



UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA

MASTER PER COORDINATORI DELLE PROFESSIONI SANITARIE

**IL RUOLO DEL MEDIATORE CULTURALE NELL'ASSISTENZA
INFERMIERISTICA OSPEDALIERA ALLE DONNE MIGRANTI:
DAL PARTO ALLA DIMISSIONE**

RELATORE:
DOTT.SSA PAMELA BARBADORO

TESI DI:
FRANCESCA GIORGETTI

Anno Accademico 2007 - 2008

INDICE:

Premessa.....2

INTRODUZIONE

Dalle basi etiche del diritto alla salute....al pregiudizio.....3

La migrazione femminile.....5

Che cos'è la cultura?.....7

Chi è il mediatore culturale.....8

Maternità e cultura.....12

Obiettivo della tesi.....13

METODOLOGIA.....14

RISULTATI

Questionario.....18

DISCUSSIONI E CONCLUSIONI.....26

Bibliografia.....28

Sitografia e Video.....31

PREMESSA

Secondo i dati dell'OMS, nel 1999 sono stati oltre 1 miliardo e 200 milioni gli individui che almeno una volta sono usciti dai propri confini nazionali (OMS, 2000)

Negli ultimi anni, a dispetto di ogni politica di controllo dei flussi immigratori, il numero degli stranieri immigrati, sia regolarmente che illegalmente, è aumentato in tutti i Paesi a sviluppo avanzato, segno dell'importante ruolo che essi svolgono nell'economia e nella società dei Paesi sviluppati (Saskia Sassen, 1999).

La componente straniera è una significativa percentuale all'interno delle strutture ospedaliere, presente in maniera generalizzata.

L'assistenza rivolta alle popolazioni immigrate rappresenta per il Servizio Sanitario Nazionale:

- occasione di crescita organizzativa
- occasione di crescita culturale

Le principali difficoltà comunicative rilevate sono:

- Barriere linguistiche che ostacolano l'interazione perché molti immigrati non conoscono la lingua italiana e, quando la conoscono spesso non comprendono la terminologia specifica sanitaria.
- Distanza culturale tra immigrati ed operatori, non soltanto nella rappresentazione della salute e della malattia, ma anche nella concezione del rapporto tra utenti e servizi
- Scarsa conoscenza da parte degli immigrati, del funzionamento e le modalità di accesso e di utilizzo del sistema sanitario, anche a causa delle differenze, più o meno rilevanti, con i sistemi sanitari dei rispettivi Paesi d'origine
- Particolare esposizione degli immigrati a patologie o problemi sanitari (ad esempio: infortuni, malattie infettive, gravidanze,...) a causa delle disagiate condizioni socio – economiche in cui versa una quota significativa di tale popolazione

- Limitate conoscenze degli operatori sanitari circa le caratteristiche e le specificità di tipo sociale, culturale e comportamentale dei cittadini immigrati.

Gli effetti delle difficoltà comunicative determinano:

- Disfunzioni organizzative
- Problemi nelle prestazioni diagnostiche – terapeutiche ed assistenziali
- Complicanze burocratiche
- Aumento dei costi e dei tempi di erogazione delle prestazioni sanitarie.

Le aree di intervento sono:

- Qualità/Organizzazione
- Miglioramento del rapporto con l'utenza
- Miglioramento dell'assistenza infermieristica
- Miglioramento dell'accesso ai servizi/strutture
- Informazione/comunicazione

L'idea è quella di costruire un "Ospedale Interculturale" che sia capace di fornire risposte differenziate alle diverse esigenze culturali, affinché queste diventino una risorsa e siano occasione di integrazione e di crescita di tutte le persone coinvolte.

....DALLE BASI ETICHE DEL DIRITTO ALLA SALUTE.....

E' ormai accettato dalla società che la tutela della salute di ogni individuo risponde ad un'esigenza di solidarietà umana e contemporaneamente ad una logica di prevenzione della collettività.

Ma nella storia umana il diritto alla salute è un'acquisizione recente, un diritto positivo solo da poco universalmente condiviso. Questo diritto si esplica non solo nel non subire danni alla propria integrità psico – fisica (concetto di medicina preventiva, igiene ambientale, tutela sul lavoro,...), ma anche a non essere discriminato per accedere ai mezzi di prevenzione e cura delle malattie.

