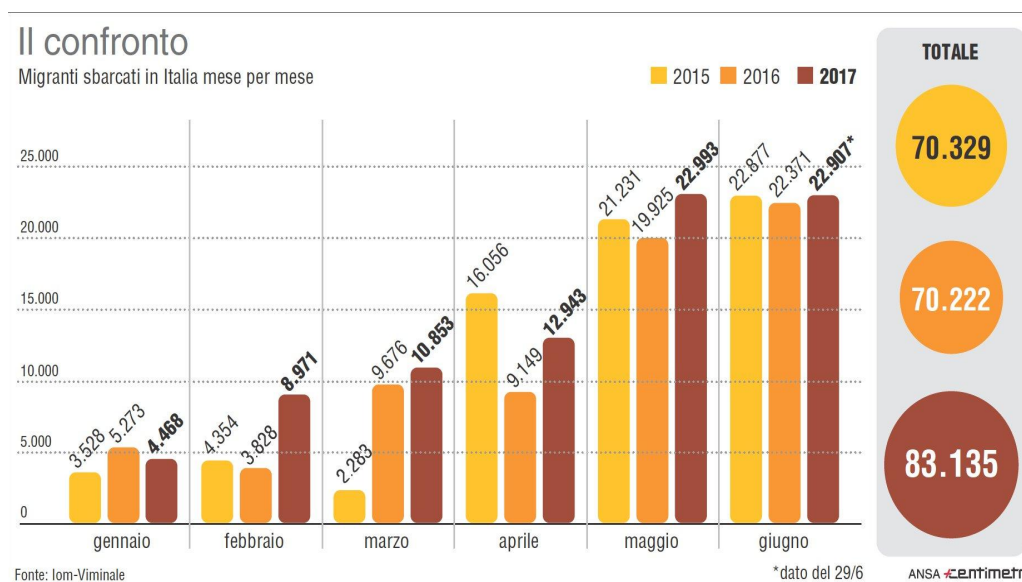


MIGRANTI E SALUTE: ESPERIENZA INFERMIERISTICA IN UN CENTRO DI ACCOGLIENZA

dott.sa Roberta Fournier

Il presente lavoro nasce da un'esperienza, che ho avuto la fortuna di vivere in prima persona, operando dall'agosto 2015 al dicembre 2016 presso un CAS per donne (centro di accoglienza straordinaria) ubicato a Napoli, il Centro "Talitakum", gestito da la cooperativa sociale "Davantage", di cui sono socia fondatrice. Dalla prima metà del 2015 a tutt'oggi i media, con vari gradi di allarmismo, ci hanno raccontato di migrazioni di massa verso le coste dell'Europa mediterranea. Questo fenomeno ha prodotto un importante dibattito politico-istituzionale all'interno dell'Europa e dei singoli stati nazionali con maggiore intensità nei paesi di primo approdo. Il *Rapporto migranti 2016* ci fornisce alcuni dati rilevanti sul fenomeno immigrazione in Europa e in Italia, :



I dati dimostrano che nonostante le leggi più restrittive, gli immigrati continuano ad arrivare in Italia e a modificare il tessuto sociale, nelle variegate dimensioni della multiculturalità, con specifiche ripercussioni sulla salute e sull'assistenza. L'incontro tra operatori sanitari italiani e utenti stranieri induce reciprocamente il cambiamento di comportamenti e atteggiamenti, spesso condizionati dalla diffidenza nei confronti della 'diversità', come risultato dell'esperienza transculturale (Ciancio, 2005). Queste turbolenze da una parte determinano nel professionista la paura di perdere le proprie connotazioni culturali, dall'altra l'esigenza di una profonda riflessione sui valori dell'assistenza, per ridisegnarli in relazione ai nuovi bisogni (El-Hamad e Pezzoli, 2005). Si tratta di una sfida positiva e stimolante per l'infermiere, che comporta un

arricchimento e un approfondimento delle dimensioni professionali che fanno riferimento alle scienze umane e a competenze specialistiche su nuovi bisogni emergenti (Mottini, 2007).

