari è più esteso di quanto non appaia a prima vista: spesso la sofferenza mentale viene infatti nascosta, non viene raccontata, al massimo si presenta fuggevolmente al Pronto soccorso. In alcuni casi si chiede l'intervento di un <i>marabout</i> che utilizza le proprie tecniche della medicina tradizionale o, più semplicemente, ci si affida alla preghiera religiosa.</p> <p>Di rilevante interesse sono stati alcuni colloqui con un particolare <i>marabout</i> senegalese. Come altri <i>marabut</i>, anch'egli visita regolarmente le comunità senegalesi emigrate in Europa espletando un servizio di assistenza religiosa, ma è in grado di offrire anche un servizio di assistenza psicologica.</p> <p>Quello che in definitiva emerge da quegli incontri e dalle testimonianze di diversi volontari è che le disuguaglianze culturali e sociali producono in molti immigrati non comunitari</p>

malessere psicologico, emarginazione, solitudine; e diventano paradossalmente anche il principale impedimento per attivare interventi di sostegno.

La sofferenza e la confusione sembrano autoalimentarsi: per molti la comunità dei connazionali, dei compaesani, diventa l'unico rifugio, l'unica oasi in cui ricreare la propria trama identitaria, condividendo lingua, riti religiosi, progetti migratori.

Ma in quel momento, per le persone più vulnerabili, la disuguaglianza civica rispetto ai cittadini e ai servizi autoctoni appare insuperabile; le non-sintonie diventano evidente incomunicabilità; l'accesso ai servizi risulta molto problematico.

Da diverse testimonianze pare inoltre emergere, come in altre parti dell'Europa, il particolare malessere dei giovani stranieri: se nei loro genitori la fonte del malessere risale allo strappo prodotto dall'espatrio e alla differenza economico-culturale subita in Italia, loro - colmate alcune differenze - ne scoprono nuove altrettanto dolorose: hanno smarrito l'identità originaria senza raggiungere pienamente quella italiana, e si trovano spesso a vivere conflitti violenti verso i genitori e verso i coetanei italiani.

E dunque, se la convivenza registra un'apprezzabile qualità, forse non altrettanto si può dire per l'integrazione: come se le varie comunità, straniere e autoctona, vivessero vite parallele, fianco a fianco, ma senza parlarsi o frequentarsi più di tanto.

È sembrato, a conclusione di quelle riflessioni, che fossero giunti a maturazione i tempi per porre formalmente all'attenzione delle autorità sanitarie locali il tema del malessere psicologico dei cittadini stranieri immigrati, e in particolare degli adolescenti.

**Obiettivi che si intendevano raggiungere**

Il Servizio psichiatrico di Ravenna, da tempo sensibile e motivato ad affrontare il tema dell'assistenza a persone straniere, discute ed elabora insieme al Centro servizi per il volontariato un progetto per porre le basi di un intervento più appropriato e strutturato che avvii, fra l'altro, una riflessione sulle proprie procedure di accoglienza nei confronti dei cittadini stranieri.

Quindi, l'obiettivo più specifico è formare sia personale del DSM che volontari di varie associazioni in modo che il loro approccio con persone straniere in difficoltà psicologica sia più interlocutorio, più informato, meno standardizzato: che faciliti in sostanza le procedure di accoglienza, dato che risultano poco ricettive.

**Analisi  
e documentazione  
delle disuguaglianze**

Posto il problema, il Servizio psichiatrico di Ravenna, in accordo con il DSM, avvia un meticoloso riesame di tutti i dati relativi ai ricoveri ospedalieri di cittadini stranieri negli ultimi 5 anni, dal 1999 al 2003. Il lavoro dura alcuni mesi; vi vengono coinvolti diversi operatori e la conclusione è che in molti casi l'approccio è stato sbrigativo: nel Pronto soccorso o in alcuni reparti particolarmente frequentati, tipo ortopedia, sono molti gli stranieri che non si ripresentano per gli approfondimenti richiesti.

Da un supplemento di analisi interna al DSM risulta che i ricoveri psichiatrici sono stati soltanto 60. Ma anche in questo caso le prime visite sono molte di più: in realtà spesso vengono viste nell'ambulatorio psichiatrico persone che soffrono di disturbi del comportamento, che non hanno il ricovero come esito e si interrompono alla prima visita. Non ritornano.

Per quanto empirica, questa constatazione è anche la migliore analisi di come la differenza di cultura, i diversi codici linguistici che definiscono la malattia, i protocolli diagnostico-terapeutici utilizzati in Italia, impediscano la necessaria sintonia, la comprensione minima per facilitare un rapporto di fiducia reciproca; non facilitano l'accesso ai servizi e non consentono interventi più prolungati ed efficaci.

Su un altro versante sono moltissimi i volontari che già hanno larga consuetudine con immigrati non comunitari particolarmente vulnerabili: li incontrano nei Centri di ascolto, al Banco alimentare, nei doposcuola, nei dormitori, ecc. In generale la loro relazione di aiuto risulta apprezzata, ma anch'essi incontrano forti difficoltà e non sanno organizzare risposte efficaci di fronte a comportamenti ritenuti devianti, se non patologici, come alcuni casi di violenza familiare giustificati da dettami religiosi.

Non va infine sottaciuta la disuguaglianza economica e civica. Molti degli stranieri più vulnerabili sotto l'aspetto psicologico sono infatti costretti a vivere in modi molto precari: senza documenti, senza un lavoro che dia loro dignità e certezza, senza un'abitazione civile; senza diritti e con la paura di subire interventi espulsivi proprio avvicinandosi a quei servizi che dovrebbero curarli.

**Promozione del tema  
nell'agenda politica  
locale**

La riflessione è stata concretamente avviata dalla dott.ssa Ionio durante il convegno *Sanità pubblica e migranti* organizzato dall'Azienda USL di Ravenna in collaborazione con i principali Enti locali della provincia di Ravenna nel giugno 2004.

Questa è stata d'altra parte anche la più efficace occasione per porre il tema all'attenzione delle autorità politiche dell'intera provincia di Ravenna. La dott.ssa Ionio vi ribadisce:

*è certo che il disagio mentale è molto più diffuso di ciò che dicono i numeri, anche se si sta constatando ultimamente un discreto incremento di prime visite, soprattutto a carico di persone provenienti dalla ex Jugoslavia e dall'Europa dell'Est. Costoro, possedendo una cultura sanitaria più simile alla nostra, sanno dell'esistenza dei servizi e quindi più facilmente vi accedono. È anche relativamente più semplice proporre e fare accettare modalità di cura basate sul nostro modello. Spesso il bisogno e la sofferenza mentale non giungono fino a noi per una condizione di emarginazione culturale e sociale. Semplicemente le persone, soprattutto coloro che provengono dall'Africa, non arrivano a noi perché altri sono i riferimenti per l'individuazione del tipo di malessere e quindi per le cure. Allora più facilmente ci giungono soggetti che presentano gravi disturbi del comportamento, per esempio le situazioni legate all'abuso di alcolici e altre sostanze.*

**Coinvolgimento di altri  
soggetti interessati**

Essendo il percorso formativo rivolto a sole 60 persone, sono stati coinvolti i soggetti già direttamente interessati. Oltre ai Servizi psichiatrici distrettuali, sono stati contattati i Servizi ASL di medicina del territorio, il Consorzio dei servizi sociali, la Casa delle culture, il RISEA, il SerT.

Per il volontariato hanno partecipato o mostrato interesse le Associazioni Armonia 2000 di Ravenna, San Giuseppe e Santa Rita di Castelbolognese, Francesco Bandini e Centro assistenza alla vita di Faenza. Le ultime due Associazioni operano regolarmente in favore di donne straniere.

Infine, per arricchire la discussione e il contenuto formativo, sono intervenuti uno psicologo - dott. Fulvio Zanella - da tempo impegnato a qualificare la mediazione interculturale nelle scuole elementari e medie di Ravenna; un *griot* senegalese - Ndiaye Mandiate - attore di Ravenna Teatro; e uno scrittore algerino - Tahar Lamri.

### **Azioni specifiche**

Il percorso formativo, svolto nelle giornate del 15 aprile e 16 maggio 2004, aveva l'obiettivo di dare ai partecipanti informazioni e sensazioni che facilitassero l'approccio terapeutico degli operatori psichiatrici, e migliorassero la relazione di aiuto dei volontari. Si è registrata la presenza, senza defezioni, di 50 operatori del DSM e 10 volontari.

Al dott. Salvatore Inglese, uno degli psichiatri italiani più impegnati nell'affrontare la patologia psichiatrica dei migranti, è stato chiesto di intervenire nel progetto come formatore e consulente. Lui stesso ha poi proposto che insieme a lui completasse il ciclo formativo un suo collega di Parigi, il dott. Abdelhafid Chlyeh, psicologo e antropologo e anch'egli collaboratore del Centre Devereux.

L'esito è stato giudicato molto soddisfacente dalla dott.ssa Chiara Ionio, dirigente medico del DSM che ha progettato e diretto l'iniziativa con il CSV.

È emerso con particolare rilievo il ruolo del mediatore culturale: di quale profilo professionale debba essere dotato in ambito psichiatrico, e di quale funzione possa svolgere sia nell'accesso ai servizi che nel vero e proprio *iter* terapeutico per rendere compatibili e leggibili, reciprocamente attraenti, abiti mentali ancora vicendevolmente diffidenti. Secondo i suggerimenti dei relatori principali, il profilo ideale del mediatore vede come prima caratteristica la conoscenza delle pratiche mediche tradizionali e la sensibilità ad approfondirne i dettagli e le possibili interrelazioni con la psicologia europea.

### **Principali risultati**

Questo primo progetto ha sicuramente prodotto una consapevolezza più netta fra gli operatori del DSM circa l'urgenza di ridiscutere cultura e procedure di accoglienza dei cittadini stranieri non comunitari che si presentano al Servizio. Più concretamente il Servizio psichiatrico di Ravenna ha aggiornato la scheda gnoseologica dei cittadini stranieri ricoverati o ascoltati negli ultimi due anni, implementandola con informazioni relative alla famiglia e alla comunità di appartenenza.

Sul versante del volontariato, i risultati sono stati:

- sostegno a un'iniziativa promossa da alcuni volontari marocchini in collaborazione con l'Associazione Agimi di Ravenna durante il mese del *ramadan* in favore degli adolescenti magrebini completamente soli, che al tramonto non avevano la possibilità di cenare in famiglia, senza soldi, e spesso vittime dell'abuso di alcool e di altre sostanze. Per quattro sere ogni settimana è stata offerta una cena marocchina: ne hanno beneficiato 10 persone per sera;

- avvio del progetto Maghreb: seconda generazione promosso dall'Associazione Agimi di Ravenna con la collaborazione del SerT di Ravenna, l'adesione del Comune di Ravenna, e il cofinanziamento del progetto Città Sicura della Regione Emilia-Romagna, rivolto ad adolescenti magrebini a rischio di abuso di alcool e di sostanze stupefacenti;
- il giornale multietnico di Ravenna *CittàMeticcias* ha dedicato un ampio servizio alle patologie tipiche dei migranti;
- riprogettazione del progetto Etnopsichiatria a Faenza e Lugo. Il nuovo progetto, promosso insieme all'Associazione Faenza Multietnica (presieduta da un medico tanziano) e alla Consulta del volontariato di Faenza e approvato nel dicembre 2004 dal Consiglio del CSV, prevede una ricerca sugli adolescenti stranieri di Faenza e Lugo, condotta da una psicologa tanziana, al fine di rilevarne eventuali disagi psico-sociali; e un percorso formativo per volontari e operatori pubblici e del Terzo settore sulla scia di quello svolto a Ravenna nel 2004.

### **33. Il diritto alla salute e alla sicurezza. Formazione, informazione e diritti dei lavoratori stranieri**

Azienda USL di Ravenna  
Dipartimento di sanità pubblica

**Autore/referente** Dott.ssa Cosetta Ricci, responsabile Educazione alla salute DSP  
Dott. Marco Broccoli, SPSAL  
Dott.ssa Anna Padovani, SVET  
via Vittorio Veneto 8 - Bagnacavallo (RA)  
[lu.igienepubblica@ausl.ra.it](mailto:lu.igienepubblica@ausl.ra.it)

**Periodo di tempo  
a cui si fa riferimento** 2002-2004

**Contesto  
in cui si è svolta  
l'attività**

Il DSP ha posto attenzione dal 2001 al fenomeno immigratorio e ai suoi risvolti per la sanità pubblica, intraprendendo azioni mirate alla facilitazione per i cittadini stranieri dell'accesso alle prestazioni sanitarie e all'informazione per la promozione della salute. Fondamentale è stata l'esperienza di formazione di mediatori culturali per l'ambito sanitario (2001-2002), in cui il DSP si è assunto una funzione di coordinamento e raccordo delle esigenze manifestate nei servizi e reparti dell'AUSL; ne è conseguita l'organizzazione di un servizio di mediazione socio-sanitaria per tutti i servizi AUSL operante dal marzo 2003, di cui si continua a monitorare la gestione.

Questa esperienza ci ha abituato a coinvolgere i cittadini stranieri nelle azioni riguardanti i loro diritti, in quanto portatori di conoscenze e di capacità di intervento efficace, cui va garantita attenzione, riconoscimento, valorizzazione.

Riportando questo assunto nell'ambito di intervento privilegiato dei servizi di prevenzione, nel 2002 si è iniziato l'approccio al problema della sicurezza del lavoro dei lavoratori immigrati.

L'esperienza migratoria è soprattutto un'esperienza di lavoro; il lavoro è il primo ambito di integrazione dell'immigrato, nel quale il rischio è proprio la non-integrazione, cioè la discriminazione, il mancato riconoscimento dei diritti, la mancata valorizzazione delle capacità, e per quanto più strettamente ci compete, la mancata formazione all'igiene e alla sicurezza.

*Dati di contesto:*

- Popolazione straniera residente in provincia di Ravenna a fine 2002 pari al 2,5% del totale; a fine 2003 (*post* regolarizzazione) pari al 4,6 % del totale (16.500). Stima dei non regolari: 10%.
- Ambiti prevalenti di occupazione: agricoltura, servizi alla persona; industria meccanica, alimentare, chimica; settore alberghiero/ristorazione. Grande incidenza del lavoro stagionale.
- Caratteristiche della popolazione immigrata: multietnicità; giovane età (età media 29,5 anni), maggiori tassi di fecondità e natalità rispetto alla popolazione autoctona; componente femminile molto rappresentata ma con grandi differenze nella nazionalità e nell'occupazione.

**Obiettivi che si intendevano raggiungere**

Il Piano sanitario nazionale 2000-2004 indicava, fra gli altri, come obiettivo prioritario rispetto alla salute degli stranieri

*ridurre gli infortuni sul lavoro fra i lavoratori stranieri, attraverso gli interventi previsti per i lavoratori italiani.*

Abbiamo declinato questo obiettivo in termini di:

- sensibilizzazione dei datori di lavoro al riconoscimento del problema della formazione alla sicurezza;
- costruzione di modello di intervento formativo-informativo sulla sicurezza e igiene del lavoro capace di superare gli ostacoli linguistico-culturali e di promuovere il ruolo degli stessi lavoratori stranieri per la comunicazione del rischio, la collaborazione e la partecipazione dei lavoratori;
- realizzazione di un'esperienza formativa e sua valutazione.

**Analisi e documentazione delle disuguaglianze**

La concentrazione degli stranieri nei settori a maggiore prevalenza di operazioni manuali e di somministrazione di rischi è di per sé spia di disuguaglianza. Il dato è presente sia a livello nazionale che locale, benché le statistiche correnti (INPS, INAIL) siano lacunose. Altre fonti informative utilizzate sono i rapporti Caritas annuali e i rapporti sull'immigrazione di fonte sindacale (in particolare le pubblicazioni dell'IRES-CGIL).

Gli infortuni documentati a livello locale indicano una percentuale crescente di cittadini extracomunitari, non proporzionale al numero di presenze di stranieri (provincia di Ravenna, anno 2000, dati INAIL: percentuale di eventi infortunistici in stranieri: 30,77% metallurgia, 15,6% sanitario e sociale, 14,6% edilizia, 13,77% chimica, 12,50% lavoratori rocce, 12,44% lavoratori vetro, 11% impianti, 10% elettricità, 10% falegnameria, 7,14% mattatoi/macelli).

All'interno del Dipartimento emergeva in particolare l'esperienza dei veterinari che, nella loro funzione di vigilanza permanente all'interno degli stabilimenti, osservavano il progressivo incremento di manodopera straniera, le difficoltà di comunicazione con essa, gli infortuni nel loro determinarsi.

