

Indicatori di salute e di integrazione per lo sviluppo di nuove politiche sociali

*di Giovanni Delli Zotti e Ornella Urpis**

* Il lavoro è il frutto della collaborazione tra gli autori, ma ai fini di legge si precisa che i paragrafi 2, 3 e 4 sono stati redatti da Giovanni Delli Zotti e i paragrafi 1, 5 e 6 da Ornella Urpis. Gli autori ringraziano Igor Karnjuš, Sabina Ličen e Mirko Prosen per la collaborazione alla messa a punto della scheda di rilevazione e la descrizione delle modalità di utilizzo dello strumento in Slovenia.

Giuseppe Ricci e Federica Scrimin

LINEE GUIDA E INDICATORI DI SALUTE SESSUALE E RIPRODUTTIVA DELLE DONNE MIGRANTI
ISBN 978-88-5511-042-6 (print); 978-88-5511-043-3 (online). EUT, 2019, pp. 53-70

1. Nuovi indicatori per le politiche di integrazione

I processi di migrazione implicano un rimodellamento costante della struttura della società e impongono nuovi modelli di azione politica. Quando si parla di integrazione delle popolazioni migranti si fa sempre riferimento all'inserimento lavorativo, alle condizioni abitative, alla capacità dell'immigrato di accedere ai servizi, alle relazioni con l'ambiente, ecc. (Boccagni e Pollini 2012), ma non ci si propone di misurare con la stessa profondità i mutamenti dei modelli di identificazione e le capacità di rimodellamento dei quadri cognitivi e valutativi dello straniero nel nuovo sistema culturale di cui è entrato a far parte (Sayad 2002). Indubbiamente è molto difficile individuare le capacità di adattamento e le modificazioni intervenute nel tempo relative allo status di migrante in un nuovo contesto sociale. Un indicatore fondamentale, sinora del tutto trascurato, ha per oggetto i modelli di comportamento fra i generi e il perdurare delle azioni di potere patriarcale (nelle culture dove sono diffuse) che limitano la vita delle donne e influiscono negativamente sulla loro salute sessuale e riproduttiva.

Le politiche più lungimiranti tendono a rapportarsi con le comunità per conoscerne i bisogni e proporre soluzioni, ma risentono purtroppo a volte del carattere "conservativo" in termini culturali delle stesse comunità, dove il ruolo della donna è marginale e i rapporti fra i generi risentono fortemente della divisione del potere (Lanzillo 2006).

Nei processi migratori le lealtà al modello tradizionale della famiglia patriarcale rimangono invariate. Le relazioni differenziate e lo squilibrio di potere tra i sessi perdurano e in alcuni casi si cristallizzano ancor più nei Paesi di accoglienza, provocando spesso problemi anche ai figli degli immigrati, in sospeso fra una lealtà familiare e una sociale completamente diverse (Lannutti 2016). Le dinamiche migratorie si intrecciano con le strategie matrimoniali delle famiglie o delle comunità, e il mantenimento di certe pratiche tradizionali diventa funzionale al mantenimento dei confini dell'identità (Cammarosano e Urpis 2012).

Anche quando, negli approcci più avanzati (Boccagni e Pollini 2012; Cesareo e Blangiardo 2009), vengono utilizzati indicatori di integrazione relativi alle diverse dimensioni dell'esistenza istituzionale, relazionale, culturale, socio-temporale, socio-spaziale, i rapporti fra i generi e il conseguente benessere sessuale delle donne non è mai inserito, poiché la salute sessuale non rientra nel cosiddetto "paniere dei processi integrativi", così come definito dagli studi delle scienze sociali (Sciortino 2015). Nel caso dei processi migratori, la conoscenza delle caratteristiche culturali di comunità nelle quali la donna è particolarmente soggetta a discriminazione, può permettere invece alla società di accoglienza di adoperare strumenti necessari a promuovere politiche che favoriscano i processi di inclusione sociale (Ambrosini e Berti 2009).

Per le donne la libertà di autodeterminazione passa storicamente attraverso il loro corpo, e la salute sessuale e riproduttiva è una condizione importante per lo sviluppo delle capacità autonome di relazione con il nuovo ambiente sociale. Proprio per queste ragioni un fattore fondamentale di integrazione è rappresentato dalla condizione femminile delle immigrate, cioè dall'emancipazione economica e sociale, dall'apprendimento della lingua del Paese di accoglienza, dalla relazione di uguaglianza nei confronti del marito/uomo, dall'abbandono delle pratiche tradizionali nocive, dalla partecipazione attiva alla vita sociale e politica della società che influisce positivamente sul loro benessere sessuale e riproduttivo.

In quest'ottica, la salute sessuale e riproduttiva diventa un indicatore di integrazione delle comunità culturali, misurato attraverso indicatori di tipo medico (trattati principalmente nelle Linee guida) e socio-sanitario, trattati principalmente in questa sede. Per questi ultimi andremo infatti a rilevare una serie di conoscenze personali e di azioni sociali delle donne che accedono ai servizi sanitari per valutare la loro capacità di *empowerment* e il grado di integrazione o di alienazione sociale che, in questo caso, impedisce l'esercizio dei diritti e compromette la loro salute e quella dei loro figli.