OBIETTIVI

Questo studio si pone l'obiettivo di fornire in maniera precisa, attraverso indicatori sanitari, una valutazione dei bisogni di salute delle giovani migranti e della presa in carico delle stesse. Inoltre attraverso l'analisi di questi dati si vuole evidenziare il ruolo dell'infermiere: responsabile del processo assistenziale che deve basarsi su un approccio personalizzato e rispettoso della cultura della persona assistita (Leininger, 2002).

MATERIALI E METODI

Al fine di descrivere i bisogni di salute delle giovani migranti sono state raccolte informazioni inerenti gli aspetti socio anagrafici, il profilo sanitario e l'accesso ai servizi sanitari

Nella struttura di accoglienza nel periodo di osservazione sono state ospitate complessivamente circa 100 profughe. Il campione da me indagato è risultato essere costituito da 80 soggetti sulla base dei criteri di inclusione dello studio da me definiti in fase preanalitica e di seguito riportati.

Criteri di inclusione dello studio esplorativo:

- 1) sesso femminile
- 2) età superiore ai 18 anni
- 2) periodo di osservazione: maggio 2015 a dicembre 2016
- 3) documentazione socio sanitaria completa (scheda di rilevazione dati socio sanitari)
- 4) permanenza di almeno 60 giorni all'interno della struttura di accoglienza indagata.

A ogni persona è stato attribuito un codice numerico che permette l'anonimato dei dati e il rispetto della privacy.

STRUMENTI

La fonte principale dei dati raccolti per la rilevazione dei problemi di salute delle profughe è stata ottenuta dall'analisi della documentazione clinica in possesso della

struttura di accoglienza. In particolare per ciò che concerne l'aspetto sanitario è stata strutturata una cartella personale (scheda di rilevazione dati socio-sanitari, riportata di seguito), per ciascuna profuga presente nel Centro con le seguenti informazioni

SCHEDA DI RILEVAZIONE DATI SOCIO SANITARI

⌚ Nome e Cognome _____

⌚ Et  _____

⌚ Nazionalit  _____

⌚ Data di accoglienza in struttura _____

⌚ Modalit  di arrivo in Italia _____

⌚ Data prima valutazione _____

⌚ Anamnesi e Diagnosi (prima valutazione) _____

⌚ Data ultima valutazione _____

⌚ Anamnesi e Diagnosi (successive ed ultima valutazione) _____

⌚ Terapia farmacologica _____

⌚ Accesso al SSN:

Ricovero _____

Visite ambulatoriali specialistiche _____

Pronto soccorso _____

In particolare i dati riguardanti i problemi di salute accertati sono stati suddivisi in diversi gruppi, quelli rilevati al primo controllo, quelli rilevati in itinere e quelli evidenziati nel corso dell'ultima valutazione registrata. Tale cartella   regolarmente compilata e aggiornata dall'infermiere presente in struttura.

RISULTATI

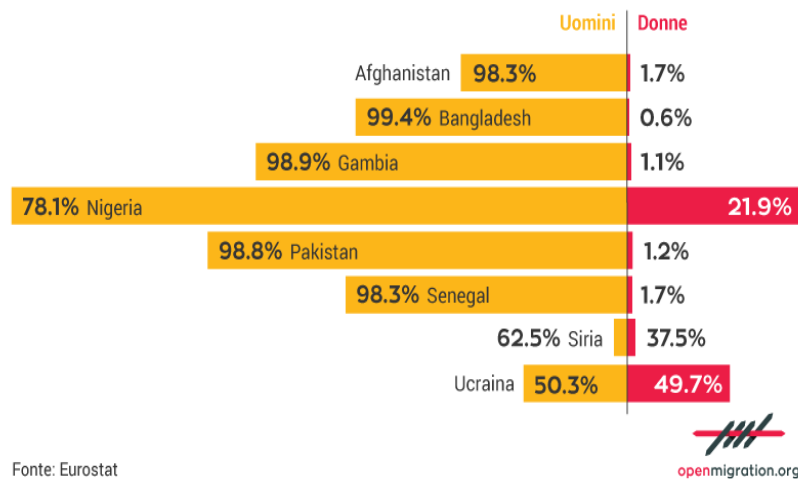
La data di accoglienza   stata considerata per poter calcolare i tempi di permanenza in struttura, i quali indicano che tutti i soggetti inclusi nello studio sono ospiti da pi 

di 60 giorni, al fine di avere dati sanitari completi; il 30% del campione è ospite da più di 300 giorni.