Ci siamo focalizzati sulla disuguaglianza emersa nell'opportunità formativa e informativa per la sicurezza e igiene del lavoro, a fronte delle ben conosciute difficoltà di comunicazione linguistiche ed extralinguistiche con i lavoratori stranieri.

Sia l'esame della situazione locale, tramite la conoscenza delle aziende, sia la revisione della letteratura disponibile, mostravano la quasi totale assenza di iniziative formative sulla sicurezza del lavoro destinate specificamente agli immigrati e anche la rarità e frammentarietà di contributi teorici che analizzassero le difficoltà specifiche per fare formazione alla sicurezza in contesti di immigrazione multietnica.

L'impegno occorso per rendere consapevoli le aziende della gravità di questa disuguaglianza, stante l'importanza di una formazione e formazione efficace per la sicurezza, ha testimoniato un diffuso pregiudizio (sottovalutazione delle esigenze del lavoratore immigrato).

**Promozione del tema  
nell'agenda politica  
locale**

Il tema è stato portato nell'agenda politica locale attraverso i Piani per la salute, individuando un gruppo 'immigrazione' all'interno della tematica sulla sicurezza del lavoro. Agricoltura e industrie collegate ed edilizia sono stati individuati come settori prioritari di intervento e si è riconosciuta l'importanza della formazione, risultata ovunque assente, accanto al miglioramento delle condizioni materiali.

Il gruppo di lavoro del DSP ha individuato il settore della macellazione-lavorazione carni per sperimentare un progetto formativo, in considerazione di:

- esistenza in provincia di diverse importanti aziende del settore con alto numero di lavoratori stranieri;
- elevata incidentalità in tale settore, specialmente su operazioni manuali.

All'introduzione nei Piani per la salute è seguita l'approvazione da parte della Conferenza sociale e sanitaria.

**Coinvolgimento  
di altri soggetti  
interessati**

Il progetto si è giovato dell'apporto di:

- mediatori culturali (problematiche legate all'esperienza migratoria);
- patronato (difficoltà di gestione dei casi di infortunio di lavoratori stranieri);
- sindacati di categoria (tematiche generali: orari, turni, rapporti, ...).

Si è poi andati a un tavolo con le aziende produttive del settore carni caratterizzate da un numero di operai stranieri pari al 30-50% della forza lavoro.

Il modello formativo proposto è stato accettato da tre rilevanti aziende del settore.

Il progetto ridefinito con il concorso dei soggetti indicati è stato presentato all'INAIL nel giugno 2002, ottenendo l'assegnazione di contributi per gli artt. 21 e 22 del DLgs 626/1994.

Comuni e Provincia hanno patrocinato l'iniziativa.

**Azioni specifiche**

- Creazione di un modello di intervento per la formazione alla sicurezza del lavoro in contesti di immigrazione multi-etnica.
- Intervento formativo (marzo 2003-maggio 2004) e informativo su sicurezza e igiene del lavoro per 190 lavoratori stranieri.

Il progetto si è basato su una riflessione collettiva sui lavoratori immigrati, qui riassunta.

Vi sono fattori negativi per la sicurezza legati al mercato del lavoro:

- regolarità/irregolarità della presenza;
- permesso di soggiorno legato al lavoro;
- mercato del lavoro con basse esigenze;
- selezione dei lavori più usuranti per gli stranieri;
- svalutazione delle caratteristiche personali del lavoratore;
- mancata formazione professionale coerente;
- possibile riduzione dei livelli di sicurezza in presenza di manodopera non informata.

Vi sono fattori negativi per l'acquisizione di comportamenti sicuri legati alla condizione di migrante:

- progetto migratorio (immigrazione vissuta come periodo transitorio);
- precarietà del rapporto di lavoro;
- carenze di mezzi di trasporto;
- sottovalutazione dei problemi di salute;

- accettazione di qualsiasi lavoro pur di guadagnare/mandare i soldi a casa;
- carente cultura della prevenzione nel paese di origine;
- acquisizione di comportamenti negativi in esperienze di lavoro irregolare;
- diffidenza e sfiducia legata a vissuti di discriminazione;
- ostacolo linguistico e conseguente carenza informativa generale;
- *shock* culturale per l'allontanamento dai propri punti di riferimento;
- svalorizzazione del proprio patrimonio di conoscenze e del proprio titolo di studio.

Bisogna valutare che il processo di acculturazione troppo rapido che il migrante sperimenta genera stress e resistenza agli ulteriori cambiamenti che la formazione comporta. Occorre far comprendere che si lavora per i suoi diritti e la sua salute, e applicare con rigore i concetti base della formazione degli adulti. Cardine del progetto è l'affermazione della necessità di formare mediatori per la sicurezza all'interno delle aziende:

- creare figure di facilitatori per la sicurezza, scelti fra i lavoratori stranieri occupati nell'azienda, in grado di svolgere una funzione di interfaccia reale e attiva con gli altri lavoratori per il superamento degli ostacoli linguistico-culturali, di valorizzare l'esperienza del lavoratore migrante, di indurre un meccanismo di identificazione positiva, e di promuoverne il ruolo per un cambiamento attivo e partecipato.

Si è affermata la necessità e il vantaggio di integrare i temi della sicurezza e igiene della lavorazione per il lavoratore e per il prodotto (duplice importanza del vestiario di lavoro, rischio biologico, igiene del lavoratore e del luogo di produzione di alimenti come fonte di sicurezza). Ciò consente:

- semplificazione delle sessioni;
- stimolo alla sintesi dei concetti di diritto e dovere;
- stimolo alla partecipazione a un sistema di valori condiviso contribuendo all'integrazione del lavoratore nella società di accoglienza.

I facilitatori per la sicurezza sono stati formati con un corso di 45 ore, destinato a 7 lavoratori delle 3 aziende partecipanti, realizzato con il supporto di mediatori culturali. Argomenti del corso:

- salute e malattia nei diversi contesti culturali;
- prevenzione del rischio infortunistico e di malattia professionale nel quadro della 626;

- igiene nella produzione alimentare;
- principi di comunicazione;
- co-progettazione del corso ai lavoratori.

Modalità dei corsi ai lavoratori:

- spazio alla socializzazione: piccoli gruppi, etnia omogenea, presentazione dei percorsi migratori;
- attenzione al linguaggio: sintesi, chiarezza, concretezza, semplicità;
- utilizzo prevalente delle immagini: proiezione di fotografie e filmati con didascalie sintetiche;
- aderenza a situazioni di lavoro concrete: materiali (fotografie e filmati) originali e specifici per ogni azienda e ogni situazione lavorativa;
- ruolo in aula del facilitatore: stimolo al dialogo, traduzione, interpretazione, mediazione dei conflitti, valorizzazione dell'esperienza dei lavoratori.

Il percorso formativo si è articolato in due giornate per complessive 8 ore. Erano compresenti in aula: il facilitatore, docenti dell'AUSL, docenti dell'azienda produttiva.

I contenuti della formazione sono stati inseriti nell'opuscolo *Lavoro sicuro, prodotto sano* che consta di 143 immagini con brevi didascalie in 6 lingue. Sono state inserite immagini miste delle 3 aziende partecipanti, risultandone un prodotto che, se perde in specificità, è valido per stabilimenti di macellazione e lavorazione di carni suina, bovina e avicola.

### **Principali risultati**

È stata colmata la disuguaglianza formativo-informativa nelle aziende interessate dal progetto per 190 lavoratori stranieri con un modello formativo riproducibile che promuove il ruolo del lavoratore straniero.

#### *Elementi di valutazione dell'efficacia del progetto*

- I lavoratori hanno partecipato attivamente, non sottacendo le problematiche.
- I facilitatori sono stati essenziali per ricondurre il dialogo sul piano della formazione e non della polemica e favorire il passaggio da un clima iniziale di diffidenza e rivendicazione a uno di rispetto e partecipazione.
- Le aziende hanno rivalutato le qualità personali dei lavoratori.
- I formatori aziendali hanno progressivamente modificato lo stile comunicativo.

L'iniziativa ha:

- conseguito l'apprendimento di motivazioni e comportamenti, una maggiore integrazione e disponibilità al dialogo;
- fatto emergere zone di pericolo legate a prassi di comunicazione inefficace;
- portato a individuare soluzioni che si è riusciti a vedere realizzate.

È stato riconosciuto ai facilitatori un ruolo stabile per la comunicazione in azienda.

Al convegno di presentazione dell'esperienza *Il lavoro nel confronto fra le culture*, le aziende hanno testimoniato il loro coinvolgimento e soddisfazione e i facilitatori sono stati protagonisti dell'evento.

I sindacati di categoria hanno riconosciuto il miglioramento delle relazioni all'interno delle aziende, pur in un contesto denso di questioni aperte.

L'opuscolo è stato valutato dai facilitatori con interviste ai compagni di lavoro; fra i punti deboli è stata segnalata la zona grigia dei cottimisti e la necessità di estendere il corso ai lavoratori italiani (rovesciamento della posizione iniziale).

Il risultato più eclatante, parzialmente inatteso, è stata la riduzione degli infortuni nelle aziende interessate, particolarmente in una di esse (dati CLAI, presentati al convegno).

Il valore di modello della proposta formativa è testimoniato dalla sua riproduzione nel comparto edile. La Scuola edili ha fatto proprio il modello formativo implementando un analogo percorso; l'esperienza è stata avviata a fine 2004 con la selezione di 7 lavoratori stranieri per il corso per facilitatori programmata per marzo 2005.

## 34. Umanamente

Cooperativa sociale Educare Insieme  
sede legale via Cavatorta 8 - Cotignola (RA)  
sede amministrativa via Galilei 2 - Faenza (RA)

**Autore/referente** Dott.ssa Maria Adele Tellarini

**Periodo di tempo  
a cui si fa riferimento** febbraio 2003 - oggi

**Contesto  
in cui si è svolta  
l'attività** In base alle stime ottenute dall'indagine sulla salute (CENSIS) e il ricorso ai servizi sanitari, emerge che in Italia le persone con disabilità sono 2.700.000, pari al 5% circa della popolazione.  
In Emilia-Romagna le persone affette da disabilità sono circa 200.000, circa il 5% della popolazione

### *Forze di lavoro*

- Il tasso di occupazione delle persone con disabilità è pari al 19,3%, mentre per le persone senza disabilità si aggira intorno al 55,8% (ISTAT, 2002).
- Il tasso di disoccupazione delle persone con disabilità è del 9,9% contro l'8,7% delle persone senza disabilità (ISTAT, 2002).

### *Collocamento obbligatorio*

- Circa il 40-45% delle persone che fruiscono della legge sulle assunzioni obbligatorie è occupato. I livelli sono più alti al nord e decrescono passando al centro e poi al sud (Ministero del lavoro, 1996-2000).

Come si può vedere dai dati, la disabilità in Italia è ancora un forte ostacolo all'accesso nel mondo del lavoro.

Nel distretto di Faenza tra i disabili, sono circa 1.000 le persone che si rivolgono almeno una volta all'anno al Dipartimento di salute mentale. Di questi, circa un 40% è in età lavorativa e in un qualche modo riscontra problemi legati al lavoro. Solo 60 circa sono le borse lavoro attivate dal Simap.

Il dato drammatico è che negli ultimi anni si sono moltiplicati i casi di interventi su minori e si è abbassata notevolmente l'età media di accesso.

I dati sopraccitati sono probabilmente falsati verso il basso dal senso di vergogna che chi soffre di disturbi psichici e psichiatrici prova nei confronti della propria malattia, e inoltre dalla difficoltà psicologica – appunto - di affrontare il problema. Si pensa che i numeri possano raddoppiare se si tiene conto di quanto detto e di coloro che si rivolgono a cure private.

I dati dell'inserimento lavorativo sono critici: in Italia i dati restituiti nel corso del monitoraggio Isfol 2002 dichiarano, per le 66 province che ne hanno fornito le cifre, meno di 100.000 posti a disposizione a fronte degli oltre 500.000 iscritti alle liste. Nel territorio faentino e nell'intera provincia di Ravenna, al momento non ci sono posti disponibili all'interno del collocamento obbligatorio e comunque si rileva una difficoltà sostanziale degli imprenditori ad assolvere i propri doveri di legge in materia di assunzioni obbligatorie.

Si crede che la maggior parte dei disturbi per le persone in età lavorativa sia aggravata da una situazione lavorativa critica. (fonte dati SIMAP Faenza)

La risposta da parte dei Servizi a questa situazione è indebolita da una scarsa presenza di cooperative di tipo B che operano nel settore del disagio psichico e psichiatrico offrendo servizi per lo più di carattere assistenziale.

**Obiettivi che si intendevano raggiungere**

In particolare le finalità che il presente progetto intende perseguire sono:

- il miglioramento dello stato di salute e l'integrazione sociale delle persone accolte;
- la promozione della cultura dell'integrazione come fattore strutturale della vita sociale;
- il miglioramento della situazione socio-occupazionale delle persone disabili;
- il supporto alle famiglie degli utenti coinvolti al fine di favorire la loro permanenza presso il nucleo familiare;
- la prevenzione di rischi di emarginazione o istituzionalizzazione dei soggetti disabili con conseguente significativo vantaggio socio-economico per il territorio.

**Analisi e documentazione delle disuguaglianze**

I destinatari del progetto sono tutti seguiti o dal Servizio di salute mentale di Faenza e Lugo o dai Servizi sociali di Faenza e Lugo. Sono quindi presi in carico da un'assistente sociale e da un medico che li seguono da anni nel loro percorso di salute e inserimento sociale.

Alcuni di loro sono inoltre inseriti nelle discussioni dei Nuclei di valutazione del territorio di appartenenza.

È da segnalare che l'80% circa di loro sono disabili e quindi hanno percorso l'*iter* di quantificazione della disabilità attraverso l'analisi funzionale e le visite mediche dovute.

Un altro dato che conferma lo stato di emarginazione sociale è il fatto che molti di loro erano già inseriti all'interno di centri diurni del territorio, per far sì che potessero trovare un luogo accogliente che altrimenti non avrebbero. Per 7 di loro è stato valutato che neanche l'ambiente familiare favoriva un buono stato di salute, e quindi sono stati allontanati totalmente o parzialmente dalla famiglia.

Tutti i destinatari del progetto erano disoccupati e hanno avuto alle spalle numerosi abbandoni del lavoro.

#### *Destinatari*

I destinatari sono 21 persone in situazione di svantaggio per condizioni di disagio/disabilità psichico e/o psichiatrico e conseguente emarginazione sociale individuati dal Servizio di salute mentale di Faenza e Lugo in collaborazione con i Servizi sociali associati di Faenza. La loro provenienza geografica è legata ai comuni di Faenza, Brisighella, Casola Valsenio, Castelbolognese, Riolo Terme e Solarolo, Massalombarda, Lugo.

Sono in parte certificati e quindi iscritti alle liste di collocamento obbligatorio, altri sono in fase di diagnosi funzionale e alcuni non si sentono malati, quindi non vogliono sottoporsi alla certificazione.

La gravità dei casi è, di norma, alta e presenta due caratteristiche complementari evidenti:

- esclusione sociale,
- malattia mentale.

Esse sono complementari in quanto l'una non si può dire sia causa dell'altra ma si rafforzano a vicenda.

Tra questi utenti attualmente in carico ci sono casi di fuga dal proprio paese natale con conseguente isolamento sociale; casi di emarginazione con fallimento nel mondo lavorativo; fallimenti nel settore lavorativo degli studi perseguiti; emarginazione dal proprio gruppo di origine; allontanamento familiare.

Sintomi e diagnosi comprendono depressioni gravi, bassa autostima, psicosi, allucinazioni, fobie, disfunzioni organiche, autismo, disturbi della personalità, disturbi alimentari, schizofrenia, alcoolismo.

Ognuno dei soggetti attualmente in carico ha almeno un grave insuccesso lavorativo alle spalle: ad esempio due persone laureate e tre che hanno frequentato corsi di laurea poi interrotti, non hanno mai lavorato nel campo per cui hanno

studiato, riducendosi a fare facchinaggio; altri hanno interrotto il lavoro in seguito a un ricovero in ospedale psichiatrico o a una forte depressione.

Il 90% ha avuto almeno un ricovero in ospedale psichiatrico. Il 70% più di uno.

Le difficoltà evidenti in tutti sono la tenuta al lavoro nel tempo (puntualmente ogni lavoro iniziato si è concluso poco tempo dopo in seguito a un abbandono o a un licenziamento), la difficoltà di instaurare rapporti stabili e sani, l'impossibilità di progettare una vita autonoma, normalmente inserita nella società locale, la mancanza di rapporti familiari sani.