2. Le caratteristiche del “buon indicatore”

Il Progetto INTEGRA prevede lo sviluppo di indicatori che mirano a identificare situazioni che richiedono interventi “mirati” al fine del rispetto dei diritti umani delle donne che, a partire dalla *Dichiarazione di Pechino* e dalla *Piattaforma d'azione* promossa dalle Nazioni Unite nel 1995, includono: “il diritto ad avere il controllo e decidere liberamente e responsabilmente su questioni relative alla loro sessualità, inclusa la salute sessuale e riproduttiva, libera da coercizione, discriminazione e violenza” (1995, p. 36).

Ma il principio di libertà come responsabilità, e di libertà dalla violenza patriarcale, era già definito come principio centrale all'interno della Convenzione per l'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne (CEDAW 1979) che di fatto è il più importante strumento internazionale giuridicamente ancora vincolante in materia di diritti delle donne. Essa definisce infatti la discriminazione contro le donne come “ogni distinzione, esclusione o limitazione basata sul sesso, che abbia l'effetto o lo scopo di compromettere o annullare il riconoscimento, il godimento o l'esercizio da parte delle donne, indipendentemente dal loro stato matrimoniale e in condizioni di uguaglianza fra uomini e donne, dei diritti umani e delle libertà fondamentali in campo politico, economico, sociale, culturale, civile, o in qualsiasi altro campo”.

La Convenzione indica moltissime misure per eliminare la discriminazione: dal diritto al lavoro ai diritti nel lavoro (art.11); dai diritti relativi alla salute e alla pianificazione familiare (art.12) all'eguaglianza di fronte alla legge (art. 15), nella famiglia e nel matrimonio (art.16), nell'educazione e nell'istruzione (artt. 5 e10), nella partecipazione alla vita politica (artt. 7 e 8), nello sport, nell'accesso al credito (art.13), nella concessione o perdita della nazionalità (art. 9)¹.

L'Italia ha ratificato la CEDAW nel 1985 e ha aderito al Protocollo Opzionale nel 2002. Tutti gli Stati che hanno ratificato la CEDAW e le altre carte regionali a tutela dei diritti delle donne si sono assunti l'obbligo di adoperarsi affinché le donne in quanto cittadine possano in concreto godere dei loro diritti fondamentali. Per questo lo Stato ha l'obbligo di attivarsi per rimuovere le situazioni discriminatorie non solo attraverso modifiche normative ma anche e soprattutto promuovendo un cambiamento culturale, riconoscendo che la libertà di scelta della donna, la sua integrità psico-fisica, sono valori assoluti, che vanno riconosciuti senza nessun compromesso di tipo morale o religioso.

Per questa ragione è fondamentale trovare degli strumenti che aiutino nell'applicazione delle leggi e nella creazione di una società democratica. In questo le donne straniere sono un oggetto di osservazione privilegiato a causa di aree culturali di provenienza dove il concetto di diritto individuale, di libertà di scelta e di uguaglianza degli uomini e donne può essere gravemente compromesso.

Proporsi di “misurare” un concetto è un obiettivo alquanto ambizioso, raggiungibile attraverso un processo che può essere complesso, particolarmente se il concetto ha una valenza molto generale. Anche se riusciamo a definirla con una certa precisione, la proprietà da misurare rimane infatti relativamente astratta finché non passiamo alla sua concreta specificazione. In termini metodologici, è necessario innanzitutto identificare appropriati “indicatori” e poi definirli operativamente, nel senso che dobbiamo precisare come intendiamo misurarli. In questo modo gli indicatori diventano variabili che saranno in seguito opportunamente combinate per ottenere l'indice previsto².

Si è detto “opportunamente” perché gli indicatori/variabili si sovrappongono in modo più o meno ampio alla gamma semantica del concetto/proprietà; è quindi legittimo attribuire loro dei pesi

1 Per il testo completo della Convenzione, si veda: <https://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw.htm>.

2 Si veda, ad esempio, *Gli indicatori sociali* (Parra Saiani 2009).

appropriati, al fine di replicare la loro validità. In effetti, la *validità* è un requisito importante, poiché deve essere evidente (*face validity*³) che gli indicatori “indicano” effettivamente la proprietà che si intende misurare. L'*attendibilità* (“ci possiamo fidare del risultato della misurazione”) è la caratteristica più importante da ricercare quando invece si stabilisce come tradurre ogni indicatore in variabile.

Anche altri criteri devono essere comunque considerati, come quelli elencati nel sito *Measure Evaluation* (www.measureevaluation.org), dedicato alla costruzione di indicatori per la pianificazione familiare/salute riproduttiva (PF/SR) e, tra essi, la *rilevanza* (chiara relazione tra l'indicatore e la PF/SR), la *precisione* (l'indicatore misura ciò che intende misurare) e l'*importanza* (la misurazione coglie qualcosa che “fa la differenza”) che, di fatto, evidenziano alcuni aspetti della validità. Tra i criteri viene indicata anche la *validità* ma, siccome si fa riferimento al fatto che l'indicatore deve essere stato testato sul campo o utilizzato nella pratica, è forse più appropriato parlare di attendibilità. Analogamente, non si distingue nettamente dall'attendibilità la *credibilità*, che può derivare dal fatto che l'indicatore è stato raccomandato - e utilizzato - da esperti e organizzazioni come l'OMS, l'UNAIDS, l'USAID e l'UNFPA, delle quali ci si può fidare, perché considerate attendibili. Sostanzialmente, si ribadisce dunque che criteri fondamentali sono la validità e l'attendibilità.