La provenienza geografica prevalente del campione oggetto di studio è dall'Africa occidentale 92%, seguita dall'Africa orientale 7%, mentre il restante 1% proviene da nazioni dell'Asia. In linea con i dati nazionali di seguito riportati:

Quante donne e quanti uomini hanno chiesto asilo in Italia

Dati dal dicembre 2014 al novembre 2015



L'età del campione oggetto di studio è compresa 18 e 42 anni, ma si concentra maggiormente tra i 20 e i 28 anni (mediana 24 anni).

In relazione all'obiettivo di valutazione dei bisogni di salute delle profughe, sulla base degli indicatori di seguito riportati, è emerso che: le profughe alle quali è stato accertato alla prima visita almeno un problema di salute sono il 90%, mentre i casi in cui i problemi di salute sono risultati più di uno sono il 32%. Nell'ultima valutazione le profughe con almeno un problema di salute sono il 35% mentre i casi in cui i problemi di salute sono risultati più di uno sono il 15%.

Tabella 1: Frequenza assoluta dei principali problemi di salute alla prima valutazione.

Prima valutazione	Frequenza
Pregressa infezione da acaro della scabbia	10
Congiuntivite	5
Disidratazione per mancanza di acqua	50
Infezioni respiratorie con febbre	2
Stipsi non specificata	60
Gastrite non specificata	38
Atralgia	25
Cefalea	20
Rinofaringite	17
Carie	9
Diarrea	13
Infezioni delle vie urinarie	43
Lesioni cutanee non specifiche	13

Tabella 2: Frequenza assoluta dei principali problemi di salute all'ultima valutazione

Ultima valutazione	Frequenza
Pregressa infezione da acaro della scabbia	0
Congiuntivite	2
Disidratazione per mancanza di acqua	0
Infezioni respiratorie con febbre	0
Stipsi	23
Gastrite	13
Atralgia	3
Cefalea	11
Rinofaringite	11
Carie	0
Diarrea	12
Infezioni delle vie urinarie	28
Lesioni cutanee non specifiche	0
Miopia	4
Dermatite	17
Epatite B	5
Epatite C	1
HIV	2
Miomi/Menorragia	23
Infezioni genitali	35

Alcuni problemi di salute risultano esser presenti unicamente nell'ultima valutazione perché si sono resi evidenti in seguito agli esami diagnostico strumentali di approfondimento a cui sono state sottoposte le profughe, Per quanto riguarda l'accesso ai servizi sanitari, il ricorso al ricovero ospedaliero è stato fortunatamente molto limitato, avendo riguardato solo 5 ricoveri complessivi, così come anche

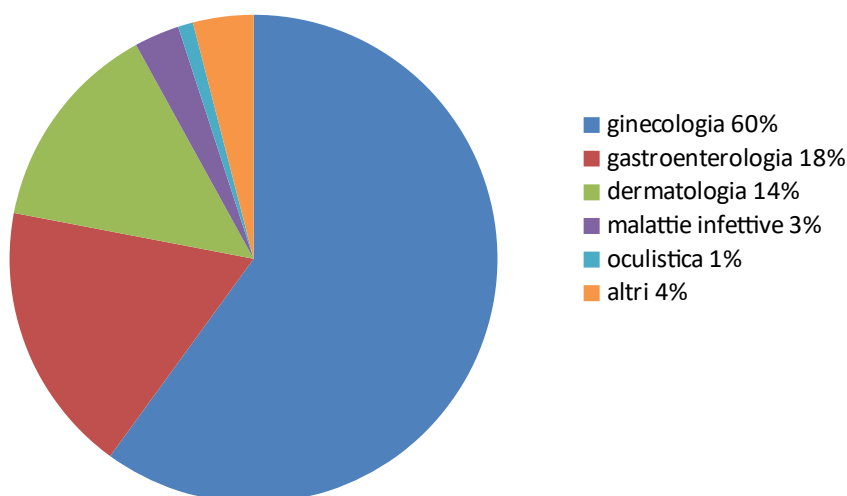
l'accesso al pronto soccorso che ha riguardato solo 7 persone; sono invece frequenti e differenziati gli accessi agli ambulatori specialistici (tabella 3 e 4)