**Promozione del tema nell'agenda politica locale**

Il progetto è stato attivato grazie al contributo del fondo sociale europeo, tramite la Regione Emilia-Romagna e il CFP Faenza Formazione (Associato AECA), con il finanziamento dei progetti regionali Praxis e Lavorabili rivolti all'inserimento lavorativo di disabili.

Il coinvolgimento dei Servizi di salute mentale e sociali del Comune di Lugo e Faenza, ha interessato in maniera diretta sia i rispettivi assessorati che il Sindaco delle rispettive città, in quanto in seguito al periodo di formazione sono state attivate, per alcuni, le borse lavoro.

La buona riuscita del progetto sta in questo periodo aprendo, con le rispettive amministrazioni, la possibilità di prolungare il progetto e di espanderlo ad altre fasce di età e di problematiche.

Nel periodo 2004-2005 il progetto Umanamente è stato presentato, discusso e accolto nei Piani di zona dei Distretti di Faenza e Lugo.

**Coinvolgimento di altri soggetti interessati**

La Cooperativa sociale Educare Insieme collabora da anni con una fitta rete di soggetti che ne hanno permesso il consolidamento nel territorio delle provincie di Ravenna e Ferrara.

In campo formativo è iniziata da 3 anni la collaborazione con Faenza Formazione (associata AECA) che ha permesso la formazione delle persone accolte.

Le persone inserite in questo percorso sono state individuate grazie all'attiva collaborazione del Dipartimento di salute mentale dell'AUSL di Faenza e Lugo e con loro è stata fatta un'*équipe* di lavoro formata da assistenti sociali, educatori, docenti, un neuropsichiatra, per monitorare periodicamente l'andamento dei singoli progetti pensati per ogni persona accolta.

La collaborazione con l'Associazione San Giuseppe e Santa Rita e il CSV di Ravenna ha permesso di avviare 3 progetti sui volontari dell'Associazione che hanno collaborato intensamente alla realizzazione del progetto Umanamente tramite docenze e tutoraggio durante i corsi, organizzazione di momenti ricreativi e partecipazione - insieme agli operatori - ai laboratori occupazionali.

I volontari sono infatti un'importante componente sia dell'Associazione che della Cooperativa e danno valore aggiunto a ogni azione intrapresa. In tutto sono presenti 60 volontari che operano stabilmente, e 50 saltuariamente.

Fondamentale per diversi progetti è la collaborazione con numerose aziende che offrono un sostegno nel settore gestionale e nel settore commerciale: Itaca Libri, Poliflor, Baldi Vivai, Falegnameria 2000, Tipografia MF, Coop. Soc. CEFF. Il loro contributo è stato di fondamentale importanza per la buona riuscita dei progetti di formazione.

All'interno di queste aziende le persone formate hanno potuto svolgere il tirocinio formativo al termine del quale per alcune è seguita l'assunzione anche tramite il SIIL di Faenza.

In questi progetti è stato quindi possibile sperimentare una rete di azione formata da ente di formazione, servizi, cooperative sociali, aziende, SIIL, che hanno seguito tutto l'iter di formazione delle persone coinvolte, in quanto sul territorio non ci sono enti che si occupino in modo specifico dell'accoglienza di persone con disagio psichico-psichiatrico, ponendo il lavoro alla base del percorso di assistenza, riabilitazione e accoglienza.

### **Azioni specifiche**

La Cooperativa sociale Educare Insieme che sostiene da anni l'accoglienza residenziale e diurna per minori e adolescenti, da febbraio del 2003 fino ad oggi ha dato inizio all'attività di accoglienza rivolta a giovani e adulti con disagio psichico-psichiatrico e emarginazione sociale.

In collaborazione con l'ente di formazione Faenza Formazione e con il Servizio di salute mentale del Distretto di Faenza e Lugo si è dato avvio a corsi di formazione per avvicinare al lavoro i pazienti segnalati dal Servizio, favorendo così, nel tempo, il miglioramento del loro stato di salute tramite l'accoglienza in un ambiente lavorativo pensato per loro. Successivamente, è stato favorito il loro inserimento lavorativo in aziende o imprese di privati e in laboratori protetti per le persone più gravi.

Con questi ragazzi è stato svolto un percorso sia teorico che pratico; le proposte lavorative sono giardinaggio, falegnameria - restauro e produzione di bomboniere e oggetti da regalo.

Per l'attività dei laboratori sono stati utilizzati i locali del Centro diurno Il Fienile, struttura collocata nell'area della Casa di accoglienza San Giuseppe - Santa Rita, in via Biancanigo 1630 a Castelbolognese.

Grazie alla varietà delle fasi di lavoro di ogni singolo oggetto creato, ogni persona trova il proprio posto all'interno dei diversi laboratori sentendosi protagonista della creazione dell'oggetto che viene poi venduto e quindi apprezzato da altri.

Il lavoro infatti implica di per sé una serie di caratteristiche estremamente utili: si apprende ogni mansione ascoltando chi è già in grado di farla, osservandolo, imitandone i movimenti; bisogna ripeterla esattamente come è stato spiegato, nei tempi che la consegna impone, ogni volta con un pezzo diverso che si vede trasformarsi in qualcosa di utile.

Con la stessa concretezza si possono verificare dimensioni cognitive altrimenti sfuggenti, come la disponibilità ad apprendere, o la flessibilità di adattamento.

È attraverso la relazione personale che si costruiscono le condizioni che favoriscono ogni passaggio significativo. Sentendosi accolto, stimolato ma non pressato, soprattutto invitato a un'azione insieme piuttosto che sollecitato in prima battuta a far da sé, ciascuno manifesta ciò che può e spesso si rende disponibile non tanto a cambiare stabilmente, quanto a coinvolgersi in ciò che in una relazione gli si chiede.

Attraverso un continuo lavoro sulle relazioni che gli operatori conducono, innanzitutto offrendo essi stessi una relazione calda e complementare, ciascuno riscopre così nel Centro un luogo significativo affettivamente, tanto da esserne rinfrancato e sostenuto nel cammino che viene proposto. Questo permette una ripresa della stima di sé, che è la base per il riaccendersi di tutte le attività di cura personale e sociale di una persona.

Al termine del primo corso di formazione, alcuni utenti sono stati inseriti nel mondo del lavoro (6 su 12); per altri invece, per la gravità della patologia e per l'instabilità emotiva, non è stato possibile. Da maggio 2004 per gli utenti per cui non è stato possibile pensare un inserimento lavorativo è stato avviato un ulteriore percorso progettuale personalizzato all'interno dei laboratori già attivati, in modo da condurre ognuno sempre più verso una stabilità tale da permettere un buono stato di salute e una vita sociale autonoma.

Di fondamentale importanza è stata la creazione di un'*équipe* di lavoro formata da assistenti sociali, educatori, docenti, neuropsichiatra, per monitorare periodicamente l'andamento

dei singoli progetti pensati per ogni persona accolta, in stretto collegamento con gli psichiatri di ogni persona accolta, i quali continuano ancora oggi il rapporto dopo il distacco dal Centro.

Durante tutta la durata del progetto sono stati organizzati momenti conviviali per rafforzare i rapporti stabiliti tra le persone accolte, gli operatori e i volontari, creando così una relazione che va oltre il rapporto professionale e coinvolge tutti gli aspetti della vita di una persona.

### **Principali risultati**

Il progetto partito 2 anni fa ha avuto buoni risultati. Il primo corso ha avuto un successo inaspettato: su 11 persone, 6 hanno un contratto di lavoro, 2 sono in borsa lavoro, 2 hanno fatto un altro corso, una si è ritirata. Di questi, una persona ha sospeso la terapia farmacologica, altri 5 l'hanno più che dimezzata. Fino ad oggi solo due persone hanno avuto bisogno di un ricovero in ospedale psichiatrico.

Visto il successo, il corso è stato ripetuto l'autunno successivo con 10 persone che hanno una patologia psichiatrica più grave. Al termine di questo corso, infatti, si è deciso di non fare uno *stage* in azienda, ma semplicemente si è tentato di dare una forma più stabile ai laboratori che già avevano frequentato durante la parte teorica del corso. Questi ragazzi hanno infatti bisogno di più tempo per una riabilitazione sufficiente a fare in modo che raggiungano uno stato di salute che permetta loro di essere collocati all'interno di un ambiente lavorativo. Il corso è terminato a giugno e due persone sono state inserite in aziende. Anche per tutte queste persone si sono avuti effetti positivi sullo stato di salute e sull'integrazione sociale.

Abbiamo potuto sperimentare che per alcune persone problematiche l'essere accettati per quello che si è, poter instaurare rapporti autentici e costanti, ha costituito un'occasione socializzante e riabilitativa con una ricaduta positiva sulla loro vita e sul loro quotidiano. A nostro avviso, questo è stato possibile non solo per le relazioni di vicinanza e condivisione fra le persone, ma anche per il carattere di spontaneità e autenticità dei rapporti che hanno favorito il dilatarsi dell'esperienza al di fuori dei laboratori coinvolgendo altre realtà all'interno di una rete di solidarietà. In collaborazione con il Centro di solidarietà di Lugo vengono proposte gite, feste, cene, che costituiscono occasione di nuovi incontri e soprattutto consentono di vivere una quotidianità normale attraverso rapporti non istituzionali operatore-utente.

È il caso per esempio di una ragazza depressa che ha iniziato a frequentare i laboratori qualche anno fa. Con il tempo i responsabili dei laboratori hanno imparato a valorizzare le sue doti artistiche. È stato allora creato un nuovo laboratorio di produzione di quadri composti con la tecnica dei fiori pressati e interamente gestito da questa ragazza che, ripresa stima di sé, ha instaurato rapporti di amicizia importanti con alcuni volontari e si è da poco laureata.

In questo percorso si sta aprendo la possibilità per alcune persone accolte di iniziare un lavoro all'interno di una nascente cooperativa di tipo B.

Dall'esperienza dei laboratori sta nascendo infatti una cooperativa di tipo B dove alcune di queste persone potranno trovare un posto di lavoro.

## 35. Centro Ascolto Donna e Famiglia Immigrata

Associazione Etnos, Rimini

<b>Autore/referente</b>	Valeria Guagnelli viale Vespucci 29 - Rimini tel. 0541 367523 - <a href="mailto:etnorimini@libero.it">etnorimini@libero.it</a>
<b>Periodo di tempo a cui si fa riferimento</b>	2002-2004. Le azioni specifiche realizzate sottodescritte si riferiscono strettamente al periodo 2002-2004, nonostante si sia considerato opportuno descrivere la genesi del servizio che attualmente si espleta.
<b>Contesto in cui si è svolta l'attività</b>	<p>L'iniziativa Centro Ascolto Donna e Famiglia Immigrata ha la sua genesi qualche anno fa, quando un gruppo di donne immigrate ha preso coscienza della difficoltà di accedere a informazioni utili per costruire il proprio percorso migratorio.</p> <p>L'offerta di servizi era caratterizzata da sportelli informativi e di orientamento che, sebbene in apparenza fossero rivolti a tutti gli immigrati senza differenza di genere, in realtà fornivano prestazioni che non consideravano alcune caratteristiche specifiche dell'immigrazione al femminile: mancavano operatori donne capaci di ascolto attivo nei confronti di altre donne e con una conoscenza specifica di problematiche al femminile. I servizi operativi fino ad allora sembravano rivolgersi a un'utenza maschile o piuttosto "asessuata" e non tenevano in considerazione alcuni elementi distintivi delle donne; in alcuni casi infatti, sia per motivi etico-religiosi che culturali, le donne non si sarebbero mai presentate a uno sportello con operatori uomini per chiedere ad esempio informazioni inerenti controlli ginecologici, interruzioni di gravidanza o per denunciare una situazione di violenza familiare.</p> <p>Questo perché nel riminese alle sue origini (fine anni '80) l'immigrazione è stata prettamente maschile, situazione che si è protratta fino alla metà degli anni '90. Da qui in poi la situazione è cambiata sia in seguito ai ricongiungimenti familiari sia per l'arrivo di donne sole provenienti dall'Est Europa e dall'America latina. Costoro precedevano nei progetti migratori le proprie famiglie perché più facilitate nell'inserimento lavorativo, come badanti, cameriere o colf.</p>

L'analisi della realtà demografica ha messo in evidenza che nonostante fosse cambiato il quadro di riferimento, non vi è stata una riorganizzazione dei servizi per dare una risposta alla popolazione femminile immigrata, ormai sempre più presente.

Il desiderio di colmare questa grave lacuna ha pertanto motivato un gruppo di donne immigrate, nell'ambito del volontariato, a creare uno spazio di ascolto e orientamento nonché di aggregazione e socializzazione (anni 1999-2000).

**Obiettivi che si intendevano raggiungere**

L'obiettivo principale è stato quello di mettere a disposizione delle donne immigrate presenti sul territorio riminese strumenti che rendessero possibile un inserimento reale nella comunità con interventi sul piano sociale e culturale utilizzando come risorsa operatori interculturali. Il Centro Ascolto Donna e Famiglia Immigrata si è proposto come punto di riferimento per le problematiche caratteristiche dell'immigrazione al femminile, siano queste legate a un percorso singolo o a un nucleo familiare.

Lo sportello offre ascolto, orientamento, consulenza e progettazione di percorsi *ad personam* mirati a promuovere l'indipendenza nella fruizione dei servizi e a un'integrazione socioculturale dei cittadini immigrati, e inoltre persegue alcuni obiettivi specifici:

- accoglienza, presentazione del servizio, diffusione di informazioni di interesse generale, quali luoghi di aggregazione, corsi di lingua, corsi di formazione professionale, ecc.;
- raccolta dei bisogni, prima analisi dei medesimi;
- consulenza di sportello: progettazione dei percorsi individuali di sostegno;
- SOS sanità: è un servizio che viene prestato tramite accompagnamento nei casi in cui l'utente non sia autosufficiente per completare il percorso autonomamente
- raccolta materiali prima necessità: servizio di raccolta di generi di prima necessità per utenti in condizioni economiche precarie che hanno bisogno immediato, in particolare donne in gravidanza, ragazze madri e bambini;
- fornire informazioni su iscrizione agli asili, sui centri di attività ludiche, incontri nelle scuole, di concerto con le istituzioni, per gli inserimenti problematici;
- fornire informazioni per una più completa possibile conoscenza dei meccanismi di accesso ai servizi del territorio.

**Analisi  
e documentazione  
delle disuguaglianze**

Le disuguaglianze sono state identificate *in primis* con i racconti dell'utenza nei colloqui e poi verificati presso altri uffici pubblici dove alcuni funzionari si sono ostinati a interpretare la normativa esistente in una chiave penalizzante per la popolazione femminile esistente. Non si è trattato nello specifico di normativa che nei testi ignorava la condizione della donna (principio garantito dalla costituzione) ma la consuetudine applicazione ripetuta come gesto quotidiano non ha consentito agli operatori di vedere l'essenza giuridica rispettosa del principio di uguaglianza tra i sessi.

Sono state documentate tramite le schede utenti e relazioni ufficiali all'Assessorato promozione sociale di Rimini.

**Promozione del tema  
nell'agenda politica  
locale**

La consistente affluenza di donne immigrate allo spazio costituitosi grazie al volontariato ha fatto sì che il Centro per le famiglie del Comune di Rimini proponesse al gruppo la possibilità di offrire lo stesso servizio presso lo stesso Centro in maniera più articolata, includendolo così nell'agenda politica del territorio riminese.

Per il primo anno è stato erogato un contributo all'attività da parte del Comune e della Provincia di Rimini; dall'anno 2003 fino ad ora sono state sottoscritte convenzioni tra l'associazione e il Comune di Rimini, divenendo questo spazio un servizio vero e proprio dell'ente pubblico.

**Coinvolgimento  
di altri soggetti  
interessati**

I primi soggetti coinvolti sono state associazioni di nazionalità:

- Associazioni argentini residenti a Rimini (AARR),
- Associazione amici (cinesi),
- Associazione Italia-Nicaragua,
- Associazione Esodo.

Sono stati coinvolti operatori del servizio civile a partire dall'anno 2003; sono permanentemente coinvolte assistenti sociali dell'Azienda AUSL di Rimini, in particolare il Consultorio familiare laddove si verificano dei bisogni legati alla salute non solo in situazioni di emergenza ma anche di prevenzione.

Sono coinvolti insegnanti delle scuole del territorio, in particolare per seguire i percorsi dei bambini immigrati, oppure durante il periodo dell'iscrizione alla scuola per l'infanzia.