Di veramente nuovo c'è invece il requisito della *fattibilità*: l'impegno per la raccolta dei dati deve essere ragionevole ed economico, perché è inutile dotarsi di strumenti sofisticati se il loro utilizzo non è sostenibile. Non è banale nemmeno l'aspetto dell'*utilità*: gli indicatori dovrebbero servire a indicare aree di miglioramento e a mettere a fuoco strategie, priorità o programmi. Infine, gli indicatori non devono misurare aspetti già rilevati da altri indicatori (*distintività*) e, nel caso di un set di indicatori, l'insieme dovrebbe essere *coerente e bilanciato*.

Gli autori sottolineano inoltre che gli indicatori devono essere armonizzati con quelli già in uso, un aspetto esplicitamente menzionato dal Progetto INTEGRA. Si deve dunque dare alta priorità a indicatori suggeriti da iniziative chiave come i *Millennium Development Goals* delle Nazioni Unite (<https://un.org/millenniumgoals/>) e l'*USAID's Global Health Initiative* (<https://www.usaid.gov/what-we-do/global-health>).

La *Guide for Monitoring and Evaluating Population-Health-Environment Programs* (Moreland e Curran 2018) sottolinea gli aspetti fin qui evidenziati e aggiunge che gli indicatori dovrebbero essere *tempestivi e programmaticamente significativi*, fornendo misurazioni a intervalli di tempo appropriati con l'obiettivo di ottenere un impatto sulla salute pubblica. Anche questi sono (aspetti importanti per il progetto INTEGRA che ha principalmente scopi applicativi, proponendosi di sviluppare un indice di salute che deve comprendere sia la dimensione medica che sociale delle donne migranti (cura olistica) e potrà essere utilizzato in diversi tipi di strutture sanitarie.

L'OMS (1997) alle caratteristiche già menzionate aggiunge qualcosa di nuovo, sostenendo che un “buon indicatore” deve essere anche:

- *etico*: rispettoso del diritto alla riservatezza, della libertà di scegliere se fornire le informazioni e deve prevedere il consenso informato sulla natura e le implicazioni dei dati richiesti;
- *rappresentativo*: adeguatamente inclusivo di tutte le tematiche o i gruppi di popolazione che si propone di trattare;
- *comprensibile*: semplice da definire e facile da interpretare;
- *accessibile*: in quanto utilizza dati già disponibili o relativamente facili da acquisire.

Se per rispettare l'ultimo requisito sopra elencato si utilizzano dati già disponibili, riscontrando qualche mancanza si devono cercare fonti alternative e/o raccomandare maggiore accuratezza nella raccolta dei dati. Nel caso in cui si intenda invece raccogliere dati originali, si deve operare

3 Vedi, ad esempio, *Validity and Reliability in Social Science Research* (Drost 2011).

in modo che le caratteristiche sopra evidenziate siano soddisfatte, ed è il compito che ci proponiamo di affrontare in questa sede⁴.

3. Indicatori di livello micro e macro

Il livello di misurazione è un altro aspetto che deve essere considerato: si deve infatti decidere se misurare e/o utilizzare gli indicatori a livello individuale (micro) o aggregato (macro)⁵.

Il seguente elenco di *Recommended Sexual and Reproductive Health and Rights Indicators for Post-2015 Sustainable Development Goals* (Guttmacher Institute 2015, 3) fornisce esempi di indicatori di Salute Sessuale e Riproduttiva (SSR) a livello macro e specifica se sono disponibili, o solo "auspicabili".

Tra gli indicatori già disponibili sono elencati i seguenti:

- proporzione di domanda di pianificazione familiare soddisfatta con la moderna contraccezione;
- proporzione di strutture sanitarie che forniscono servizi SSR essenziali (solo in pochissimi paesi);
- proporzione di uomini e donne di 15-24 anni con conoscenze di base sulla SSR,
- indice di natalità adolescenziale (tra donne di 10-14, 15-17 e 18-19 anni) (solo in pochissimi paesi per età 10-14);
- proporzione di nascite non pianificate da donne di età inferiore a 20 anni;
- proporzione di donne che usano contraccettivi informate sui possibili effetti collaterali del loro metodo e su come affrontarli, informate su altri metodi di pianificazione familiare e che hanno preso parte alla decisione di utilizzare i contraccettivi;
- proporzione di siti di servizi di pianificazione familiare con disponibili almeno cinque metodi moderni (solo in pochissimi paesi per età 10-14);
- l'accesso universale ai contraccettivi e ad altre informazioni e servizi SSR è incluso nelle politiche nazionali;
- proporzione di donne che hanno ricevuto il numero raccomandato di dosi di vaccino HIV prima dei 15 anni;
- il paese include la vaccinazione HIV nel suo programma di vaccinazione;
- motivi in base ai quali l'aborto indotto è legale;
- rispetto dell'autonomia sessuale delle donne nel matrimonio;
- l'accesso universale alle informazioni e ai servizi contraccettivi e SSR è incluso nelle politiche nazionali.