La società deve assicurare quindi, condizioni di vita che non ledano lo stato di salute dell'individuo o della collettività. Da parte sua l'individuo ha l'obbligo di

diritto alla salute, avendo possibilità di scelta consapevole delle stesse cure e di avere attenzione per il proprio corpo.

La salute diventa quindi una condizione di equilibrio tra scelte individuali, quando queste sono possibili, e l'ambiente familiare e sociale. Le norme di diritto, le scelte delle politiche sanitarie e sociali dovrebbero assicurare il migliore compromesso possibile.

Nonostante i progressi della medicina e la diffusa democratizzazione spesso politiche poco "illuminate" hanno escluso ampie fette della popolazione dal diritto all'assistenza.

Ciò diventa drammaticamente evidente parlando di immigrati: discriminati socialmente e politicamente, più a rischio per le condizioni di vita, tollerati nella migliore delle ipotesi, ma esclusi da forme partecipative. Se a ciò aggiungiamo anche la condizione di irregolarità giuridica, è facile comprendere la precarietà della loro condizione di salute e la necessità di protezione.

La Costituzione italiana all'art. 32 recita: "*La Repubblica Italiana tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana*". Considerando che l'art. 2 afferma il rispetto dei "*diritti inviolabili dell'uomo*" nonché "*adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale*", appare evidente come la Costituzione, stabilisca il principio del diritto alla tutela della salute, riconoscendo come destinatari tutti gli individui: non solo i cittadini italiani, ma *chiunque* si trovi all'interno dei confini della Repubblica.

.....AL PREGIUDIZIO.....

Storicamente i movimenti migratori delle popolazioni hanno accompagnato la trasmissione di alcune malattie: dall'America i "*conquistatori*" importarono la sifilide che fece epidemie in Europa; nel 1600 gli schiavi neri deportati diffusero la febbre gialla; nel mondo contemporaneo l'AIDS si diffuse per via sessuale e in associazione fra virus ed eroina, nonché dall'ignoranza e dalla resistenza verso i

metodi e comportamenti preventivi; cronaca recente la SARS che dalle prime evidenze in Oriente, ha provocato malati ed alcuni decessi in vari paesi e allarme (eccessivo?) in tutto il mondo (Berlinguer, 2000).

Tutto ciò ha determinato che l'incontro con persone di altre culture è un ambito straordinario per costruire il pregiudizio.

Nell'immaginario collettivo, la persona immigrata che arriva nella nostra società assume valenze attribuite da percezioni generalizzate e presupposti stereotipati: l'emarginato, il povero, l'ambulante, la donna analfabeta che fa la colf o la badante o costretta alla prostituzione.

Tali stereotipi trovano conferma in una realtà marginale, provocate dalla presenza di organizzazioni che facilitano la clandestinità e creano condizioni di esclusione sociale per chi ha pochi strumenti per garantirsi un inserimento dignitoso o per chi è arrivato da solo, senza familiari di riferimento.

LA MIGRAZIONE FEMMINILE

Le persone di cittadinanza straniera che giungono dall'Africa, dall'America latina, dall'Est Europa o dal Sud – Est Asiatico sono in genere giovani ed adulti che nel proprio paese vivono in condizioni sociali e culturali adeguate: sono operai, professionisti, diplomati e riferendosi alle donne, spesso, sono insegnanti, impiegate o neolaureate.

Le ragioni che accompagnano il loro viaggio possono essere sia quelle ufficiali (disoccupazione, povertà nel loro paese) che quelle più latenti (ricerca di prospettive sociali migliori per sé e la propria famiglia, maggior libertà di autoaffermazione e di pari dignità).

La figura della donna immigrata non è ancora considerata come un soggetto autonomo nello studio della dinamica migratoria, ma come figura secondaria alla migrazione maschile.

Attualmente quasi il 50% degli immigrati nel modi è costituito da donne e le proiezioni delle Nazioni Unite indicano come, in tempi più o meno vicini, la

componente femminile costituirà la quota più consistente della popolazione nata all'estero.