**Azioni specifiche**

**Principali risultati**

Essendo il *modus operandi* del servizio la progettazione di percorsi-persona, non possiamo parlare di risultati ottenuti in generale, bensì di risultati specifici ottenuti per azioni specifiche. Come esempio vengono riportati quattro casi particolarmente significativi che confermano il sostegno durante l'intero *iter* fino all'autonomia dell'utente.

- Un'utente marocchina, con regolare permesso di soggiorno, si è rivolta al centro accompagnata dalla nipote, la quale ci ha riferito che il marito non voleva darle la residenza, prevaricando i suoi diritti. Il lavoro del centro è stato *in primis* quello di intervenire dal punto di vista giuridico e legale. È poi stato spiegato ai vigili e all'Ufficio anagrafe che la signora viveva lì contrariamente alle affermazioni del marito che approfittava del fatto che la moglie non conoscesse la lingua italiana per sostenere che non abitava nello stesso stabile. In secondo luogo è stato chiarito alla signora che la normativa italiana prevede l'uguaglianza di diritti tra uomo e donna e che nessuno si può arrogare la facoltà di concedere o negare una residenza.

Il ruolo della mediatrice culturale è stato importantissimo nel sostenere la decisione dell'utente a portare avanti la scelta fatta, nonostante la violenza psicologica che il compagno esercitava su di lei e le minacce di una reazione violenta. Si è lavorato sul concetto di autostima e di identità, aiutandola a ridefinire il ruolo di donna all'interno della coppia in un contesto culturale e legislativo differente da quello di provenienza, superando in maniera positiva il conflitto derivante da alcuni aspetti della cultura di origine.

*Servizi coinvolti del Comune di Rimini:* Centro Ascolto Donna e Famiglia Immigrata, Vigili urbani del territorio, Ufficio anagrafe, Servizio tutela giuridica per lavoratori/trici immigrati (Legalforum).

- Si è rivolta al centro una ragazza-madre di 19 anni di origine colombiana, la cui figlia è nata bicefala. Entrambe erano prive di permesso di soggiorno e alloggiavano presso la madre dell'utente (nonna della bambina), la quale invece era munita di permesso di soggiorno. La richiesta è stata a 360 gradi: come ottenere accesso alle prestazioni mediche di cui ha bisogno la bambina, inserimento nella scuola materna, permesso di soggiorno per entrambe, contenimento emotivo e sostegno psicologico per affrontare l'*iter* burocratico nella sua complessità.

Il primo passo è stato contattare un neuropsichiatra dell'Azienda USL di Rimini per seguire la bambina e programmare interventi e terapie.

Il Centro poi ha interceduto presso la Questura di Rimini per due motivi: da una parte il rilascio del permesso di soggiorno per motivi di salute della bambina, per il quale è stata modificata e velocizzata in via eccezionale la procedura prevista dalla normativa; dall'altra il rilascio del permesso di soggiorno alla madre per motivi di famiglia, che poteva così assistere la figlia. La Questura, infatti, prima dell'intervento del Centro, applicava rigidamente la legge in vigore ignorando il diritto all'unione familiare e il diritto del fanciullo riconosciuti dalla Convenzione di New York del 1910.

Va sottolineato che il Centro Ascolto ha rappresentato un punto di riferimento costante; la ragazza è stata seguita per espletare le formalità inerenti l'iscrizione alla scuola materna della bambina, ed è stata motivata a seguire un corso di formazione professionale per un inserimento nel mondo del lavoro. È stato inoltre implementato l'ascolto attivo da parte delle mediatrici per le problematiche presentate di volta in volta dall'utente, decodificando l'aspetto emotivo da quello riguardante dati oggettivi utili per tracciare un progetto condiviso.

*Servizi coinvolti:* Centro Ascolto Donna e Famiglia Immigrata del Comune di Rimini, Questura, Ambulatorio Extracee, Reparto di neuropsichiatria dell'Ospedale Infermi di Rimini, Consolato italiano a Bogotà.

- Una signora di nazionalità peruviana ha contattato una delle operatrici per raccontare un'esperienza vissuta chiedendo aiuto. Ha riferito di avere domandato a una connazionale di aiutarla a trovare lavoro, la quale le ha dato appuntamento alla stazione. La signora è stata poi condotta nella casa dove pensava di trovare un anziano di cui prendersi cura, invece, dopo avere assunto a sua insaputa sostanze stupefacenti in una bibita, è stata violentata da un uomo. Il Centro ha seguito l'espletamento delle questioni legali, ovvero la denuncia, l'accompagnamento dai legali che hanno seguito la causa e soprattutto il sostegno psicologico a opera di psicoterapeuti che offrono la loro opera per tutelare la salute degli immigrati.

La signora inoltre era affetta da insufficienza renale e necessitava di tre sedute di dialisi alla settimana, ma non aveva mezzi economici. La condizione di estrema precarietà dell'utente ha fatto sì che il Centro si sia attivato per trovare diverse soluzioni a problemi urgenti. È stata trovata una sistemazione abitativa assieme a un'anziana che aveva bisogno di compagnia, una mediatrice culturale ha messo

a disposizione il proprio mezzo per accompagnarla alla dialisi, le è stato trovato un lavoro di 2 ore al giorno e quando lo stato di salute non le ha consentito più di lavorare, le sono stati forniti dagli operatori generi di prima necessità. È stata assistita inoltre per l'ottenimento del permesso di soggiorno avvalendosi dell'ultima sanatoria (189/2002 Bossi Fini) e ha ottenuto una pensione di invalidità.

*Servizi coinvolti:* Centro Ascolto Donna e Famiglia Immigrata del Comune di Rimini, Reparto di nefrologia dell'Ospedale Infermi di Rimini.

- Una signora marocchina convivente con un italiano si è recata allo sportello per chiedere informazioni generali sul lavoro e sul soggiorno. Durante il colloquio è emersa una situazione di violenza domestica, confermata anche da evidenti segni fisici; la consulente ha cercato di approfondire la problematica, facendo capire all'utente che - data la gravità della situazione - ciò costituiva la priorità sulla quale intervenire, mettendo in secondo piano altre esigenze manifestate nel colloquio. Maturata la decisione di interrompere la relazione, è stato tracciato un progetto che prevedeva una serie di visite mediche per curare aspetti relativi alla salute, è stata trovata una sistemazione provvisoria presso la Caritas ed è stata attivata una ricerca del lavoro che preveda vitto e alloggio, al di fuori della città di Rimini.

La situazione è monitorata continuamente per evitare che la signora ceda dinanzi alle pressioni dell'ex convivente e persegua gli obiettivi che si è prefissata, rispettosi della sua dignità e integrità psicofisica.

## 36. VAPS - Volontari Assistenza Pronto Soccorso

Associazione Arcobaleno di volontariato socio-assistenziale, Riccione  
Presidente Dott. Musendele Kwaba A. Alimasi Claude

<b>Autore/referente</b>	Marina Gambetti medico dirigente del Pronto soccorso di Riccione c/o Ospedale Ceccarini Riccione via Fratelli Cervi - Riccione  Manuela Farina coordinatrice responsabile del progetto e volontaria Associazione Arcobaleno via Lazio 10 - 47838 Riccione
<b>Periodo di tempo a cui si fa riferimento</b>	Il progetto ha avuto inizio nel 1999 e continua tutt'oggi con un sempre maggiore coinvolgimento. Si sta anche cercando di estendere l'iniziativa; presto infatti i VAPS non saranno presenti solo nel Pronto soccorso, ma anche nelle corsie dell'ospedale.
<b>Contesto in cui si è svolta l'attività</b>	UUOO Pronto soccorso e medicina d'urgenza dell'Ospedale Ceccarini di Riccione.
<b>Obiettivi che si intendevano raggiungere</b>	Lo scopo dei volontari è: <ul style="list-style-type: none"><li>• opera come informatori delle peculiarità del PS, codici colore, tempi di attesa e priorità di accesso;</li><li>• accoglienza, diffusione di informazioni di interesse generale, raccolta suggerimenti e problematiche degli utenti, riduzione dei disagi percepiti; supporto psicologico nell'ascolto dei pazienti e dei loro congiunti;</li><li>• sostegno e <i>trait d'union</i> tra sanitari e utenti;</li><li>• appoggio al personale sanitario in servizio, supporto di tipo psicologico nella gestione dei pazienti aggressivi.</li><li>• Su indicazione dell'operatore del <i>triage</i>, spiegare e indirizzare ai servizi alternativi sul territorio meglio corrispondenti alle necessità dell'utente (es. medico di continuità assistenziale, servizi sociali, consultorio).</li></ul>

**Analisi  
e documentazione  
delle disuguaglianze**

Le disuguaglianze sono state analizzate attraverso una serie di interviste, segnalazioni, impressioni, lamentele, raccolte tra operatori e utenti, italiani e stranieri, nel periodo dal 2000 al 2002.

All'analisi le risultanze erano svariate ma il dato comune è stato una sensazione di abbandono percepita dalla maggioranza degli utenti e dei loro familiari, in quanto i percorsi interni di un Pronto soccorso non sono molto conosciuti.

Il pieno appoggio e sostegno dato dal dott. Nicola Rinaldi e dalla dott.ssa M. Gambetti, e la grande collaborazione fornita dal dott. R. Giannei, hanno permesso la presenza di una volontaria - Manuela Farina - e la raccolta delle richieste degli utenti per circa 12 mesi; dopo questo periodo si è provato a fare una sperimentazione con la presenza di alcuni volontari per i mesi estivi, rilevando il bisogno di una formazione specifica in modo da poter creare maggiore collaborazione con tutto il personale per migliorare l'efficacia degli interventi e non creare disturbo.

L'azione dei volontari è stata maggiormente improntata a una disponibilità all'ascolto delle problematiche di ordine non sanitario; spesso gli utenti e i loro congiunti arrivano in PS per un evento improvviso e spesso non conoscono le regole e la prassi propria di un *triage*, e considerano i loro problemi più importanti di tutti gli altri; ma con le spiegazioni necessarie spesso si riesce a migliorare il clima di attesa.

Altra funzione propria dei VAPS è la vicinanza e il sostegno che viene offerto ai congiunti dei codici più gravi, supportando l'opera degli operatori.

**Promozione del tema  
nell'agenda politica  
locale**

Il progetto è stato sostenuto in primo luogo dai servizi sociali del Comune che come incentivo per l'iniziativa ha stanziato un contributo di 1.000 Euro per l'acquisto dei camici.

Sono state fatte diverse pubblicazioni sul giornalino del Comune per promuovere il corso di formazione e la stessa presenza del servizio in atto.

Lo stesso Sindaco ha consegnato gli attestati del corso di formazione a tutte le donne volontarie, mentre l'Assessore ai servizi sociali - Marina Cevoli - li ha consegnati agli uomini.

È stata inoltre organizzata una festa di beneficenza, sempre con il pieno appoggio del Comune, che ha provveduto a rendere disponibile gratuitamente il locale Teatro del Mare, e ha contribuito al successo dell'iniziativa.

**Coinvolgimento  
di altri soggetti  
interessati**

L'Azienda USL di Rimini:

- dott. Tiziano Carradori, Direttore generale,
- dott. Romeo Giannei, Direttore sanitario dell'ospedale Ceccarini di Riccione,
- dott. Nicola Rinaldi, primario di medicina d'urgenza e Pronto soccorso di Riccione,
- dott.ssa Antonella Chiadini, responsabile URP,
- tutti gli operatori, medici, infermieri, OTA del Pronto soccorso che hanno collaborato con noi per realizzare questo progetto, dall'indagine conoscitiva iniziale al tirocinio dei volontari, e all'operatività attuale.

Abbiamo avuto anche il sostegno operativo di altre associazioni locali tra cui:

- TDL di Riccione, presidente Luciana Cecconi,
- ARCA, presidente Valeria Bernardi Casadei,
- alcuni membri della Croce Rossa Italiana di Riccione e Marciano.

Sono stati coinvolti attraverso varie azioni di informazione pubblica da parte dell'Associazione Arcobaleno e la pubblicazione di articoli sulla stampa. È da sottolineare che alcune iscrizioni sono arrivate attraverso l'esperienza diretta di alcuni parenti di ricoverati che sono capitati al Pronto soccorso e - incuriositi dalla presenza dei volontari - sono interessati e hanno chiesto di farne parte loro stessi. Altre iscrizioni sono arrivate in seguito ad articoli pubblicati da un giornalista dopo aver trascorso un certo numero di ore nel Pronto soccorso di Riccione: ha apprezzato l'opera svolta dai sanitari e dai VAPS e ha pensato fosse giusto rendere partecipe la popolazione.

**Azioni specifiche**

*Formazione e preparazione dei volontari*

Per preparare adeguatamente i volontari è stato elaborato un corso di formazione della durata di 40-45 ore suddivise tra teoriche e pratiche; le lezioni teoriche sono state sei della durata di circa 3,30 ore l'una (orario lezioni: ore 21.00-00,30 e oltre); i partecipanti al primo corso sono stati 23, e per il periodo di tirocinio 2 volontari per turno di 2 ore per 10-12 volte sono stati seguiti da volontari esperti e dal personale del *triage*. Per un totale di 19 tirocinanti abilitati x 24 ore l'uno = 456 ore, *tutor* 228 ore.

Le lezioni teoriche sono state:

- Conoscenza del Pronto soccorso e sua organizzazione con particolare riferimento al *triage*  
*Relatori:* dott. N. Rinaldi, dott.ssa M. Gambetti del PS Riccione
- Logistica ospedaliera e dei servizi territoriali.  
*Relatori:* dott. R. Giannei, M. Farina
- Psicologia dell'ascolto e attività relazionale  
*Relatori:* dott.ssa N. Vaselli, sociologa del Distretto di Riccione, M. Farina
- Normative, legge *privacy* e legge Pronto soccorso.  
*Relatore:* dott. R. Giannei, M. Farina
- Norme igieniche e dispositivi di accoglienza.  
*Relatori:* P. Massi, caposala Pronto soccorso, M. Farina
- Storia e leggi del Servizio sanitario nazionale e regionale, Carta dei servizi  
*Relatore:* dott. R. Giannei

Dal 22 aprile al 30 settembre 2004 abbiamo preparato un calendario di attività in Pronto soccorso con presenza di almeno un volontario per turno coprendo un periodo di 6-9 ore al giorno (mattina 9-13, pomeriggio 15-18, in più venerdì e sabato sera 20.30-24; gli orari sono indicativi perché molte volte le necessità che si presentano fanno rimanere i volontari anche molto più a lungo).

Da ottobre 2004 a oggi i turni sono svolti per 6-8 ore al giorno per 6 giorni alla settimana; da dicembre 2004 sono ricominciati i tirocini di 14 nuovi volontari.

Somministrazione e raccolta questionari di qualità agli utenti e ai loro familiari.

Preparazione e raccolta di schede attività per i volontari.

### **Principali risultati**

Grazie all'aiuto dei volontari si è creato un clima molto più disteso nell'ambiente del Pronto soccorso. Sia gli assistiti che gli addetti trovano vantaggio nel servizio in quanto i volontari cercano di tranquillizzare, calmare i pazienti nell'attesa spiegando loro le modalità delle procedure e dando loro un appoggio morale, e gli addetti possono così svolgere più tranquillamente il loro lavoro.

Ancora più importante è tale assistenza nel caso dei codici rossi che richiedono molto tatto soprattutto per i familiari, dando accortezze che altrimenti non sarebbero previste, piccole cose che possono essere fondamentali in certi momenti così delicati,

gentilezze come quella di porgere un bicchiere d'acqua, aiutare nell'organizzazione del viaggio in ambulanza, o - nel caso più drammatico - accompagnare i familiari alla camera mortuaria.

Una particolare attenzione viene impiegata anche nel proteggere i malati e i loro familiari dalle curiosità degli altri utenti.

Raccogliendo tutte le segnalazioni e gli sfoghi, anche non motivati, e parlandone con il responsabile siamo riusciti a formare una migliore comprensione delle dinamiche relazionali fra utenti e operatori e a supportare l'opera dei sanitari e la qualità dell'attesa. Questo aiuto ha portato la differenza e di questo crediamo se ne siano accorti tutti coloro che da una parte o dall'altra si trovano nell'ambiente.

La presenza tra i volontari di alcune mediatrici linguistico-culturali (lingue: cinese, russo, arabo, spagnolo, tedesco, francese), che collaborano con l'Associazione in altri ambiti, ha facilitato l'avvicinamento ai servizi sanitari da parte di tanti stranieri anche non in regola, che si sono sentiti accolti in maniera rispettosa delle loro diverse aspettative, ma resi edotti delle regole vigenti.