4 Per un'esauritiva esemplificazione di indicatori realizzati utilizzando dati amministrativi o, invece, dati provenienti da specifiche indagini, si veda Sciortino (2015) che analizza gli indicatori di integrazione dei migranti in prospettiva internazionale, europea e nazionale (con riferimento all'Italia).

5 Per un approccio preliminare, si veda *Level of analysis* (https://en.wikipedia.org/wiki/Level_of_analysis).

Vengono poi indicati alcuni indicatori non ancora disponibili, ma auspicabili, e l'elenco è particolarmente utile per il Progetto INTEGRA, perché suggerisce direzioni verso le quali è consigliabile procedere:

- proporzione di strutture sanitarie che forniscono servizi *post-partum*, post-aborto e/o HIV, informazioni contraccettive e cure;
- un indicatore che rifletta attenzione rispettosa dei diritti umani nella fornitura di informazioni e servizi SSR;
- proporzione di strutture sanitarie che forniscono assistenza per complicazioni legate all'aborto pericoloso o, laddove non sia contro la legge, forniscono un aborto sicuro,
- numero di aborti non sicuri per 1.000 donne di 15-44 anni (o 15-49);
- proporzione di scuole per studenti nella fascia 12-17 anni in cui è disponibile un'educazione sessuale completa.

Come si può facilmente intendere da termini come "proporzione", "percentuale" o "tasso", molti indicatori sono costruiti raccogliendo informazioni a livello individuale, successivamente aggregate per determinare lo stato di salute di categorie o gruppi di persone definiti secondo il genere, stato sociale, paese o origine culturale, ecc. In altri casi gli indicatori non derivano dall'aggregazione di dati individuali (ad esempio, legislazione, politiche o tradizioni culturali dei paesi considerati). Indubbiamente, in prima approssimazione si potrebbero usare indici di salute "macro" per attribuire a donne provenienti da specifici paesi un grado di salute/rischio presuntivo, ma è intuibile che i margini di errore possono essere alquanto elevati. Indicatori progettati per monitorare la salute sessuale e riproduttiva nei paesi di provenienza non sono infatti necessariamente utili per valutare la situazione delle stesse donne una volta residenti, a volte da molto tempo, nel paese di immigrazione. Ad esempio, la *Shortlist of indicators for global monitoring of reproductive health* (WHO 2006) elenca, tra gli altri, la copertura dell'assistenza prenatale, le nascite seguite da personale sanitario qualificato e la disponibilità di cure ostetriche essenziali di base. Nei paesi di origine questi servizi possono essere carenti ma, dopo che le donne sono immigrate in Italia e Slovenia, almeno alcuni di questi servizi sono anche per loro disponibili; sarà dunque semmai necessario verificare se le donne li usano, in particolare nel caso dell'assistenza prenatale.

Inoltre, l'uso di indicatori macro è un'approssimazione anche perché ogni donna, pur condividendo un'appartenenza sociale o etno-nazionale, può possedere caratteristiche personali che migliorano o annullano completamente la situazione "pronosticata". È quindi evidente che per determinare la salute sessuale e riproduttiva delle singole donne sono indispensabili (anche) le informazioni raccolte a livello individuale.

Il nesso micro-macro è comunque molto stretto e, infatti, le informazioni raccolte a livello individuale, aggregate per gruppi di donne e analizzate in prospettiva temporale, possono essere poi utilizzate, a livello macro, per accertare, ad esempio, l'efficacia di misure finalizzate a migliorare la salute delle donne migranti, o intercettare mutamenti nella situazione delle donne di recente immigrazione. Gli indicatori di salute, come si ricorda nelle Linee guida del progetto INTEGRA, sono infatti "strumenti che possono guidare i comportamenti dei sistemi sanitari e degli operatori. Ogni paese dovrebbe quindi confrontare i suoi interventi sanitari in base agli indicatori internazionali e ai dati epidemiologici ed elaborare, in funzione di questi, degli indicatori di salute specifici".

4. Gli indicatori proposti dal Progetto INTEGRA: finalità e caratteristiche generali

Nelle Linee guida, che costituiscono la prima parte del presente lavoro, sono elencati gli indicatori proposti dall'*International Conference on Population and Development* (WHO 2013), alcuni dei quali ritenuti “utili per valutare l'efficacia degli interventi all'interno dell'istituto in donne che provengono da paesi in via di sviluppo”. Va peraltro ricordato che gli indicatori proposti da INTEGRA ambiscono a essere utilizzabili, oltre che dai diversi tipi di presidi sanitari, per promuovere politiche di integrazione.

Le Linee guida ricordano poi che il PAI (2015) suggerisce 5 obiettivi, il cui raggiungimento si può monitorare mediante l'utilizzo di una serie di indicatori ad essi correlati:

- prevenire gravidanze indesiderate;
- aumentare l'accesso all'aborto sicuro e alle cure post abortive;
- assistere le donne in gravidanza, durante il parto e il puerperio;
- prevenire e trattare le malattie sessualmente trasmesse (MST), incluso l'HIV/AIDS;
- creare un ambiente che favorisce i diritti alla SSR.