Tabella 3

Modalità	Frequenza
Mai	3%
1 volta	5%
2 volte	10%
3 volte	15%
4 volte	27%
5 volte	40%

Tabella 4

ambulatori specialistici e accesso



DISCUSSIONE

Nel complesso i problemi di salute individuati si sono evidenziati in seguito ad esami ematochimici, diagnostici e strumentali, che le profughe hanno eseguito nel corso del periodo di permanenza presso la struttura. Questi esami e le visite specialistiche ambulatoriali hanno consentito di diagnosticare patologie di cui, nella maggior parte dei casi neanche le profughe stesse ne erano a conoscenza.. I quattro problemi più diffusi all'ultima valutazione sono: infezioni genitali (35 casi), infezioni delle vie urinarie (28 casi), miomi/menorragia (23 casi), stipsi (23 casi). In generale si registra, nel periodo osservato, un miglioramento delle condizioni di salute delle profughe come si evince dalle tabelle una e due.

I problemi di salute rilevati al primo accertamento sono più strettamente legati alla condizione specifica del viaggio di attraversamento delle frontiere (disidratazione,

stipsi, infezione da acaro della scabbia), mentre all'ultimo controllo, oltre ad un atteso miglioramento delle condizioni generali di salute con una riduzione di circa un terzo dei problemi di salute accertati alla prima valutazione, si registrano problemi di salute soprattutto di tipo: gastrointestinale correlati a scorrette abitudini alimentari, uso eccessivo di: peperoncino, banane, scarso introito di fibre; ginecologico correlati a rapporti sessuali non protetti, aborti illegali eseguiti in Africa, scarsa educazione all'igiene personale.

Dallo studio è emerso che la maggior parte dei soggetti del campione il 77% ha eseguito nel corso della sua permanenza presso il CAS una terapia farmacologica di almeno tre giorni, impegnando l'infermiere e il mediatore culturale in interventi di educazione ed informazione terapeutica.

CONCLUSIONI

Dallo studio emerge che: i dati epidemiologici se raccolti e divulgati in tempo reale dagli infermieri operanti nei centri per immigrati, favoriscono il riconoscimento precoce di rischi ed emergenze sanitarie e di conseguenza permettono di attuare idonee misure di protezione o di rafforzare quelle di prevenzione di patologie.

Il risultato ottenuto dal lavoro sulla sorveglianza sindromica e il modello proposto potrebbero contribuire a ridurre le allerte sanitarie, gli accessi impropri al pronto soccorso ed a abolire o ridurre le emergenze epidemiche nei centri di prima accoglienza, determinando in questo modo una sensibile riduzione della spesa sanitaria.

Inoltre dallo studio condotto, si registrano dati abbastanza positivi circa il soddisfacimento dei bisogni di salute delle profughe ospitate presso il CAS indagato; pur tuttavia emerge la necessità di regolamentare in maniera più precisa un ambito operativo, quale quello dell'assistenza ai migranti, che ormai non risponde più alla definizione di "servizio emergenziale" e che per questo necessita di un intervento che deve essere strutturato e realizzato attraverso un tavolo di concertazione che veda come protagonisti: istituzioni pubbliche locali, istituzioni sanitarie locali ed enti gestori dei centri di accoglienza, al fine di perseguire due importanti finalità: la continuità assistenziale individuale e collettiva, ed il riconoscimento precoce di eventuali problemi di rilevanza socio sanitaria.