## 37. Accoglienza degli immigrati regolari e irregolari nella città di Ancona: miglioramento della tutela della salute e dell'assistenza socio-sanitaria

Associazione Senza Confini onlus, Ancona

In collaborazione con:

Zona territoriale n. 7 (ex ASL 7 di Ancona),  
Azienda universitaria-ospedaliera Ospedali Riuniti  
Umberto I - Lancisi - Salesi  
Comune di Ancona



**Autore/referente** dr.ssa Patrizia Carletti  
presidente dell'Associazione Senza Confini  
dr.ssa Stefania Vichi  
coordinatrice progetto  
via Veneto 11 - 60100 Ancona  
tel. 339 4170830 - [senzaconfiniancona@yahoo.it](mailto:senzaconfiniancona@yahoo.it)

**Periodo di tempo  
a cui si fa riferimento** luglio 2003-dicembre 2004

**Contesto  
in cui si è svolta  
l'attività** Il progetto Accoglienza degli immigrati regolari e irregolari nella città di Ancona: miglioramento della tutela della salute e dell'assistenza socio-sanitaria nasce dalla confluenza di vari elementi:

- esito dell'analisi preliminare del contesto locale, dell'analisi dei bisogni e dell'offerta dei servizi;
- assenza di percorsi formativi per mediatori interculturali e di esperienze di mediazione interculturale nei servizi sanitari (e non sanitari) della regione Marche;
- percorso fatto dall'ASC dal 1996 ad oggi, qui sintetizzato brevemente.

L'Associazione Senza Confini di Ancona gestisce dal 1996 un ambulatorio per immigrati non iscrivibili al SSN all'interno dell'ospedale regionale Ospedali Riuniti Umberto I - Lancisi - Salesi, e dal 1998 si occupa di formazione interculturale rivolta agli operatori socio-sanitari della regione Marche.

La presenza all'interno dell'Associazione di tanti volontari con professionalità molto variegata ma prevalentemente riconducibili al settore sanitario e alla formazione, e le esperienze intraprese dall'Associazione, hanno consentito di acquisire una profonda conoscenza radicata nel territorio relativamente a: fenomeno

migratorio locale, barriere che impediscono l'accesso e la fruizione dei servizi sanitari alla popolazione straniera, strategie che facilitano il percorso di inclusione sociale e sanitaria dei nuovi cittadini, carenze dei servizi sanitari locali e delle politiche dell'accoglienza adottate dagli Enti locali.

Dal 1997 l'ASC ha avviato un percorso di stretta e proficua collaborazione con le istituzioni del territorio al fine di contribuire - mediante le conoscenze e competenze acquisite - al miglioramento della qualità della vita degli stranieri presenti nel territorio, con i seguenti interventi:

- partecipazione nel 1997 alla stesura della prima legge regionale sull'immigrazione;
- progettazione e realizzazione nel 1998 del corso di formazione Tutela della salute femminile e procreazione per una utenza multietnica, rivolto agli operatori sanitari;
- progettazione e realizzazione nel 1999-2000 del primo corso regionale di formazione per mediatori linguistico-culturali in ambito socio-sanitario (16 mediatori formati provenienti da paesi a forte pressione migratoria);
- partecipazione a un gruppo di lavoro tecnico finalizzato all'attivazione di ambulatori di medicina generale per STP (stranieri temporaneamente presenti) presso le Zone territoriali n. 7 e n. 5;
- partecipazione a un gruppo di lavoro tecnico finalizzato all'individuazione di percorsi formativi per operatori socio-sanitari su tematiche concernenti immigrazione, salute immigrata, mediazione interculturale, presso le Zone territoriali n. 7 e n. 5;
- collaborazione nel 2001 alla realizzazione di un corso di formazione regionale dal titolo Accessibilità e fruibilità dei servizi socio-sanitari da parte della popolazione immigrata nella regione Marche, rivolto a 120 operatori sanitari della regione;
- partecipazione al progetto PAU.AN (progetto per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nell'area urbana di Ancona ex art. 71 Legge 448/1998), all'interno del quale l'ASC ha realizzato il sotto-progetto Accoglienza degli immigrati regolari e irregolari nella città di Ancona: miglioramento della tutela della salute e dell'assistenza socio-sanitaria.

**Obiettivi che si intendevano raggiungere**

L'obiettivo generale del progetto, il miglioramento della tutela della salute e dell'assistenza socio-sanitaria agli immigrati nella città di Ancona, si declinava in una serie di obiettivi specifici, quali:

- migliorare la qualità dei servizi offerti fornendo agli operatori strumenti professionali quali formazione specifica e interculturale, utilizzo di mediatori culturali, implementazione di percorsi assistenziali, strategie efficaci di comunicazione interna (nei servizi e tra i servizi) ed esterna (agli immigrati e alla città);
- individuare e consolidare spazi di integrazione con il territorio (modalità permanenti di lavoro pluridisciplinari e multiprofessionali, protocolli di intesa tra istituzioni ed enti, ecc.);
- consolidare sul territorio un'esperienza-pilota e un gruppo di persone professionalmente qualificate nell'ambito della mediazione interculturale al fine di poter espandere l'iniziativa a istituzioni non sanitarie.

**Analisi e documentazione delle disuguaglianze**

Le informazioni sui problemi di salute della popolazione immigrata nella nostra regione e nella città di Ancona evidenziano che i principali problemi di salute derivano da situazioni di deprivazione sociale, economica, culturale; tali condizioni di povertà e/o di marginalità sociale comportano stili di vita insalubri, e assenza di prevenzione.

Sono inoltre rilevate, a tutti i livelli, difficoltà di accesso e fruizione dei servizi, difficoltà di comunicazione e scadente qualità della relazione clinica tra operatori e pazienti stranieri, tutti fattori che condizionano negativamente l'accesso e la fruizione dei servizi e, di conseguenza, la salute e l'esito delle cure.

Per l'analisi dei problemi di salute della popolazione immigrata e delle disuguaglianze nell'accesso ai servizi socio-sanitari sono stati presi in considerazione le seguenti indagini epidemiologiche e di ricerca sociale:

- *report* sulla salute immigrata prodotto periodicamente dall'Osservatorio epidemiologico sulle disuguaglianze della Agenzia regionale sanitaria - Marche ([www.ars.marche.it](http://www.ars.marche.it)): *Report: Informazioni relative al ricorso al ricovero nella regione Marche della popolazione straniera non comunitaria*;
- Quaderno *La tutela della salute femminile per una utenza multietnica*, Associazione Senza Confini, 1999;

- *Analisi dei bisogni: fase propedeutica al corso di formazione per MLC in ambito socio-sanitario* (quaderno: Corso di formazione per mediatori linguistico-culturali in ambito sanitario, Associazione Senza Confini - ASL 7, 2003);
- Documentazione Servizio sociale Azienda universitario-ospedaliera Ospedali Riuniti Umberto I - Lancisi - Salesi;
- *Rapporto sociale Comune di Ancona*, anno 2002;
- materiali prodotti in seguito al corso di formazione regionale "Accessibilità e fruibilità dei servizi socio-sanitari da parte della popolazione immigrata", organizzato nel 2001 dall'Agenzia regionale sanitaria in collaborazione con l'Associazione Senza Confini.

Per quanto riguarda la salute femminile, visto che le donne sono l'utenza principale dei servizi sanitari per motivi ostetrico-ginecologici che rappresentano il primo motivo di ricorso alle strutture ospedaliere da parte della popolazione immigrata. I parti delle donne straniere rappresentano l'11% del totale dei parti nella regione Marche, una percentuale in costante aumento negli ultimi anni (4% nel 1997, 9% nel 1999); si è fatto riferimento all'indagine epidemiologica *Il percorso nascita nella Regione Marche*, pubblicata nel 2003 dall'Osservatorio epidemiologico della Agenzia regionale sanitaria - Marche.

**Promozione del tema nell'agenda politica locale**

L'associazione Senza Confini ha partecipato alla stesura del Piano sanitario regionale 2003-2006, nel quale sono stati previsti degli obiettivi finalizzati alla riduzione delle barriere nell'accesso e nella fruizione dei servizi socio-sanitari da parte dell'utenza immigrata (tra cui l'inserimento dei mediatori interculturali nei suddetti servizi).

L'Associazione Senza Confini ha avanzato all'Osservatorio epidemiologico sulle disuguaglianze dell'Agenzia regionale sanitaria delle proposte relativamente a:

- mancanza di un monitoraggio dei servizi sanitari dedicati all'utenza straniera,
- problematiche della salute materno-infantile,
- difficoltà nel recepire la normativa nazionale e regionale.

Le proposte sono state incluse nelle seguenti attività di pertinenza dell'Osservatorio sulle disuguaglianze:

- progetto regionale sul monitoraggio degli ambulatori di medicina generale per STP;
- progetto regionale per la promozione della salute materno-infantile della popolazione immigrata
- stesura di linee guida regionali sulla normativa nazionale e regionale in materia di immigrazione.

In collaborazione con l'Osservatorio sulle disuguaglianze dell'Agenzia regionale sanitaria l'ASC ha avanzato all'Assessorato alla formazione professionale della Regione Marche la richiesta di definire, a livello regionale e in assenza di una legge nazionale, il profilo professionale del mediatore interculturale e delle misure di accompagnamento al lavoro per questa nuova figura professionale. Tale richiesta è stata accolta ed è scaturita in una proposta di determina della Giunta regionale che andrà in discussione nelle prossime settimane.

**Coinvolgimento di altri soggetti interessati** Una delle azioni del progetto è stata proprio quella di coinvolgere alcuni enti/istituzioni non sanitari strategici nella relazione con la popolazione immigrata (servizi sociali, Questura, Prefettura, CIR locale, centri di accoglienza, privato sociale, ecc.) su tematiche quali:

- mediazione interculturale,
- diritti di cittadinanza,
- barriere burocratiche all'accesso e alla fruizione dei servizi dedicati all'utenza straniera.

Le modalità con cui è avvenuto il coinvolgimento sono state:

- pubblicizzazione del progetto, delle finalità e degli spazi di collaborazione;
- estensione del servizio di mediazione interculturale a enti non sanitari (utilizzo gratuito);
- riunioni con i rappresentanti delle varie istituzioni;
- partecipazione al Tavolo territoriale sull'immigrazione istituito dalla Prefettura di Ancona.

#### **Azioni specifiche**

Il progetto Accoglienza degli immigrati regolari e irregolari nella città di Ancona: miglioramento della tutela della salute e dell'assistenza socio-sanitaria, realizzato nell'ambito del progetto PAU.AN, ha incluso le seguenti attività:

- attivazione di un servizio di mediazione linguistico-culturale presso la Zona territoriale n. 7 di Ancona (l'Azienda sanitaria più grande della regione Marche) e l'Azienda ospedaliero-universitaria Ospedali Riuniti Umberto I - Lancisi - Salesi. Il servizio di mediazione è stato erogato dal gruppo di mediatori formato durante il corso del 1999-2000 e opportunamente integrato con nuove figure sulla base delle nuove esigenze linguistico-culturali locali;
- monitoraggio e supervisione costante del servizio di mediazione linguistico-culturale;

- produzione di materiale informativo plurilingue sul servizio di mediazione presente nelle strutture sanitarie, rivolto alla popolazione straniera e distribuito nei luoghi di aggregazione formale e informale;
- produzione di materiale informativo sulla mediazione interculturale e sul servizio di mediazione rivolto al personale socio-sanitario delle aziende coinvolte nel progetto;
- produzione di materiale informativo rivolto alla comunità locale e divulgato mediante canali di comunicazione locali (stampa, radio, ecc.);
- organizzazione di incontri informali con le principali comunità straniere e le associazioni di stranieri. Tali incontri, gestiti dai mediatori e dalle coordinatrici del progetto, erano finalizzati alla divulgazione del diritto alla salute per i migranti, alla divulgazione del servizio di mediazione interculturale, alla promozione dei principali servizi sanitari di particolare interesse per la popolazione straniera (consultori familiari, ambulatori di medicina generale per STP, vaccinazioni, ecc) e al loro funzionamento, condizioni di accesso, pratiche amministrative;
- organizzazione di incontri di aggiornamento/formazione rivolti al gruppo dei mediatori nel periodo immediatamente precedente all'attivazione del servizio e poi, regolarmente, per tutta la durata del progetto;
- organizzazione di incontri informativi/formativi con gli operatori socio-sanitari (referenti interni del servizio di mediazione, operatori coinvolti in prima linea nel rapporto con l'utenza straniera, figure professionali specifiche quali assistenti sociali, ostetriche, assistenti sanitarie, caposala, ecc.) nel periodo immediatamente precedente all'attivazione del servizio di mediazione. Tali incontri avevano lo scopo di:
  - far conoscere agli operatori ruolo e compiti del mediatore linguistico-culturale;
  - discutere le modalità di utilizzo concordate con i referenti aziendali e il codice di comportamento (stilato dal gruppo di mediatori in occasione dell'attivazione del servizio) di questa figura professionale;
  - individuare strategie *ad hoc* per ottimizzare il servizio di mediazione e promuovere azioni di offerta attiva di alcuni servizi sanitari a vantaggio della popolazione immigrata;

- incontri periodici con gli operatori socio-sanitari dei servizi coinvolti nell'erogazione della mediazione interculturale al fine di monitorare - ed eventualmente modificare - gli interventi di mediazione sulla base delle esigenze specifiche del singolo servizio;
- traduzione di modulistica e materiale informativo aziendale nelle principali lingue veicolari;
- realizzazione del primo convegno regionale sulla mediazione interculturale nei servizi socio-sanitari (dicembre 2004);
- coinvolgimento di alcuni enti/istituzioni non sanitari strategici nella relazione con la popolazione immigrata (servizi sociali, questura, prefettura, CIR locale, centri di accoglienza, privato sociale, ecc.) su tematiche quali mediazione interculturale, diritti di cittadinanza, barriere burocratiche all'accesso e alla fruizione dei servizi dedicati all'utenza straniera.

### *Metodologia*

Il progetto Accoglienza degli immigrati regolari e irregolari nella città di Ancona: miglioramento della tutela della salute e dell'assistenza socio-sanitaria si è caratterizzato metodologicamente per i seguenti aspetti:

- tutte le attività sono state realizzate da un gruppo di lavoro formato da referenti aziendali, operatori sanitari, esperti in attività di formazione, esperti in mediazione interculturale e mediatori. Ciò ha:
  - permesso di avere sempre una visione sistemica e organica del percorso fatto;
  - favorito interventi puntuali nei processi;
  - facilitato la circolazione degli strumenti, dei contenuti e dei risultati;
  - promosso una cultura della partecipazione alle decisioni e della negoziazione dei vari punti di vista;
- i destinatari delle varie attività sono stati coinvolti a partire dalla fase progettuale mediante strategie mirate a stimolare partecipazione, confronto tra i vari punti di vista, apporto e contributi professionali;
- i gruppi di lavoro costituiti per la realizzazione delle varie attività sono sempre stati multiprofessionali e multiculturali: ciò ha favorito un approccio interculturale nei vari contesti (organizzativi, formativi, divulgativi, ecc.), l'ottimizzazione delle risorse, l'individuazione di strategie operative che tenessero conto della molteplicità dei punti di vista e delle relazioni (istituzionali, locali, informali, professionali, ecc.);

- i beneficiari delle principali attività (popolazione immigrata, operatori socio-sanitari) hanno sempre goduto di ampi spazi di rappresentazione e partecipazione nelle scelte operate e nelle decisioni prese;
- i mediatori appartenenti al gruppo hanno avviato una serie di relazioni - individualmente o come gruppo - con realtà istituzionali e associative del territorio al fine di "travasare" le conoscenze e competenze in vari ambiti e promuovere, mediante l'esempio della loro professionalità, questa nuova figura professionale.

### *Monitoraggio*

L'attività di monitoraggio/supervisione che l'ASC ha portato avanti, parallelamente alle altre attività previste dal progetto, mediante strumenti variegati quali: incontri, *focus group*, raccolta ed elaborazione dei dati relativi al servizio di mediazione (presenza dei mediatori nei servizi, categorie di operatori più o meno coinvolti, caratteristiche dell'utenza, tipologia dei problemi espressi dall'utenza e dagli operatori, tipologia degli esiti del servizio), ha permesso di individuare delle criticità specifiche e di elaborare delle proposte/risposte adatte al tipo di contesto.