Di conseguenza, si suggerisce l'elaborazione di indicatori con riferimento a tre categorie: indicatori di salute sessuale e riproduttiva in generale, indicatori di efficacia dell'intervento sanitario in funzione delle aree di provenienza e indicatori di salute “socio correlati”.

Sono dunque questi i criteri generali di riferimento per la proposta di una scheda di rilevazione che prende le mosse dal questionario utilizzato da INTEGRA per rilevare caratteristiche, atteggiamenti e opinioni di un campione di donne ricoverate o assistite dalle due strutture ospedaliere partner nel Progetto (l'IRCSS Burlo Garofalo e l'Ospedale di Postumia). Sulla base del questionario si deve però realizzare una cosa diversa: un indicatore di salute sessuale e riproduttiva da inserire negli indicatori presi in considerazione delle politiche di integrazione.

Nel Progetto si afferma infatti che le Linee guida “conterranno un protocollo clinico, in funzione di indicatore di rischio, da utilizzare nella pratica clinica in funzione dell'area di provenienza della donna”. Sono poi esemplificati alcuni indicatori di tipo strettamente sanitario, assieme ad altri per i quali è necessaria una rilevazione *ad hoc*, perché gli indicatori socio-sanitari dovrebbero essere costruiti a partire da informazioni non abitualmente raccolte in sede di anamnesi.

Del resto, come si legge nel Progetto, le Linee guida “saranno basate (...) sul nuovo indice di salute sessuale e riproduttiva messo a punto con i risultati della ricerca/azione” perché “l'esperienza italiana relativa al monitoraggio delle IVG e la scheda CEDAP relativa a tutte le gravidanze in FVG evidenziano l'utilità di osservare alcuni problemi di salute (indicatori) attraverso schede specifiche di raccolta dati”. Le Linee guida però non contengono queste schede e non è direttamente utilizzabile l'allegato “*Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale*” (PDTA), che serve a “definire delle linee di comportamento comune nella gestione della paziente straniera”. La Linee guida non hanno infatti scopo conoscitivo, perché sono “un insieme di raccomandazioni sviluppate sistematicamente, sulla base di conoscenze continuamente aggiornate e valide, redatto allo scopo di rendere appropriato, e con un elevato standard di qualità, un comportamento desiderato” (Wikipedia). La “scheda di raccolta dati” è dunque propedeutica alle Linee guida e serve a raccogliere informazioni che consentono di applicarle in modo appropriato a ogni singolo caso (livello “micro”).

D'altro canto, visto il nuovo indice di salute è finalizzato anche alla valutazione delle politiche di integrazione, è evidente che le “schede di raccolta dati”, dopo essere state utilizzate per il check-in socio-sanitario della donna immigrata, dovranno essere analizzate a scopi epidemiologici (livello “macro”). A questo proposito, come si legge nelle integrazioni al progetto richieste dall’Autorità di gestione:

“I partner di INTEGRA intendono dare continuità alle attività di cooperazione proponendosi nel ruolo di “referenti” per le istituzioni sulle problematiche del progetto, offrendo la loro disponibilità a replicare le attività di formazione degli operatori, proseguendo il monitoraggio del fenomeno e della applicazione delle linee guida. È infatti necessaria l’osservazione longitudinale dell’Indice SR per una valutazione periodica finalizzata ad introdurre eventuali modifiche quando l’indice e le linee guida saranno trasferite in strutture sanitarie in cui interagiscono diversi gruppi culturali”.

Riassumendo: la scheda di rilevazione serve a costruire un profilo di rischio sanitario e sociale della paziente al fine di orientare le Linee guida sulle reali necessità di ogni paziente. Successivamente, garantendo la tutela della privacy, l’analisi “epidemiologica” delle informazioni, servirà al monitoraggio longitudinale che verrà promosso presso le autorità regionali, nazionali e internazionali.

5. Le modalità di rilevazione e di analisi della scheda di rilevazione

La proposta di “Scheda di rilevazione dati sulla salute delle donne migranti per le politiche sociali” assumerà pertanto la duplice funzione di raccogliere dati in Italia (Regione Friuli Venezia Giulia) e in Slovenia sulla salute e sulla vita sociale delle donne immigrate per osservare il grado di integrazione delle donne, ma anche per osservare, attraverso i dati aggregati, il tipo e le caratteristiche del grado di integrazione delle comunità culturali presenti sul territorio regionale misurato attraverso la persistenza o meno dei comportamenti sociali patriarcali che influiscono direttamente sulle capacità di scelta e di autodeterminazione dei diritti sessuali e riproduttivi delle donne.

Pertanto in Italia si prevede una azione che coinvolgerà più organizzazioni: l’ANOLF, gli ospedali, i Consultori, gli sportelli immigrazione della Regione e l’Università.

Sotto l’egida del Centro Interdipartimentale su Migrazioni e Cooperazione Internazionale dell’Università di Trieste (CIMCS), l’ANOLF (Associazione Nazionale Oltre Le Frontiere) dovrà predisporre un piano di somministrazione della scheda in accordo con gli ospedali e i centri coinvolti nel progetto; tradurre nelle diverse lingue la scheda per l’auto somministrazione; individuare i mediatori che opereranno sul campo per la distribuzione e per la raccolta dei dati; formare i mediatori; formare il personale sanitario o sociale sulle caratteristiche del progetto regionale; aiutare le donne straniere o italiane, ma nate all’estero, nella compilazione, quando si renderà necessario, e presentare le prime elaborazioni dei dati.