Si delinea quindi una nuova immagine di donna migrante; non più donne ai margini, non visibili, che dipendono solo dalle scelte di espatrio degli uomini, ma donne portatrici di un mandato di emancipazione familiare e culturale ben preciso. E' sulla figura femminile che si basa per le famiglie di immigrati, il passaggio ad una reale integrazione con la vita e la cultura locale senza che questo comporti una rinuncia ai propri valori tradizionali.

Pur riconoscendo una reale varietà e la continua mutazione del fenomeno migratorio, possiamo distinguere cinque gruppi principali: Asiatiche (soprattutto India, Pakistan e Bangladesh), Nord Africane (Marocco, Tunisia, Algeria e Egitto), Africane dell'Africa Sub-sahariana (Niger), Est Europee (Romania, Albania, Polonia, Ucraina, Russia), Latino Americane. Un gruppo a sé è rappresentato dalla popolazione femminile filippina e cinese le cui caratteristiche di storia e lingua e di religione né costituiscono una modalità unica di immigrazione nel nostro paese.

L'Italia oggi è al quarto posto dopo Germania, Francia, Gran Bretagna come nazione ospitante in termine di popolazione straniera; il Veneto è la regione del Nord- Est con la più alta presenza di immigrati.

La condizione della donna immigrata, pur non discostandosi dalle linee generali, presenta tuttavia delle peculiarità: è un fenomeno tutt'ora in via di sviluppo assai instabile e puntiforme.

E' importante dedicare risorse ed attenzioni alle nuove rappresentazioni della migrazione femminile per interpretare l'evoluzione socioculturale.

La migrazione femminile ha come motivazioni di base le esigenze economiche, unite a quelle più intime come i ricongiungimenti familiari, le aspettative personali. Spesso l'impatto con la nostra società può rivelarsi deludente e le condizioni iniziali di difficoltà rispetto all'alloggio e al lavoro possono comportare emarginazione, precarietà e la percezione di solitudine.

Dare visibilità alle donne migranti significa **riconoscere e valorizzare la loro presenza**, garantendo con politiche sanitarie e sociali la loro autonomia sociale ed economica mediante progetti innovativi ed interculturali.

Come afferma Giovanna Vicarelli (1994), "la visibilità, la molteplicità, la rapidità, la leggerezza e l'esattezza, potrebbero anche essere le nuove connotazioni della presenza femminile straniera nel nostro paese".

La “sapienza” delle donne migranti si esprime nella loro capacità di negoziare (costruire relazioni) e nella forza di mantenere i riferimenti simbolici al di là delle regole sociali.

L'evento maternità, quindi, si inserisce in un processo di conferma della propria legittimità e sicurezza della propria identità, come fonte esclusiva di valore. Le esperienze positive che possono accompagnare il percorso nascita devono diventare elementi basilari per l'equilibrio psico – fisico della donna nel percorso di integrazione.

CHE COS'E' LA CULTURA?

Per **cultura** s'intende l'insieme di valori, opinioni e conoscenze che sono condivisi e insegnati.

Gli elementi visibili della cultura sono espressione di valori profondi e radicati nelle menti dei singoli individui. Gli assunti, le opinioni, i processi mentali rappresentano la vera cultura.

La cultura fornisce ai membri un senso di identità e genera impegno nei confronti di opinioni e valori che hanno un significato più ampio rispetto ai singoli individui.

Alcuni aspetti tipici, osservabili e importanti di una cultura sono:

- riti e cerimonie: attività pianificate che costituiscono un evento speciale
- storie: racconti basati su eventi reali o leggende, dove agli eventi effettivamente accaduti sono aggiunti dettagli immaginari. Altre storie sono i miti ovvero valori coerenti non supportati dai fatti
- simboli: sono qualcosa che rappresentano qualcos'altro e simboleggiano valori più profondi o talvolta rappresentano elementi negativi
- linguaggio: è la modalità per rappresentare i valori, gli elementi visibili e i comportamenti osservabili.

Il sistema culturale è quindi costituito:

- da una lingua
- da un sistema di parentela
- da un insieme di valori condivisi

TUTTE LE CULTURE SONO DEGNE DI RISPETTO, NON ESISTE GERARCHIA TRA LE CULTURE.