### **Principali risultati**

- Miglioramento della qualità assistenziale agli immigrati, in particolare in servizi quali consultori, SerT, poliambulatori, vaccinazioni, Servizio sociale ospedaliero, Dipartimento di salute mentale.
- Aumento dell'afflusso degli immigrati ad alcuni servizi, in particolare delle donne al consultorio.
- Migliore conoscenza da parte delle comunità straniere del funzionamento dei servizi e conseguente aumento della richiesta di determinate prestazioni (iscrizioni STP, presa in carico delle donne in gravidanza).
- Conoscenza da parte degli operatori della figura e del ruolo del mediatore interculturale e delle problematiche dei pazienti stranieri.
- Allargamento del servizio di mediazione interculturale - nel periodo di durata del progetto - a istituzioni non sanitarie (Questura, Prefettura, CIR, centri di accoglienza) su loro richiesta.
- Accordo di programma tra diversi enti della città per l'utilizzo congiunto del servizio di mediazione.

- Convenzione tra ASC e Zona territoriale n. 7 e l'Azienda ospedaliero-universitaria Ospedali Riuniti Umberto I – Lancisi - Salesi per il servizio di mediazione per l'anno 2005 (al termine del progetto).
- Collaborazione del gruppo di mediatori con altre istituzioni/enti del territorio per attività di mediazione (con il Comune di Ancona, con alcuni istituti scolastici della provincia per il sostegno scolastico linguistico, con il Comune di Jesi per lo Sportello immigrati, con la Provincia di Ancona per un progetto EQUAL, ecc.).

## **38. Piano mirato di prevenzione Area Vasta Toscana Nord-Ovest. La promozione della tutela della lavoratrice in periodo di gravidanza e puerperio**

Azienda USL 12 Viareggio (coordinatore del Piano mirato)

Azienda USL 1 Massa e Carrara

Azienda USL 2 Lucca

Azienda USL 5 Pisa

Azienda USL 6 Livorno

**Autore/referente** Dott.ssa Lucia Bramanti  
medico del lavoro  
Dipartimento di Prevenzione, Unità funzionale PISLL  
Azienda USL 12 Viareggio  
via Garibaldi 92 - Pietrasanta (LU)

**Periodo di tempo  
a cui si fa riferimento** gennaio 2003 - dicembre 2004

**Contesto  
in cui si è svolta  
l'attività** In questi ultimi anni si è osservato un rinnovato interesse scientifico per lo studio della maternità e dei suoi effetti avversi per la madre e per il bambino in relazione ad attività professionali o a specifici rischi lavorativi, e molti studi nazionali e internazionali sono stati prodotti sull'argomento.

Peraltro il mercato del lavoro in Italia ha registrato negli ultimi decenni una notevole crescita dell'occupazione femminile e una progressiva trasformazione della composizione produttiva, con un passaggio - più evidente per le occupate donne - dalle attività tipiche dell'artigianato e dell'industria a quelle del terziario e dei servizi.

Di recente inoltre, con la Legge 30/2003, i rapporti di lavoro diversi dalla dipendenza a tempo indeterminato sono aumentati in modo esponenziale: 21 sono i diversi rapporti di lavoro atipico o precario che, in base alla stabilità del contratto di lavoro e al regime orario previsto, possono essere applicati secondo 48 modalità diverse. In ogni caso, anche prima dell'applicazione di questa normativa, la precarizzazione dei rapporti di lavoro riguardava in particolar modo giovani e donne, le quali tra l'altro sembrano frequentemente rinunciare al lavoro dopo una gravidanza o passare a regimi orari diversi (nel rapporto annuale ISTAT 2003, si evidenzia ad esempio che nelle

occupate delle fasce di età 25-34 anni il *part time* passa da 1,6% senza figli al 12,6% in presenza di figli; nella fascia di età 35-44 dal 2% al 14,4%).

Infine negli ultimi anni la legislazione italiana, in parte recependo le normative comunitarie, ha promulgato norme innovative sulla maternità nella donna che lavora: il diritto a essere informata su operazioni o mansioni pericolose in corso di gravidanza o puerperio; l'obbligo per i datori di lavoro di verificare la sussistenza di rischi lavorativi per le lavoratrici in età fertile e di prevederne l'immediata assegnazione a compiti non pericolosi o l'allontanamento dal luogo di lavoro, per evitare effetti avversi al momento di una gravidanza; il diritto a posticipare all'ottavo mese il periodo di maternità obbligatoria in assenza di rischi professionali e ad accedere ad azioni di sostegno sociale ed economico per la maternità e la paternità. Gran parte delle norme sono state riassunte nel Decreto legislativo 151/2001, Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità.

In questo contesto anche i Dipartimenti di prevenzione delle Aziende UUSLL, con le Unità funzionali di prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro (PISLL), sono chiamati in causa a svolgere la loro parte in termini di analisi e studio dei fattori di nocività e delle possibili soluzioni per consentire alle donne di lavorare in condizioni di sicurezza durante il periodo della gravidanza e del puerperio e per favorirne comunque l'accesso alle azioni di tutela.

Il compito è difficile poiché la precarizzazione e la terziarizzazione delle attività lavorative, in particolare femminili, rende i PISLL poco efficaci nell'individuazione delle attività lavorative con possibili fattori di nocività per la gravidanza e il puerperio presenti sul territorio. Esiste il concreto rischio di non avviare per molte donne il processo di modifica delle condizioni di lavoro o di allontanamento da attività pericolose, e ciò è soprattutto evidente laddove non siano presenti comparti produttivi o grandi aziende industriali o artigianali a prevalente manodopera femminile, quali i territori delle Aziende UUSLL che compongono l'Area Vasta Toscana Nord-Ovest (province di Lucca, Pisa, Massa Carrara e Livorno). In queste zone la struttura produttiva femminile è in generale distribuita nel settore dei servizi (sanità pubblica e privata, servizi sociali, assistenza alla persona, scuola, enti locali e pubblica amministrazione, commercio, comparto turistico-alberghiero) fatta eccezione per alcune attività di nicchia in agricoltura e artigianato tipico (pelletteria, confezioni, orticoltura e floricoltura).

**Obiettivi che si intendevano raggiungere**

- Rendere consapevoli le lavoratrici - in particolare le precarie e le provenienti da settori diversi da quelli dell'industria e dell'artigianato - sui possibili rischi per la salute derivanti dal lavoro e favorirne l'accesso alle norme di tutela della maternità per continuare a lavorare senza rischi per la gravidanza o per essere precocemente allontanate da attività potenzialmente nocive.
- Fornire assistenza al sistema di prevenzione e sicurezza aziendale dei luoghi di lavoro di provenienza delle lavoratrici (datore di lavoro, medico competente aziendale - se previsto, rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, responsabile/addetto del Servizio di prevenzione e protezione aziendale) per l'applicazione di adeguati e precoci criteri di salvaguardia della maternità nei luoghi di lavoro.
- Evidenziare l'ordine di grandezza delle gravidanze nelle lavoratrici rispetto alle donne in generale e, nel caso di lavoratrici dipendenti anche precarie, censire tutte le tipologie di contratto in essere al momento della gravidanza, compresi quelli atipici. Individuare settori produttivi e mansioni prevalenti tra le lavoratrici, dipendenti e non.
- Produrre e diffondere profili di rischio (e possibili soluzioni) per la salute riproduttiva per attività lavorative a prevalente presenza femminile, secondo quanto previsto al punto precedente, privilegiando comparti produttivi raramente oggetto di routinari interventi di controllo e vigilanza da parte dei PISLL, meno permeati da una diffusa applicazione delle norme di tutela in materia di prevenzione e igiene del lavoro, con scarsa rappresentanza sindacale.
- Registrare, per le lavoratrici dipendenti e precarie, eventuali cambiamenti intervenuti sul lavoro successivamente alla decadenza del periodo di tutela della maternità (dopo un anno dal parto) e i motivi di eventuale abbandono del lavoro.

**Analisi e documentazione delle disuguaglianze**

*Analisi delle richieste di congedo anticipato per maternità per lavoro nocivo (pareri sanitari)*

Un indicatore del grado di penetrazione dei PISLL nel mondo variegato del lavoro femminile (nelle fasce di età fertile) è dato dai pareri sanitari propedeutici per l'emanazione da parte delle Direzioni provinciali del lavoro (DPL) dei provvedimenti di congedo anticipato di gravidanza o di nuova collocazione lavorativa della lavoratrice, così come previsto dalle norme di tutela della maternità.

Le prestazioni richieste ai PISLL consistono in:

- valutazione della necessità di modificare mansioni lavorative in gravidanza e puerperio in modo da garantire la permanenza al lavoro della donna in condizioni sicure;
- proposta di allontanamento da lavori nocivi quando la modifica non è attuabile (congedo anticipato per maternità);
- valutazione della necessità di procrastinare le cautele fino al settimo mese dopo il parto per alcuni specifici fattori di rischio (prosecuzione del congedo in periodo puerperale).

I PISLL sono attivabili dalla lavoratrice, dal datore di lavoro, dalla stessa DPL. L'analisi delle richieste pervenute nelle UUSSLL dell'Area Vasta nel periodo 1998-2002 ha permesso di rilevare delle criticità che hanno fatto sospettare una sostanziale disuguaglianza tra lavoratrici nell'approccio alle norme di tutela della maternità:

- un numero piccolo di richieste nel complesso per un territorio che comprende quattro province, pur non conoscendo il numero totale di gravidanze verificatesi nello stesso periodo, ma facendo riferimento al numero di nuovi nati;
- scarsità di richieste da parte di lavoratrici o datori di lavoro dei settori del commercio, servizi, turistico-alberghiero, pulizie, estetica/acconciatura, pur essendo queste attività a larga partecipazione femminile, con maestranze spesso in giovane età e molto ben rappresentate nel territorio;
- rarissime le richieste da parte di lavoratrici straniere;
- pressoché assenti le richieste da parte di lavoratrici dipendenti precarie (contratti di tipo stagionale o a tempo determinato) in ogni comparto produttivo.

I dati dimostrano che, in generale, il ricorso alle norme di tutela della maternità per lavoro nocivo avviene da parte di donne per la stragrande maggioranza di cittadinanza italiana e qualifiche professionali di medio livello, contratti a tempo indeterminato, che operano in settori della Pubblica amministrazione (Enti locali, scuola, sanità) o in aziende agricole e manifatturiere (comparto cuoio-calzaturiero, tessile-confezioni) spesso oggetto di intervento da parte dei PISLL. È evidente in generale inoltre un incremento delle richieste a seguito di interventi mirati dei PISLL in settori specifici, e ciò lascia intendere che una fetta di lavoratrici (piccola? grande?) con lavori probabilmente nocivi, non conosca i propri diritti in caso di maternità.

D'altro canto, gli indicatori abitualmente utilizzati dai servizi di prevenzione per interventi mirati in comparti specifici (gli indici infortunistici o l'evidenza di particolari malattie correlabili al lavoro, tanto per fare esempi grossolani) frequentemente non sono in grado di intercettare le attività di maggiore occupazione femminile.

*Raccolta di valutazioni di ostetriche e ginecologi pubblici, lavoratrici, datori di lavoro, organizzazioni sindacali, associazioni di categoria, consulenti aziendali*

L'analisi dei dati rilevati è stata oggetto di vaglio e commento dei vari soggetti sociali in occasioni pubbliche, incontri di lavoro e colloqui individuali. Dal confronto delle esperienze di tutti è emerso in effetti forte il sospetto che una larga fetta di lavoratrici rimanga esclusa dalle norme di tutela della salute durante la gravidanza, e soprattutto che una parte di lavoratrici sia esposta al rischio di licenziamento o costretta alle dimissioni volontarie in gravidanza, in evidente dispregio delle norme di diritto del lavoro. A fare le spese di questa situazione sarebbero soprattutto le lavoratrici precarie e le occupate in attività di basso profilo professionale (addette di cucina, cameriere, badanti, colf, addette in imprese di pulizie, ecc.).

In effetti non sono disponibili dati locali puntuali sull'abbandono del lavoro o su altre modifiche organizzative o contrattuali successive ad una maternità. La relazione ISTAT 2003 già citata evidenzia che i tassi di occupazione femminile variano significativamente al modificarsi della condizione familiare delle donne; in particolare, nella fascia di età 35-44 anni lavora l'86% di donne sole, il 72% in coppie senza figli e solo il 51,5% di donne in coppia con figli. La situazione è ancora più drastica nella fascia di età 25-34 anni: si passa dal 79-74% di lavoratrici sole o in coppia ma senza figli, al 43% soltanto di lavoratrici in coppia con figli.

Lo scenario pone il forte sospetto che, nonostante la giusta enfasi posta sull'importanza sociale della maternità, le donne si trovino - da sole - a pagare un grande scotto in termini di abbandono del lavoro o penalizzazione nella progressione di carriera, dequalificazione professionale, emarginazione, e non abbiano piena consapevolezza neanche dei diritti più elementari: la conservazione del posto di lavoro fino a un anno dal parto e un lavoro salubre in gravidanza e puerperio.

**Promozione del tema  
nell'agenda politica  
locale**

*Coinvolgimento del livello istituzionale regionale*

Il progetto è stato predisposto e presentato dalle UUSSLL dell'Area Vasta come Piano mirato di prevenzione alla Regione Toscana, che ne ha approvato la realizzazione in via sperimentale per il triennio 2003-2005 con il Decreto dirigenziale n. 5872 del 31 ottobre 2002. Il nuovo Piano sanitario regionale licenziato nel febbraio 2005 ha fatto propri alcuni dei risultati finora raggiunti con le azioni di Piano, in particolare sostenendo e promuovendo la collaborazione attiva tra Dipartimenti di prevenzione (UF PISLL) e Dipartimenti materno-infantili delle UUSSLL sul tema dei rischi da lavoro in gravidanza e puerperio.

*Coinvolgimento delle amministrazioni provinciali*

Le lavoratrici oggetto dell'intervento in un discreto numero di casi hanno manifestato timori su possibili ritorsioni conseguenti a richieste di miglioramento delle condizioni lavorative. Per tali motivi sono stati avviati a cura dei PISLL contatti con gli Assessorati provinciali alle pari opportunità, con le Commissioni pari opportunità e con le consigliere di parità per favorire azioni individuali di sostegno alle lavoratrici in difficoltà. È stato messo a punto un percorso facilitato per la risoluzione di casi di discriminazione sul posto di lavoro. Da informazioni pervenute dalle stesse consigliere di parità, risulta che le lavoratrici in gravidanza hanno iniziato ad avvalersi di questa possibilità, in generale prima non conosciuta, successivamente all'inizio del progetto.

*Coinvolgimento delle amministrazioni comunali*

Le donne, lavoratrici e non, con requisiti di basso reddito sono indirizzate agli Uffici sociali e agli sportelli URP dei Comuni di residenza per i provvedimenti di sostegno sociale alla maternità previsti dalle norme nazionali e/o da programmi locali di intervento.

**Coinvolgimento  
di altri soggetti  
interessati**

*Referenti interni alle UUSSLL*

- partecipazione attiva al progetto da parte di operatori del Dipartimento materno-infantile, delle attività distrettuali, delle UUOO ospedaliere di ostetricia e ginecologia, e pediatria;
- informazione e assistenza fornita dai PISLL ai medici di medicina generale convenzionati sugli obiettivi del progetto e sull'opportunità di metterne a conoscenza le assistite in gravidanza; invio di indicazioni per un più corretto uso delle certificazioni di patologia in gravidanza. Infatti è stato

evidenziato nel corso del progetto uno scorretto ricorso da parte dei medici di famiglia alla modulistica INPS di malattia per certificare patologie o disturbi collegati alla gravidanza. In questo modo la lavoratrice non è messa a riposo per gravidanza a rischio (come previsto dalle norme di tutela della maternità) ma per malattia, e come tale sottoposta alle fasce orarie di controllo e all'erosione del numero di giorni di malattia complessivamente previsti dal contratto di lavoro.

#### *Soggetti esterni alle UUSSLL*

Direzioni provinciali del lavoro e INPS. Per migliorare le informazioni sul diritto al lavoro e sulle provvidenze previdenziali previste (o non previste) dai diversi contratti di lavoro, sono stati predisposti percorsi facilitati per chiarimenti con i funzionari delle Direzioni provinciali del lavoro (DPL) e degli istituti previdenziali di riferimento, prevalentemente l'INPS. Nel caso della USL di Viareggio, è stato istituito sperimentalmente uno specifico sportello informativo curato dalla DPL di Lucca presso la principale sede di Consultorio USL.

#### *Consigliere provinciali di parità*

Esiste piena collaborazione tra medici del lavoro e consigliere provinciali di parità per la segnalazione immediata dei casi di discriminazione sul luogo di lavoro.