Il questionario INTEGRA utilizzato in Italia e Slovenia è risultato uno strumento efficace per raccogliere importanti informazioni. In una versione più ridotta e strutturata può agilmente essere utilizzato per una raccolta estesa di informazioni sulle donne che accedono ai servizi sanitari e al fine della costruzione di un indice di integrazione delle comunità di appartenenza al fine di avviare delle politiche mirate.

L’ospedale è infatti il luogo privilegiato per osservare il fenomeno della violenza legata alla sfera riproduttiva, perché per molte donne straniere il primo accesso risulta essere il pronto soccorso; gli operatori ospedalieri possono dunque trovarsi nelle condizioni di essere i primi a osservare i

casi di violenza (fisica e/o culturale), anche se la letteratura suggerisce che spesso la violenza è sottovalutata dagli operatori sanitari.

Lo strumento che qui si propone si ritiene possa rappresentare un buon punto di partenza per il suo sviluppo e adeguamento al fine dell'utilizzo nel contesto sloveno, dove potrà essere applicato, dopo la sua validazione, nei sistemi di assistenza sanitaria di livello primario, secondario e terziario. Il contesto sloveno infatti, come evidenziato nei Report prodotti nel WP 3.1, presenta significative differenze in termini di tipo di immigrazione e anche con riguardo al sistema di assistenza che, allo stato attuale, non prevede ad esempio la figura del mediatore culturale e di presidi sanitari territoriali quali i consultori.

Riguardo all'utilizzo istituzionale dell'indice di salute, è bene ricordare un'ultima integrazione apportata al progetto su richiesta dell'Autorità di Gestione: "Queste attività di divulgazione e disseminazione avranno nel neo-costituito Centro Interdipartimentale "Migrazioni e Cooperazione Internazionale allo Sviluppo Sostenibile - CIMICS" dell'Università di Trieste uno snodo fondamentale sia per future azioni di networking fra i Partner e con altre Istituzione che per il necessario raccordo con i *policy maker* e gli stakeholder del processo socio-politico di accoglienza, integrazione e gestione dei flussi migratori".

6. La scheda di rilevazione proposta

Passando agli aspetti contenutistici, la scheda dovrà raccogliere una serie di informazioni riguardanti, oltre alle caratteristiche socio economiche della donna, il suo stato di salute generale, la vita nel Paese di nascita e quella dopo la migrazione, le sue reti familiari e amicali, i rapporti familiari e quelli con le istituzioni.

Al fine di individuare più precisamente gli aspetti da rilevare, può essere utile ricordare alcuni aspetti considerati critici, o comunque rilevanti, dalle Linee guida e dal PDTA:

- barriera linguistica che limita l'iter clinico a partire dal consenso informato;
- convinzioni religiose che influenzano le scelte delle pazienti;
- concezioni diverse dell'individuo e dei rapporti familiari;
- aspettative inadeguate o inattese rispetto al ruolo del medico e alla medicina;
- conoscenza della normativa del Paese ospitante;
- categoria di assistenza della paziente come migrante regolare o irregolare;
- conoscenza dei servizi;
- difficoltà a capire come funziona il sistema sanitario;
- violenza di genere e/o vittime di tratta (aborti, IVG ripetute, accessi ripetuti al PS);
- mutilazioni genitali.

Scheda di rilevazione

1. In quale Paese sei nata? _____

2. In che anno sei nata? |_|_|_|_|

3. Dove risiedi attualmente?

Trieste	1
Gorizia	2
Udine	3
Pordenone	4
Altra provincia italiana	5
Stato estero	6

4. Da quanti anni vivi in Italia?

Anni: |_|_|

5. Quanti anni avevi quando ti sei trasferita in Italia?

Anni: |_|_|

6. Hai la cittadinanza italiana?

NO 0

SI 1

7. Se NO, quale titolo di soggiorno possiedi?

Motivi di lavoro	1
In attesa di occupazione	2
Motivi di studio e formazione	3
Motivi familiari	4
CE soggiornanti di lungo periodo (ex carta di soggiorno)	5
Asilo politico	6
Protezione sussidiaria	7
“Carta Blu” UE	8
Residenza elettiva	9
Per cure sanitarie	10
Altro _____	11

8. Qual è la tua nazionalità, etnia o cultura di appartenenza? _____

9. Qual è la tua religione?

Cattolica	1
Protestante	2
Cristiano Ortodossa	3
Musulmana	4
Ebraica/giudaica	5
Induista	6
Nessuna	7
Altro _____	8

10. Con quale o quali delle seguenti comunità/gruppo ti senti a tuo agio?

	NO	SI
Con quelli del mio Paese che vivono qui	0	1
Con tutti gli stranieri che vivono qui	0	1
Con quelli del mio gruppo religioso	0	1
Con quelli della città/luogo in cui vivo	0	1
Con quelli della mia associazione/circolo sportivo	0	1
Con gli italiani	0	1
Altro: _____	0	1

11. Quale è il tuo stato civile?

Nubile	1
Coniugata	2
Separata	3
Divorziata	4
Vedova	5

12. A quanti anni ti sei sposata?

|_|_|

13. Sei stata promessa in sposa?

NO 0 SI 1

14. Tuo marito è un parente anche lontano

NO 0 SI 1

15. Hai dei figli?

NO 0 SI - quanti? |_|_|

16. (Se hai già figli) A quale età hai avuto il primo figlio?