L'atteggiamento del personale sanitario deve essere caratterizzato da:

1. consapevolezza della nostra appartenenza culturale
2. conoscenze antropologiche dell'altro
3. ascolto e non giudizio
4. nella relazione clinica *negoziare un fare* che tenga conto della cultura e della persona.

CHI E' IL MEDIATORE CULTURALE ?

Il mediatore culturale è una figura professionale di recente nascita, nata dall'esigenza di creare un **ponte** tra utenti stranieri e le istituzioni del paese ospitante e la sua crescente diffusione nella realtà italiana ha originato esperienze differenti e quasi sperimentali.

Lo straniero immigrato si trova a vivere a cavallo di due culture: quella del proprio paese d'origine e quella del paese di accoglienza, nel quale deve creare una nuova rete di relazioni.

Ogni cultura ha un diverso modo di percepire le cose: dal confronto fra generazioni e fra sessi, alla religione e alle tradizioni.

Il mediatore è il punto d'incontro delle due culture, sia a livello umano e sociale e sia a livello tecnico e amministrativo.

Il concetto di intercultura non è semplice: si tende a concretizzare una cultura che sta "nel mezzo", ma spesso tale termine evidenzia distanze, differenze e a volte conflitti tra le due culture a confronto.

Da alcuni anni i mediatori culturali operano su tutto il territorio in collaborazione con Enti pubblici e privati e con varie Associazioni del Terzo Settore.

I primi corsi di formazione per mediatori che furono fatti erano basati sulle esperienze di altri paesi europei, in particolar modo di quello francese e dell'esperienza americana.

Il mediatore culturale deve quindi:

- avvicinare la cultura straniera a quella dei servizi

- rispondere alle necessità e ai bisogni della persona migrante
- fornire le necessarie informazioni sulle regole e sul funzionamento della struttura nella quale avviene la relazione.

Il mediatore si configura come risorsa sia per la persona, che ha così la possibilità di esprimersi e di trasmettere il proprio vissuto e la propria storia, sia per il Servizio Sanitario che può progettare interventi in grado di rispondere alle sue reali esigenze.

All'interno dell'ospedale :

1. Le funzioni del mediatore culturale sono:

- interprete
- traduzione
- facilitazione della relazione
- comprendere i problemi socio-sanitari degli immigrati
- informazione/ avere un ruolo attivo
- decodificare il bisogno di salute
- orientamento
- accompagnamento
- promozione della cultura d'origine
- recuperare l'esperienza e i valori del paziente riguardo alla salute e alla malattia
- accogliere,valorizzare e reinterpretare le diversità/ differenze
- stabilire relazioni di alleanza fra le parti, evitando atteggiamenti di subordinazione, esclusione o compiacimento.

2. Diritti del mediatore culturale

- essere informato dettagliatamente sul caso in questione
- rifiutare di infrangere le leggi dello stato italiano, del servizio o ente per il quale svolge la sua attività/funzione
- rifiutare di svolgere mansioni per le quali non ha le necessarie competenze o necessaria formazione

- rifiutare di essere partecipe in casi di discriminazione, razzismo, offesa ai costumi, alla cultura, alle credenze ed ai valori di una delle tre parti (paziente/utente, operatore sanitario, mediatore), riservandosi il diritto di tutelarsi legalmente.

3. Doveri del mediatore culturale

- assicurarsi che il colloquio avvenga
- tenersi sempre aggiornato sui regolamenti, le circolari, le leggi che riguardano gli utenti e gli operatori
- rifiutare l'incarico dove ci sia incompatibilità a livello linguistico, culturale o personale con una delle due parti
- chiarire i presupposti culturali e gli stereotipi delle due culture messe a confronto
- tenere costantemente informate le due parti su quello che sta succedendo, traducendo accuratamente
- riformulare le frasi che non sono state comprese da uno dei due interlocutori
- chiedere chiarimenti se lui stesso non ha capito
- rendere noto quando egli stesso ha delle carenze relative alla cultura di una delle due parti
- denunciare illegalità, ingiustizia e discriminazione

4. Obiettivi: creazione di un ponte tra paziente/utente ed operatore

- rendere visibile il disagio psico-sociale che si nasconde dietro la richiesta di assistenza sanitaria
- favorire la conoscenza e l'uso appropriato dei servizi presenti sanitari
- divulgare la conoscenza dei diritti

5. Difficoltà che incontra il mediatore culturale

- identificazione con il paziente/utente caricandosi di tensioni e ansie specialmente se appartenente alla stessa etnia

- identificazione con la struttura di appartenenza, imponendo rigidamente l'organizzazione
- passaggi burocratici
- conflitto con altre figure professionali

6. Limiti del mediatore culturale

- mancato riconoscimento da parte di appartenenti alla stessa etnia ad esempio per motivi politici e culturali
- sesso, nazionalità e livello culturale.