I datori di lavoro e le lavoratrici/imprenditrici in gravidanza sono invitati a informarsi presso le stesse consigliere di parità sulle opportunità offerte loro dalla Legge 53/2000. Si tratta di finanziamenti per progetti di riorganizzazione aziendale e flessibilità atti a conciliare i tempi di vita e di lavoro per maternità e paternità che dati ufficiali correnti (Ministero delle pari opportunità) mostrano ancora largamente sottoutilizzati (13-15 progetti finanziati all'anno in Italia su circa 30 presentati).

Su richiesta della Consigliera provinciale di parità di Lucca, è stata avviata presso la USL di Viareggio una campagna di rilevazione dati (mediante questionario anonimo multilingue) sul ricorso al lavoro nero per le donne che si dichiarino casalinghe, disoccupate e studentesse al momento dell'intervista. L'attività è tuttora in corso.

### **Azioni specifiche**

#### *Informazione individuale diffusa a tutte le lavoratrici a inizio della gravidanza*

Il Servizio sanitario toscano ha istituito da tempo per le donne in gravidanza un protocollo di accertamenti sanitari gratuiti conosciuto come libretto di gravidanza. La distribuzione avviene presso i Consultori e i Distretti di ogni Azienda USL a richiesta dell'interessata, a cura di operatori di sportello. Da alcuni anni viene consegnato anche alle donne straniere non in regola con i documenti di soggiorno (straniere temporaneamente presenti, STP).

L'opportunità degli accertamenti gratuiti in gravidanza è molto ben conosciuta da medici di famiglia, ginecologi e ostetriche pubblici e privati, e si può ragionevolmente stimare che la stragrande maggioranza delle donne ne faccia richiesta. Per questo motivo il momento del ritiro del libretto di gravidanza è stato ritenuto un'occasione importante di incontro con le donne all'inizio della maternità.

È stato instaurato un rapporto stretto di collaborazione tra le UUFF PISLL, delle attività distrettuali e delle attività consultoriali e, nelle 5 Aziende UUSLL, gli operatori di sportello (130 in tutto tra ostetriche, infermiere e amministrative) addetti alla consegna dei libretti di gravidanza hanno ricevuto una formazione specifica sui rischi da lavoro in corso di gravidanza e sulle norme di tutela previste, in modo da fornire alle donne con un lavoro probabilmente nocivo informazioni di primo livello su rischi e possibili soluzioni, e dando i riferimenti delle sedi PISLL da contattare per approfondimenti. Il colloquio è supportato dal riempimento di una scheda individuale contenente informazioni dettagliate sul lavoro svolto e sul tipo di contratto in essere. Gli operatori di sportello consegnano alle donne materiale informativo su:

- le più frequenti attività lavorative a rischio per la salute da evitare in gravidanza e puerperio, in generale e per attività specifiche;
- le norme di tutela della maternità in Italia, comprese indicazioni a uso del datore di lavoro e del medico di famiglia;
- le prestazioni sanitarie del percorso nascita previsto nella Azienda USL e altre iniziative per le donne in gravidanza.

Sono inoltre illustrate la possibilità del ricorso alla flessibilità del congedo di maternità (lavoro fino all'ottavo mese di gravidanza e permanenza a riposo fino a quattro mesi dopo il parto) e le norme di sostegno sociale della maternità, fornendo indicazioni sulle modalità corrette di presentazione delle domande presso gli istituti previdenziali e gli enti locali di riferimento.

Le donne con probabile lavoro a rischio sono nuovamente contattate dai medici del lavoro dei PISLL per chiarire le condizioni di esposizione professionale. In tabella è presentato il riepilogo delle donne intervistate nel biennio.

anno	donne totali	straniere	%	lavoratrici totali	%	non lavoratrici totali	%	non rilevato
2003	5.983	762	12,7	3.885	65	2.089	34,9	0,1
2004	9.945	1.258	12,6	6.771	68,1	3.140	31,6	0,3

Nel 2004 il numero è più elevato perché nel 2003 non tutte le zone delle 5 UUSSLL hanno iniziato a gennaio le interviste. Si evidenzia che i 2/3 delle donne in gravidanza hanno un lavoro e moltissime non hanno ancora figli (62% del campione intervistato nel biennio). Il campione comprende oltre il 10% di donne straniere, in larga parte provenienti da paesi ad alto flusso migratorio.

Le occupate con un lavoro regolare si mantengono in ogni USL sempre al di sotto del 10%, mentre in generale le donne straniere rappresentano circa un quarto di tutte le non lavoratrici intervistate e molte tra loro sono irregolari (STP). Il dato è positivo, poiché significa che le donne sanno di non rischiare segnalazioni alla Questura chiedendo alla USL il libretto di gravidanza e sfruttano utilmente questa opportunità, con evidenti ricadute positive per la loro salute e quella del bambino.

*Elaborazione periodica dei dati di ogni USL e per l'intera Area Vasta per orientare le ulteriori azioni di piano*

*Stesura e diffusione di opuscoli contenenti profili di rischio per attività lavorative con fattori di nocività in gravidanza e puerperio e possibili soluzioni lavorative*

Sono stati prodotti 4 profili di rischio e soluzioni possibili per la permanenza al lavoro nei settori acconciatura, pulizie, estetica, turistico-alberghiero (questi ultimi 2 in corso di stampa). I primi 2 sono stati diffusi in occasioni pubbliche, consegnati alle singole lavoratrici e capillarmente recapitati presso ogni Unità locale del territorio di appartenenza.

*Avvio di collaborazioni con le UUOO di ostetricia e ginecologia, e di pediatria*

In ogni USL è stato prodotto e distribuito a ogni donna materiale informativo (in forma di elenchi o di opuscoli) sulle prestazioni sanitarie previste dal percorso nascita pubblico e su eventuali altre iniziative a carattere locale o di Area Vasta rivolte a donne in gravidanza. I medici del lavoro dei PISLL forniscono ai ginecologi pubblici -ospedalieri e consultoriali - consulenze sulle certificazioni sanitarie a supporto delle richieste di flessibilità del congedo di maternità quando nelle aziende non sia previsto il medico competente (in quei casi il ginecologo deve per legge esprimersi anche sulla presenza e sull'evidenza di fattori di nocività sul luogo di lavoro).

*Organizzazione delle interviste alle lavoratrici dipendenti e precarie a un anno dal parto*

È stato predisposto un questionario somministrabile telefonicamente e sono stati verificati in ogni USL i certificati di assistenza al parto per tutte le donne che al momento dell'intervista in gravidanza avevano un lavoro dipendente, anche precario, e atipico.

**Principali risultati**

*Informazione individuale su rischi per la salute nell'attività lavorativa svolta*

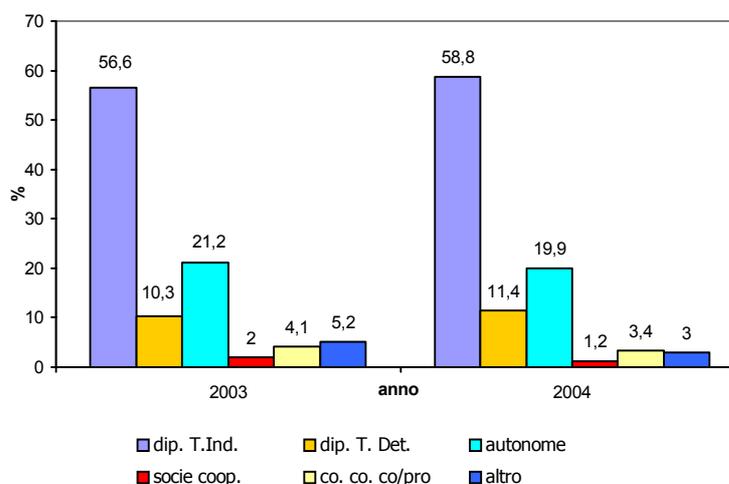
L'attività ha prodotto in tutte le USL oggetto del Piano mirato un'enorme richiesta di approfondimenti da parte delle lavoratrici, anche straniere e precarie, e da parte di consulenti aziendali e datori di lavoro. L'informazione diretta alla donna ha prodotto effetti positivi individuali (mantenimento al lavoro in condizioni protette o allontanamento dal lavoro pericoloso) e generali, aumentando l'attenzione dei datori di lavoro e delle associazioni di categoria. L'esperienza del biennio ha dimostrato che l'ipotesi, talvolta ventilata dagli operatori sanitari, che le lavoratrici utilizzino impropriamente l'opportunità della gravidanza a rischio (cioè dell'allontanamento dal lavoro per motivi di salute) per salvaguardarsi da lavori faticosi o nocivi non ha fondamento: le donne intervistate non avevano una consapevolezza dei propri diritti neanche relativamente alla possibilità della gravidanza a rischio e sono state arruolate solo attraverso l'informazione attiva prevista dal Piano mirato.

### *Individuazione delle attività prevalenti svolte dalle lavoratrici in gravidanza*

Il profilo occupazionale emerso nel biennio è rilevabile dalla tabella sottostante: vi sono poche lavoratrici esposte a rischi professionali in aziende artigianali o industriali nel territorio delle 4 province (il 6% circa nei due anni esaminati) mentre, al contrario, molte lo sono nel commercio, pubblici esercizi, servizi sociali, assistenza alla persona, tutti mal controllabili da parte dei Servizi di prevenzione, data la disseminazione delle attività sul territorio, o gli orari di esercizio non congruenti con quelli della Pubblica amministrazione.

Mansione e/o settore	% 2003	% 2004
Amministrativa	29,7	29,7
Commessa, banconiera	12,8	14,6
Varie mansioni sanità pubblica e privata	9,5	8,3
Addetta produzione industria/artigianato	5,6	6,0
Varie mansioni servizi sociali	1,8	2,1
Varie mansioni scuola pubblica e privata	6,0	6,8
Consulente, progettista	2,3	3,2
Barista, cuoca, cameriera	7,4	6,5
Colf, badante	4,2	4,6
Parrucchiera, estetista	2,8	3,3
Varie in agricoltura	1,9	1,1

Nel grafico sono enumerati i contratti più frequenti. Le lavoratrici con contratti di somministrazione sono state rispettivamente 7 e 4 nel biennio; le lavoratrici a domicilio sono state 6 e 2. Il lavoro precario e atipico ha riguardato una discreta fetta di lavoratrici incinte (il 15% nel biennio).



### *Difesa del diritto al lavoro*

Nel corso dei colloqui moltissime donne, come sospettato, hanno mostrato di non conoscere i propri diritti e di temere il licenziamento in conseguenza della gravidanza; un buon numero di esse prevedeva comunque la necessità di dimettersi da attività faticose.

Nel corso del primo anno di attività, molte donne (e datori di lavoro!) si sono mostrate sorprese dell'opportunità di conservare il posto di lavoro, di essere anche pagate durante il periodo di congedo anticipato e di poterne usufruire dall'inizio della gravidanza. Una larga parte riteneva di pesare economicamente sul datore di lavoro, e anche molti di loro - soprattutto esercenti e piccoli commercianti - non conoscevano le norme di legge né i benefici fiscali previsti in caso di sostituzione per maternità. Lo sconcerto era massimo quando si faceva presente che la legge di tutela della maternità risale al 1971.

L'effetto sorpresa tra le donne e tra i datori di lavoro è stato molto più contenuto nel corso del secondo anno di Piano, segno che si stanno colmando lacune di conoscenza dei diritti e dei doveri, a opera del passaparola tra colleghe e tra esercenti, e anche per le iniziative pubbliche di socializzazione dell'attività e dei suoi risultati.

Nel biennio non si sono verificati casi di licenziamento o di dimissioni volontarie nelle lavoratrici informate. Gli episodi di minaccia di licenziamento o di ritorsioni successive al rientro al lavoro dopo la gravidanza (ad esempio casi di dequalificazione professionale) di cui i PISLL sono venuti a conoscenza su segnalazione delle stesse lavoratrici sono stati singolarmente risolti in modo positivo con l'intervento delle consigliere provinciali di parità, i cui compiti e funzioni sono stati definiti con il DLgs 196/2000.

### *Aumento delle prestazioni sanitarie fornite dalle UUSSLL per la gravidanza*

Si è verificato nel biennio un incremento del numero di donne - comprese straniere regolari e irregolari - che hanno scelto di farsi seguire in gravidanza presso i Consultori, e/o di adesioni ai corsi di preparazione alla nascita e ad altre iniziative locali, grazie anche all'informazione fornita all'inizio della gravidanza.

### *Aumento del ricorso alla flessibilità del congedo per maternità*

Un significativo numero di donne, in particolare primipare, hanno chiesto di poter utilizzare questa possibilità a partire dal 2003. Negli anni precedenti le richieste erano assenti o molto poche, nonostante la normativa le preveda a partire dal 2000.

*Responsabilizzazione dei datori di lavoro per la tutela della gravidanza nel comparto dei servizi*

Successivamente alla diffusione dei primi 2 opuscoli sui profili di rischio del settore acconciatura e pulizie sono stati colti effetti positivi, come la messa in opera di modifiche delle mansioni di iniziativa dei singoli datori di lavoro esercenti attività di parrucchiere, titolari di imprese di pulizie o presidenti di cooperative di servizi, in applicazione delle istruzioni contenute negli stessi opuscoli, o in alternativa l'invio immediato delle dipendenti presso i PISLL con richieste di congedo anticipato. Inoltre dopo il parto, entrambe le categorie di lavoratrici hanno potuto usufruire di congedi prolungati per maternità in relazione a specifici fattori di nocività, opportunità assolutamente inapplicata prima del progetto.

Le aziende municipalizzate pluriservizi, le scuole, le cooperative di servizi sociali, incalzate dal nuovo clima (socie e dipendenti che premono, servizi di PISLL che fanno richieste precise) hanno messo a punto procedure chiare per predisporre di iniziativa una nuova collocazione esente da rischi per la lavoratrice madre o, altrimenti, richiederne l'immediato allontanamento.

Analogamente, sono stati osservati riscontri positivi a seguito di interventi effettuati presso le associazioni degli albergatori.

*Incremento dei pareri sanitari richiesti ai PISLL*

È stato registrato un netto incremento di richieste di congedo anticipato per maternità o per modifiche della mansione, ad opera soprattutto di quelle tipologie di lavoratrici che nell'analisi effettuata prima del progetto risultavano mancanti (cameriere, bariste, cuoche, parrucchiere, estetiste, animatrici sociali, educatrici, badanti, addette pulizie, ecc.). Il concetto della tutela del diritto al lavoro e a un lavoro esente da rischi per la salute in gravidanza sta diventando, nel territorio delle 4 province impegnate nella realizzazione del Piano, un'opportunità per tutte le lavoratrici - comprese le precarie e le donne di cittadinanza non italiana - anche nelle piccolissime realtà lavorative, nelle quali il progetto ha evidenziato la sostanziale assenza del percorso virtuoso previsto dal DLgs 626/1994, anche per il periodo della gravidanza e del puerperio.

La tabella sottostante mostra il riepilogo dei pareri sanitari espressi dai PISLL delle UUSSLL aderenti al Piano mirato. Il confronto è con l'anno immediatamente precedente al Piano stesso (2002). È evidente un importante incremento già a partire dal 2003 in tutte le UUSSLL.

Azienda / Zona USL	2002	2003	Incremento %	2004	Incremento %
Viareggio	157	208	+32,5	232	+48
Lucca	96	151	+57,3	194	+102
Livorno	214	252	+18	266	+24
Massa - Carrara	78	125	+60,3	176	+126

#### *Ulteriori sviluppi del Piano mirato*

Il progetto prevede un nuovo incontro con le lavoratrici dipendenti e precarie a un anno dal parto.

Sono al momento in corso le interviste e, sulla base delle risposte, sarà possibile valutare gli eventuali problemi del ritorno al lavoro (penalizzazione nella progressione di carriera, dequalificazione professionale, emarginazione) o i motivi di abbandono del lavoro.

I risultati definitivi dello studio forniranno nell'insieme un contributo utile per la ricerca di azioni di prevenzione nei luoghi di lavoro e, più in generale, per la ricerca di misure di promozione e di sostegno della maternità nella donna che lavora.