Età: |_|_|

17. Hai mai affrontato una interruzione di gravidanza?

Mai	0
Una volta	1
Due volte	2
Tre volte o più	3

18. Tuo padre aveva più mogli?

NO 0 SI - quante? |_|_|

19. Nel posto dove sei nata, i matrimoni sono:

Organizzati dalle famiglie	1
Ognuno è libero di scegliere chi vuole	2
Qualche volta organizzati e qualche volta no	3

20. Quale è il tuo titolo di studio?

Nessuno	1
Licenza elementare	2
Licenza media	3
Diploma di scuola superiore	4
Laurea o post-laurea	5

21. Sai parlare l'italiano?

Per niente	1
Poco	2
Abbastanza	3
Molto	4

22. Hai una certificazione di conoscenza dell'italiano come seconda lingua?

Nessuna	1
A1 - A2	2
B1 - B2	3
C1 - C2	4

23. (Se non conosci la lingua) Chi traduce quando vai dal dottore o in ospedale?

Il traduttore del telefonino	1
Mio marito	2
Mio figlio/a	3
Una mia amica	4
Un parente	5
Il mediatore culturale	6
Altro _____	7

24. Hai mai partecipato a qualche corso di formazione qui in Italia?

	NO	SI
Corso di lingua italiana	0	1
Corso di formazione professionale	0	1
Corso universitario	0	1
Altro _____	0	1

25. Che tipo di lavoro fai?

Imprenditrice/dirigente/artigiana/commerciante/professionista	1
Impiegata	2
Insegnante	3
Ricercatrice/università	4
Operaia	5
Servizi pulizie	6
Servizio agli anziani	7
Mediatrice interculturale	8
Lavoro in casa (casalinga)	9
Disoccupata	10
In cerca di occupazione	11
Altro _____	12

26. Hai un conto corrente a tuo nome? NO 0 SI 1

27. Usi abitualmente il computer o il cellulare per navigare on line? NO 0 SI 1

28. Hai mai fatto una prenotazione on line per una visita medica? NO 0 SI 1

29. Quali farmaci abitualmente usi?

Farmaci "occidentali"	1
Farmaci tradizionali	2
Entrambi	3
Nessun farmaco	4
Altro: _____	5

30. Hai mai fatto esami di prevenzione? NO 0 SI 1

31. Quali sistemi di contraccezione usi (anche più risposte):

Pillola	1
Preservativo	2
Anello	3
Spirale	4
Impianto sottocutaneo	5
Cerotto	6
Iniezione (ormonale)	7
Metodi naturali (temperatura basale, osservazione muco)	8
Altre sostanze	9
Astinenza	10
Niente	11

32. Tuo marito è d'accordo sulla contraccezione?

NO 0 SI 1

33. Qual è il motivo per il quale hai lasciato il tuo Paese e sei emigrata (anche più risposte)?

	NO	SI
Cercare un lavoro	0	1
Seguire mio marito o i miei genitori	0	1
Sposare un uomo del mio paese che viveva qui	0	1
Ero perseguitata politicamente	0	1
Fuggire dalla guerra	0	1
Studio	0	1
Fuggire dalla fame e dalla miseria	0	1
Nella mia famiglia/comunità ero trattata male	0	1
Convinta con una finta promessa di lavoro	0	1
Fuggire alle mutilazioni genitali	0	1
Fuggire dalle violenze sessuali	0	1
Per cure sanitarie	0	1

34. Da chi hai ricevuto sostegno/aiuto per inserirti nella vita qui in Italia:

	NO	SI
Parenti che vivono qui	0	1
Altre persone del mio Paese	0	1
Mio marito	0	1
Altri stranieri	0	1
Amici cittadini di questo Paese	0	1
Persone delle istituzioni (ospedali, servizi sanitari, sindacati, sportelli di informazioni)	0	1
Chiesa/associazioni	0	1
Mia comunità religiosa	0	1
Altro _____	0	1

35. Quando sei stata male o è stato male qualche tuo familiare, a quali strutture ti sei rivolta?

	NO	SI
Ospedale, pronto soccorso	0	1
Medico di base	0	1
Amico/familiare	0	1
Consultorio	0	1
Internet	0	1
Medicina integrativa o complementare	0	1
Altro: _____	0	1

36. Per poterti curare hai riscontrato difficoltà per le seguenti cause?

	NO	SI
Pagare la prestazione	0	1
Problemi linguistici	0	1
Difficoltà burocratiche	0	1
Difficoltà di relazione con il medico	0	1
Mancanza di servizi sul territorio	0	1

37. Hai subito qualche forma di discriminazione all'interno delle strutture sanitarie per qualcuno dei seguenti motivi?

	NO	SI
Nazionalità, origine etnica	0	1
Sesso	0	1
Età	0	1
Stato di salute, disabilità	0	1
Religione	0	1
Orientamento sessuale	0	1
Status sociale	0	1
Livello della educazione	0	1
Lingua	0	1
Altro: _____	0	1