7. Riconoscimento del ruolo e della professionalità del mediatore culturale

- E' importante portare a conoscenza degli operatori sanitari il ruolo svolto dal mediatore attraverso la sua:
 - partecipazione ai progetti aziendali
 - corsi di formazione interculturali agli operatori
 - riunioni di équipe

Il lavoro del mediatore culturale è di tipo dinamico e non statico; è uno strumento di conoscenza della trasformazione e del cambiamento sociale (Geertz, 1999).

Rappresenta uno strumento operativo necessario, ma anche un'opportunità straordinaria per coniugare i bisogni dell'Istituzione Sanitaria con i bisogni di salute di tutte le persone straniere.

In sintesi:

- La presenza del mediatore culturale consente agli operatori sanitari di affrontare:
 1. le diverse ***modalità di comunicazione***
 2. ***fronteggiare i bisogni*** che si esprimono nella ***relazione*** tra operatori e immigrati.
- Per cui si rende necessario:

Una programmazione di Servizi Socio-sanitari diversificati a misura umana.

A tutt'oggi manca un vero e proprio riconoscimento istituzionale in grado di definire il profilo, il ruolo e lo spazio entro il quale deve operare del mediatore culturale.

Tutti i lavori svolti dai mediatori culturali hanno avuto come obiettivo il rispetto delle finalità del Decreto Legislativo 286/98. Questo mira al processo di integrazione tra cittadini stranieri e il territorio.

Sono attualmente in fase di elaborazione in tutta Italia progetti per l'inserimento di mediatori culturali nelle scuole e negli ospedali. Nel settore della sanità infatti c'è la necessità di mediare tra le aziende ospedaliere e gli stranieri, che oltre al problema della lingua, hanno diverse concezioni della medicina e delle cure.

MATERNITA' E CULTURA

La gravidanza e il parto sono, sotto il profilo biologico, uguali in tutto il mondo; ciò che li caratterizza e li diversifica sono gli aspetti culturali.

La nascita di un figlio in primo luogo induce nella famiglia immigrata a riconsiderare il proprio progetto e porsi una nuova prospettiva: la permanenza in Italia è vista non più come un fatto temporaneo o transitorio, legato a motivi economici (realizzare un reddito e poi ritornare al proprio paese), ma una prospettiva più lunga che può prevedere la stabilizzazione e l'integrazione. La gravidanza prima e la nascita dopo, spingono la famiglia ad uscire dalla loro condizione di invisibilità sociale che spesso caratterizza il rapporto di molte donne straniere con la realtà locale e favorisce una serie di relazioni con la società (consultorio, ospedale,...) e ne favorisce la partecipazione.

La maternità può essere tuttavia anche un momento molto critico nella vita della donna/famiglia migrante in particolare quando non vi sono solidi strumenti culturali e non hanno un lavoro con regolare permesso di soggiorno:

1. la nascita di un figlio è la ragione più ricorrente per la quale una donna straniera perde il posto di lavoro (non sono rari i casi di donne che hanno vissuto la maternità "clandestinamente" e per paura di essere

scoperte e licenziate hanno fatto ricorso all'interruzione di gravidanza perché prive di supporto e sostegno)

2. la gravidanza è spesso vissuta in solitudine, soprattutto per le donne giunte da poco in Italia, senza l'aiuto della famiglia di origine.
3. la difficoltà di accudire il figlio dopo la nascita. Per molte famiglie la gestione del figlio nella fascia 0- 3 anni è molto faticosa. Secondo il Rapporto Unicef – Caritas le famiglie straniere con un solo genitore è molto alta nel gruppo marocchino e in quello albanese e cinese e quindi per inconciliabilità tra lavoro domestico e cura della maternità, alcune di queste madri sono costrette a rimandare i figli nel paese di origine per essere accuditi dai parenti.