## Elenco degli autori / referenti

	<b>n. scheda</b>	<b>pag.</b>
Agostini Daniele	17	92
Alberghini Bruno	15	79
Alberghini Villiam	11	65
Alpi Ferdinando	31	167
Azzali Stefania	9	55
Barresi Ivano	12, 13, 14, 15, 16	68, 71, 75, 79, 86
Barzanti Marilena	28	153
Bassi Mariano	13, 14	71, 75
Benvenuti Chiara	27	147
Bettocchi Marzia	19	109
Bevolo Piera	6	39
Bianchi Bartolo Maria	31	167
Biolcati Rinaldi Alberto	26	141
Bombardi Sandra	24	125
Bondavalli Giovanna	5	35
Bramanti Lucia	38	212
Broccoli Marco	33	177
Brunelli Loretta	26	141
Caccialupi Maria Giovanna	16	86
Cangini Maeba	30	163
Carletti Patrizia	37	203
Casadio Ilaria	31	167
Cassinari Maria Grazia	3	27
Cavazzini Rita	1	15
Celin Daniela	24	125
Ciano Antonio	26	141
Cinrad Binder	25	133
Cristiani Paolo	16	86
Dallari Giovanna Vittoria	18	99
Danesi Paolo	32	171
De Lisio Sara	17	92

	<b>n. scheda</b>	<b>pag.</b>
De Togni Aldo	27	147
Donegani Ivonne	12	68
Fabi Massimo	1	15
Fantini Michela	19	109
Farina Manuela	36	198
Farini Maurizio	10	60
Foracchia Andrea	5	35
Fornaciari Rossano	5	35
Francia Fausto	17	92
Frassica Carmelina	3	27
Gambetti Marina	36	198
Gambini Antonella	20, 21	112, 117
Gasparini Fr. Antonio	25	133
Gemmi Maria Cristina	5, 6	35, 39
Giustardi AnnaMaria	9	55
Govoni Lelia	15	79
Graglia Margherita	22	119
Greci M.	5	35
Guagnelli Valeria	35	192
Ionio Chiara	32	171
Lelleri Raffaele	22	119
Maccaferri Monica	7	44
Mahri F.	6	39
Manghi Mara	5, 6	35, 39
Mingozzi Damiano	31	167
Monini Tullio	27	147
Mori Sergio	4	33
Nicoli Luciana	16	86
Notari M.	6	39
Padovani Anna	33	177
Palazzi Mauro	29	156
Pandolfi Paolo	17	92
Pecorari Alessia	8	50
Pietrantoni Luca	22	119
Previti Debora	18	99

	<b>n. scheda</b>	<b>Pag.</b>
Ragazzi Roberto	12, 13, 14, 15, 16	68, 71, 75, 79, 86
Ramponi Albertina	15	79
Ricchi Arena	23	122
Ricci Cosetta	33	177
Ricci Stefania	18	99
Sarti Giuseppe	25	133
Sateriale Maria Caterina	27	147
Scarnato Corrado	11, 17	65, 92
Sparano M.	6	39
Tellarini Maria Adele	34	184
Torricella Cristiana	2	19
Totire Vito	11	65
Stefania Vichi	37	203
Vincenti Alberto	10	60
Yen Sun Shu	6	39



# Indice analitico

	<b>n. scheda</b>	<b>pag.</b>
Abitazione	15, 27	79, 147
Accesso ai servizi	1, 16, 17, 18, 22, 29, 35, 37	15, 86, 92, 99, 119, 156, 192, 203
Accoglienza	3, 9, 13, 24, 29, 32, 35, 36, 37	27, 55, 71, 125, 156, 171, 192, 198, 203
AIDS	5, 22	35, 119
Anziani	1, 17	15, 92
Autismo	2, 31	19, 167
Badante	8	50
Bambini	2, 9, 20, 23, 27	19, 55, 112, 122, 147
Comunità montana	1	15
Consultorio familiare	5, 6, 16, 30	35, 39, 86, 163
Dipartimento delle cure primarie	29	156
Dipartimento di salute mentale	12, 13, 14, 32, 34	68, 71, 75, 171, 184
Dipartimento di sanità pubblica	17, 29	92, 156
Disabilità	7, 15, 19, 21, 25, 26, 28, 31, 34	44, 79, 109, 117, 133, 141, 153, 167, 184
Disagio giovanile	4	33
Disagio psico-sociale	10, 11, 12, 13, 14, 32, 34	60, 65, 68, 71, 75, 171, 184
Donne	3, 5, 6, 8, 16, 18, 30, 35, 38	27, 35, 39, 50, 86, 99, 163, 192, 212
Famiglie svantaggiate	27	147
Giovani	4, 5, 7, 15, 19, 26, 28, 31, 32	33, 35, 44, 79, 109, 141, 153, 167, 171
Gravidanza	6, 16, 38	39, 86, 212
Immigrati	5, 6, 8, 16, 18, 23, 24, 29, 32, 33, 35, 37	35, 39, 50, 86, 99, 122, 125, 156, 171, 177, 192, 203
Immigrati irregolari	29, 37	156, 203
Lavoratori	11, 33, 38	65, 177, 212
Lavoro	10, 12, 14, 25, 26, 34	60, 68, 75, 133, 141, 184

	<b>n. scheda</b>	<b>pag.</b>
Malattie dei denti	23	122
Malattie rare	9, 20	55, 112
Malattie sessualmente trasmesse	5	35
Mediatore culturale	16, 18, 24, 35, 37	86, 99, 125, 192, 203
Medico di medicina generale	18	99
Mobbing	11	65
Musica	7, 26	44, 141
Nascita	6	39
Nomadi	18, 29	99, 156
Omosessualità	22	119
Ondate di calore	17	92
Ospedale	6, 24	39, 125
Pediatra di libera scelta	18	99
Persone senza casa	13, 29	71, 156
Pronto soccorso	36	198
Prostituzione	5	35
Screening mammografico	18	99
Scuola elementare	2, 20	19, 112
Scuola media superiore	4, 19	33, 109
Servizio di prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro	11, 33, 38	65, 175, 212
SerT	4	33
Servizi sociali	10, 13, 14, 21, 34	60, 71, 75, 117, 184
Soggetti ipovedenti	21	117
Sport	31	167
Sportello unico	1	15
Teatro	7, 12, 19, 26	44, 68, 109, 141
Tossicodipendenza	4	33
Viaggi	28	153
Violenza sessuale	3	27

# COLLANA DOSSIER

a cura dell'Agenzia sanitaria regionale

1. Centrale a carbone "Rete 2": valutazione dei rischi. Bologna, 1990. (\*)
2. Igiene e medicina del lavoro: componente della assistenza sanitaria di base. Servizi di igiene e medicina del lavoro. (Traduzione di rapporti OMS). Bologna, 1990. (\*)
3. Il rumore nella ceramica: prevenzione e bonifica. Bologna, 1990. (\*)
4. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione. I edizione - 1990. Bologna, 1990. (\*)
5. Catalogo delle biblioteche SEDI - CID - CEDOC e Servizio documentazione e informazione dell'ISPESL. Bologna, 1990. (\*)
6. Lavoratori immigrati e attività dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro. Bologna, 1991. (\*)
7. Radioattività naturale nelle abitazioni. Bologna, 1991. (\*)
8. Educazione alimentare e tutela del consumatore "Seminario regionale Bologna 1-2 marzo 1990". Bologna, 1991. (\*)
9. Guida alle banche dati per la prevenzione. Bologna, 1992.
10. Metodologia, strumenti e protocolli operativi del piano dipartimentale di prevenzione nel comparto rivestimenti superficiali e affini della provincia di Bologna. Bologna, 1992. (\*)
11. I Coordinamenti dei Servizi per l'Educazione sanitaria (CSES): funzioni, risorse e problemi. Sintesi di un'indagine svolta nell'ambito dei programmi di ricerca sanitaria finalizzata (1989 - 1990). Bologna, 1992. (\*)
12. Epi Info versione 5. Un programma di elaborazione testi, archiviazione dati e analisi statistica per praticare l'epidemiologia su personal computer. Programma (dischetto A). Manuale d'uso (dischetto B). Manuale introduttivo. Bologna, 1992. (\*)
13. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione in Emilia-Romagna. 2ª edizione. Bologna, 1992. (\*)
14. Amianto 1986-1993. Legislazione, rassegna bibliografica, studi italiani di mortalità, proposte operative. Bologna, 1993. (\*)
15. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1991. Bologna, 1993. (\*)
16. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica delle USL dell'Emilia-Romagna, 1991. Bologna, 1993. (\*)

---

(\*) volumi disponibili presso l'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna. Sono anche scaricabili dal sito <http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/colldoss/index.htm>

17. Metodi analitici per lo studio delle matrici alimentari. Bologna, 1993. (\*)
18. Venti anni di cultura per la prevenzione. Bologna, 1994.
19. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1992. Bologna, 1994. (\*)
20. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1992. Bologna, 1994. (\*)
21. Atlante regionale degli infortuni sul lavoro. 1986-1991. 2 volumi. Bologna, 1994. (\*)
22. Atlante degli infortuni sul lavoro del distretto di Ravenna. 1989-1992. Ravenna, 1994. (\*)
23. 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna, 1994.
24. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1993. Bologna, 1995. (\*)
25. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1993. Bologna, 1995. (\*)
26. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna. Sintesi del triennio 1992-1994. Dati relativi al 1994. Bologna, 1996. (\*)
27. Lavoro e salute. Atti della 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna, 1996. (\*)
28. Gli scavi in sotterraneo. Analisi dei rischi e normativa in materia di sicurezza. Ravenna, 1996. (\*)
29. La radioattività ambientale nel nuovo assetto istituzionale. Convegno Nazionale AIRP. Ravenna, 1997. (\*)
30. Metodi microbiologici per lo studio delle matrici alimentari. Ravenna, 1997. (\*)
31. Valutazione della qualità dello screening del carcinoma della cervice uterina. Ravenna, 1997. (\*)
32. Valutazione della qualità dello screening mammografico del carcinoma della mammella. Ravenna, 1997. (\*)
33. Processi comunicativi negli screening del tumore del collo dell'utero e della mammella (parte generale). Proposta di linee guida. Ravenna, 1997. (\*)
34. EPI INFO versione 6. Ravenna, 1997. (\*)
35. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore del collo dell'utero. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna, 1998.
36. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore della mammella. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna, 1998. (\*)
37. Centri di Produzione Pasti. Guida per l'applicazione del sistema HACCP. Ravenna, 1998. (\*)
38. La comunicazione e l'educazione per la prevenzione dell'AIDS. Ravenna, 1998. (\*)

39. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1995-1997. Ravenna, 1998. (\*)
40. Progetti di educazione alla salute nelle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna. Catalogo 1995 - 1997. Ravenna, 1999. (\*)
41. Manuale di gestione e codifica delle cause di morte, Ravenna, 2000.
42. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1998-1999. Ravenna, 2000. (\*)
43. Comparto ceramiche: profilo dei rischi e interventi di prevenzione. Ravenna, 2000. (\*)
44. L'Osservatorio per le dermatiti professionali della provincia di Bologna. Ravenna, 2000. (\*)
45. SIDRIA Studi Italiani sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e l'Ambiente. Ravenna, 2000. (\*)
46. Neoplasie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2000.
47. Salute mentale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
48. Infortuni e sicurezza sul lavoro. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (\*)
49. Salute Donna. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2000.
50. Primo report semestrale sull'attività di monitoraggio sull'applicazione del D.Lgs 626/94 in Emilia-Romagna. Ravenna, 2000. (\*)
51. Alimentazione. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (\*)
52. Dipendenze patologiche. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
53. Anziani. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (\*)
54. La comunicazione con i cittadini per la salute. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (\*)
55. Infezioni ospedaliere. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (\*)
56. La promozione della salute nell'infanzia e nell'età evolutiva. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
57. Esclusione sociale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
58. Incidenti stradali. Proposta di Patto per la sicurezza stradale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
59. Malattie respiratorie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (\*)

60. AGREE. Uno strumento per la valutazione della qualità delle linee guida cliniche. Bologna, 2002.
61. Prevalenza delle lesioni da decubito. Uno studio della Regione Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
62. Assistenza ai pazienti con tubercolosi polmonare nati all'estero. Risultati di uno studio caso-controllo in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (\*)
63. Infezioni ospedaliere in ambito chirurgico. Studio multicentrico nelle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
64. Indicazioni per l'uso appropriato della chirurgia della cataratta. Bologna, 2002. (\*)
65. Percezione della qualità e del risultato delle cure. Riflessione sugli approcci, i metodi e gli strumenti. Bologna, 2002. (\*)
66. Le Carte di controllo. Strumenti per il governo clinico. Bologna, 2002.
67. Catalogo dei periodici. Archivio storico 1970-2001. Bologna, 2002.
68. Thesaurus per la prevenzione. 2a edizione. Bologna, 2002. (\*)
69. Materiali documentari per l'educazione alla salute. Archivio storico 1970-2000. Bologna, 2002. (\*)
70. I Servizi socio-assistenziali come area di policy. Note per la programmazione sociale regionale. Bologna, 2002. (\*)
71. Farmaci antimicrobici in età pediatrica. Consumi in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (\*)
72. Linee guida per la chemiopprofilassi antibiotica in chirurgia. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (\*)
73. Liste di attesa per la chirurgia della cataratta: elaborazione di uno score clinico di priorità. Bologna, 2002. (\*)
74. Diagnostica per immagini. Linee guida per la richiesta. Bologna, 2002. (\*)
75. FMEA-FMECA. Analisi dei modi di errore/guasto e dei loro effetti nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 1. Bologna, 2002. (\*)
76. Infezioni e lesioni da decubito nelle strutture di assistenza per anziani. Studio di prevalenza in tre Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (\*)
77. Linee guida per la gestione dei rifiuti prodotti nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2003.
78. Fattibilità di un sistema di sorveglianza dell'antibioticoresistenza basato sui laboratori. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (\*)
79. Valutazione dell'appropriatezza delle indicazioni cliniche di utilizzo di MOC ed eco-color-Doppler e impatto sui tempi di attesa. Bologna, 2003. (\*)
80. Promozione dell'attività fisica e sportiva. Bologna, 2003. (\*)
81. Indicazioni all'utilizzo della tomografia ad emissione di positroni (FDG - PET) in oncologia. Bologna, 2003. (\*)

82. Applicazione del DLgs 626/94 in Emilia-Romagna. Report finale sull'attività di monitoraggio. Bologna, 2003. (\*)
83. Organizzazione aziendale della sicurezza e prevenzione. Guida per l'autovalutazione. Bologna, 2003. (\*)
84. I lavori di Francesca Repetto. Bologna, 2003. (\*)
85. Servizi sanitari e cittadini: segnali e messaggi. Bologna, 2003. (\*)
86. Il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 2. Bologna, 2003. (\*)
87. I Distretti nella Regione Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (\*)
88. Misurare la qualità: il questionario. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna, 2003. (\*)
89. Promozione della salute per i disturbi del comportamento alimentare. Bologna, 2004. (\*)
90. La gestione del paziente con tubercolosi: il punto di vista dei professionisti. Bologna, 2004. (\*)
91. Stent a rilascio di farmaco per gli interventi di angioplastica coronarica. Impatto clinico ed economico. Bologna, 2004. (\*)
92. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2003. Bologna, 2004. (\*)
93. Le liste di attesa dal punto di vista del cittadino. Bologna, 2004. (\*)
94. Raccomandazioni per la prevenzione delle lesioni da decubito. Bologna, 2004. (\*)
95. Prevenzione delle infezioni e delle lesioni da decubito. Azioni di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani. Bologna, 2004. (\*)
96. Il lavoro a tempo parziale nel Sistema sanitario dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (\*)
97. Il sistema qualità per l'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna, 2004. (\*)
98. La tubercolosi in Emilia-Romagna. 1992-2002. Bologna, 2004. (\*)
99. La sorveglianza per la sicurezza alimentare in Emilia-Romagna nel 2002. Bologna, 2004. (\*)
100. Dinamiche del personale infermieristico in Emilia-Romagna. Permanenza in servizio e mobilità in uscita. Bologna, 2004. (\*)
101. Rapporto sulla specialistica ambulatoriale 2002 in Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (\*)
102. Antibiotici sistemici in età pediatrica. Prescrizioni in Emilia-Romagna 2000-2002. Bologna, 2004. (\*)
103. Assistenza alle persone affette da disturbi dello spettro autistico. Bologna, 2004. (\*)

104. Sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere in terapia intensiva. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (\*)
105. SapereAscoltare. Il valore del dialogo con i cittadini. Bologna, 2005. (\*)
106. La sostenibilità del lavoro di cura. Famiglie e anziani non autosufficienti in Emilia-Romagna. Sintesi del progetto. Bologna, 2005. (\*)
107. Il bilancio di missione per il governo della sanità dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (\*)
108. Contrastare gli effetti negativi sulla salute di disuguaglianze sociali, economiche o culturali. Premio Alessandro Martignani - III edizione. Catalogo. Bologna, 2005. (\*)