38. Ti è capitato di dover andare al Pronto soccorso di un ospedale?

No	0
Sì, per problemi personali	1
Sì, per accompagnare altri	2

39. Con chi vai solitamente dal medico o in ospedale?

Da sola	1
Accompagnata da mio marito	2
Insieme alle amiche	3
Con dei familiari	4
Con un mediatore	5
Accompagnata da mio/a figlio/a	6
Altro _____	7

40. Conosci la Costituzione Italiana?

Per niente	1
Poco	2
Abbastanza	3
Molto	4

41. Hai mai firmato un consenso informato prima di un intervento o operazione?

NO 0 SI 1

42. (Se lo hai firmato) Indica in quale situazione ti sei trovata:

Ho letto e capito il contenuto	1
Mi sono fatta tradurre il testo da mio marito o familiare	2
Mi sono fatta tradurre il testo dal mediatore interculturale	3
Non capivo il contenuto e mi sono fidata del marito/familiari	4
Non capivo il contenuto e mi sono fidata dei medici	5

43. Hai mai subito nella vita violenza da un uomo?

No, mai	0
Sì, una sola volta	1
Sì, più di una volta	2

44. Proviene da una cultura dove è diffusa la pratica della escissione/circoncisione?

NO 0 SI 1

45. (Se sì) I medici ti hanno dato informazioni riguardo alle conseguenze sulla salute?

NO 0 SI 1

46. Sei stata tagliata?

NO 0

SI 1

a quale età? |_|_|

Riferimenti bibliografici

- Ambrosini, M. e Berti, F. (2009), *Persone e migrazioni: integrazione locale e sentieri di co-sviluppo*, Milano, FrancoAngeli.
- Boccagni, P. e Pollini, G. (2012), *L'integrazione nello studio delle migrazioni. Teorie, indicatori, ricerche*, Milano, FrancoAngeli.
- Camera dei Deputati (2017), *Relazione sulla tutela della salute dei migranti e della popolazione residente (8 novembre 2017)*, Roma, Camera dei Deputati.
- Cammarosano, P. e Urpis, O. (2012), *Patrie, migrazioni e culture*, Udine, Casamassima.
- Canadian International Development Agency (1996), *Guide to Gender-Sensitive Indicators*, Ottawa, CIDA.
- Cesareo, V. e Blangiardo, G. (cur.) (2009), *Indici di integrazione: un'indagine empirica sulla realtà migratoria italiana*. Milano, FrancoAngeli.
- Drost, E.A. (2011), *Validity and Reliability in Social Science Research*. In "International Perspectives on Higher Education Research", 38 (1), 105-124 (https://www3.nd.edu/~ggoertz/sgameth/Drost_2011.pdf).
- Guttmacher Institute (2015), *Sexual and Reproductive Health and Rights Indicators for the SDGs Post-2015 Recommendations*, New York, NY, Guttmacher Institute.
- Lannutti, V. (2016), *La formazione identitaria delle seconde generazioni*, in "La critica sociologica", 50 (198), pp. 145-150.
- Lanzillo, M.L. (2006), *Noi o gli altri? Multiculturalismo, democrazia, riconoscimento*, in Galli G. (cur.), *Multiculturalismo. Ideologie e sfide*, Bologna, Il Mulino, pp. 81-108.
- Ministero della Salute (2008), *Classificazione delle malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche. Versione italiana della ICD-9-CM. International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification - 2007*, Roma, Ministero della Salute (https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2251_allegato.pdf).
- Ministero della Salute (2017), *Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero (Dati SDO 2016)*, Roma, Ministero della Salute (https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2651_allegato.pdf).
- Ministero della Salute (2018), *Specifiche Funzionali. SDO Scheda di Dimissione Ospedaliera - Versione 1.6.7*, Roma, Ministero della Salute (https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_1232_listaFile_itemName_0_file.pdf).
- Moreland, S. and Curran, J. (2018), *A Guide for Monitoring and Evaluating Population-Health-Environment Programs, Second Ed.*, Chapel Hill, NC, MEASURE Evaluation, University of North Carolina.
- Parra Saiani, P. (2009), *Gli indicatori sociali*, Milano, FrancoAngeli.
- Sayad, A. (2002), *La doppia assenza: dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, Milano, Cortina.

- Sciortino, G. (2015), *È possibile misurare l'integrazione degli immigrati? Lo stato dell'arte*, Quaderno n. 63, Trento, Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale.
- United Nations (1995), *Report of Fourth World Conference on Women. Beijing, 4-15 September 1995*. New York: United Nations (<https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20E.pdf>).
- Vattovani, R. (2009), *La mobilità sanitaria ospedaliera italo-slovena dopo l'adesione della Slovenia all'Unione Europea*, tesi di dottorato, Trieste, Università di Trieste.
- Wikipedia (2018), *Level of analysis* (en.wikipedia.org/wiki/Level_of_analysis).
- World Health Organization (1997), *Selecting Reproductive Health Indicators: A Guide for District Managers, Field Testing Version*, Geneva, WHO.
- World Health Organization (2006), *Reproductive health indicators: guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring*, Geneva, WHO.
- World Health Organization (2016), *Strategy and action plan for refugee and migrant health in the WHO European Region*", Geneva, WHO.