Per rispondere alle giuste sollecitazioni dell'OMS e alle nuove esigenze di integrazione socio sanitaria in fatto di assistenza alla popolazione accolta, si deve costruire un modello operativo che favorisca lo sviluppo progressivo dell'assistenza alla salute, investendo la figura infermieristica, per una migliore qualità di vita e di

salute del singolo e della comunità di inserimento. Nello specifico l'infermiere è il responsabile del processo assistenziale, nonché della presa in carico del profugo, che si esplica nel:

- favorire il percorso di riacquisizione della salute e dell'autonomia della persona intesa come capacità di raggiungere il migliore stato di benessere fisico, psichico e sociale;
- identificare i bisogni di assistenza infermieristica, formulare gli obiettivi per rispondere a tali bisogni, pianificare, gestire e valutare la necessità e l'appropriatezza di un intervento assistenziale infermieristico;
- interagire con le istituzioni e con gli attori del privato sociale per attuare strategie efficaci di una presa in carico del migrante mirata e allo stesso tempo olistica;
- programmare e realizzare interventi di educazione sanitaria e terapeutica. In particolare l'infermiere deve conoscere le credenze e i valori che influenzano la relazione terapeutica per poter assicurare un'assistenza competente.

Quando il privato sociale e gli apparati dei servizi sanitari si compenetrano per favorire il raggiungimento di obiettivi di salute, si crea un laboratorio culturale originale, i cui effetti è ancora prematuro analizzare approfonditamente, ma certamente interessante per il mandato sociale che investe queste due realtà.

BIBLIOGRAFIA

Anci, Caritas Italiana, Fondazione Migrantes, Sprar UNHCR (2014). Rapporto di protezione internazionale in Italia, 2014.

Balsamo F. Famiglie di migranti. Carrocci Editore. Roma, 2006.

Besozzi E., Colombo M., Santagati M. Misurare l'integrazione nelle classi multietniche. Fondazione ISMU. Milano, 2012

Caritas, Dossier giugno 2015: Mari e Muri, Infinite barriere mortali per i migranti, A cura di: Francesco Soddu, Angelo Pittaluga, Silvio Tessari, Paolo Beccegato. Serie: Dossier Caritas con testimonianze, Giugno 2015.

Cattaneo M.Luisa, Dal Verme S., Donne e madri nella migrazione. Prospettive transculturali e di genere, Unicopli, 2005.

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute. Rapporto 58. Sulla Sorveglianza Sindromica, Popolazione immigrata, 2013

Geraci S., Maisano B., Mazzetti M. La medicina delle migrazioni in Italia: un percorso di conoscenza e di diritti. Un lessico per comprendere. Migrazione, salute, cultura, diritti, (a cura di): Migrazione, salute, cultura, diritti, 2005.

Geraci S., Baglio G., Burgio A. (2014). Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane, Rapporto Osserva salute, 2014.

- Leininger M, McFarland MR (2005). Diversità e universalità dell'assistenza transculturale. Una teoria del nursing. Padova, Piccin.

Manara D.F. Il nursing transculturale. Eguaglianza, disegualianza, differenza. Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing. McgrawHill Italia, Milano, 2001.

Marceca M. La salute. Trattato dall'XII Rapporto sulle Migrazioni 2006 – ISMU, Franco Angeli, Milano, 2007.

Mazzetti M. Il dialogo transculturale, Carocci Faber, 2003

Ministero della Salute. Conferenza sulla salute del Mediterraneo, Roma, Ottobre 2014.

Pomponio G. Calosso, A. EBM e Metodologia della ricerca per le professioni sanitarie, Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 2005.

Sannella A., Salute transculturale. Percorsi sociosanitari, Franco Angeli, 2010.

Stievano A. Alle radici del nursing transculturale: il contributo di Madeleine Leininger, Infermiere Oggi. Gemmagraf Editore, Roma, 2006.

Tortolici B., Steviano A. Antropologia e nursing. Carocci Faber Editore, 2009.

Leininger M. Diversità e universalità della assistenza culturale. Una teoria del nursing. Piccin Editore, 2005.

KEYWORDS: *nursing transculturale*, migranti, centri di accoglienza