I servizi socio sanitari e in particolare l'ospedale devono essere presenti e capaci di organizzare attività di sostegno da un lato e attività pedagogiche da un altro, finalizzate a facilitare l'esperienza della maternità e della nascita e sviluppare le capacità genitoriali, tenendo conto della multiculturalità.

OBIETTIVO DELLA TESI

L'obiettivo della Tesi è stato quello di costruire un progetto di miglioramento della qualità assistenziale infermieristica e mediazione culturale all'interno dell'ospedale rivolta alle donne partorienti provenienti da culture diverse da quella italiana.

METODOLOGIA

La costruzione del progetto è stata articolata in 5 fasi. Il seguente diagramma di Gantt mostra i periodi in cui è stata svolta ogni singola fase.

STUDIO IN 5 FASI	2008		2009			
	novembre	dicembre	gennaio	febbraio	marzo	aprile
Ricerca bibliografica di protocolli e procedure nella Regione Marche	■					
Costruzione del questionario per la valutazione outcome donne immigrate		■	■			
Somministrazione del Questionario				■	■	■
Proiezione del video in lingue della Regione Marche				■	■	■
Inserimento dati, elaborazione e valutazione dei risultati						■

Fase I: ricerca bibliografica su protocolli e procedure attualmente in uso nella Regione Marche

E' stata effettuata una ricerca bibliografica su protocolli o procedure attualmente in uso nella Regione Marche riguardanti l'utilizzo del mediatore culturale.

L'Azienda Ospedali Riuniti di Ancona si avvale, insieme all'ASUR 7, del servizio di mediazione linguistico – culturale dell'Associazione Senza Confini di Ancona.

L'Associazione Senza Confini di Ancona è un'associazione di volontariato che nasce nel 1995 per iniziativa di un gruppo di operatori sanitari dipendenti dell'Azienda Ospedaliera di Ancona, dell'ASL 7 e dell'INRCA di Ancona e dal 1996 è accreditata per lo svolgimento per lo svolgimento all'interno dell'Ospedale .

Le attività offerte dall'Associazione Senza Confini sono:

- formazione interculturale agli operatori dei servizi socio – sanitari con l'obiettivo di fornire strumenti necessari per affrontare le differenze culturali e quindi garantire una qualità efficace nella salute, malattia e cura alle persone immigrate

- **servizio di mediazione linguistico – culturale all'interno dei vari presidi ospedalieri – Gruppo UMAN.** Tale servizio viene attivato con la collaborazione del coordinatore dell'Unità Operativa e dell'assistente sociale dell'Ospedale, la quale poi contatta i responsabili dell'Associazione. In genere il mediatore entra in servizio nell'Unità Operativa nelle successive 24 – 48 ore dalla chiamata, ma può essere rintracciato telefonicamente per le urgenze.
- collaborazione con le istituzioni e servizi socio – sanitari della Regione Marche per stimolare iniziative istituzionali a tutela della salute degli immigrati.

Il servizio di mediazione culturale è svolto da 28 mediatori linguistico culturali che offrono 25 lingue e offre:

- mediazione interculturale in 25 lingue/culture
- traduzione e interpretariato
- accoglienza, orientamento e informazione
- consulenza interculturale per particolari problemi socio – assistenziali
- progettazione di interventi specifici locali
- empowerment delle comunità straniere mediante iniziative *ad hoc*.

Fase II: costruzione di un questionario di valutazione inerente la soddisfazione della donna migrante.

Il questionario è uno strumento necessario per ottenere informazioni relative alla soddisfazione delle donne straniere partorienti ricoverate presso il Salesi circa l'assistenza infermieristica ricevuta durante il ricovero e il ruolo del mediatore culturale.

Per la costruzione degli items del questionario è stata condotta una ricerca nelle banche dati della letteratura internazionale utilizzando le seguenti parole chiave: “cultural diversity”, “patient satisfaction”, “maternal care”.

Lo strumento d'indagine è costituito da 70 domande chiuse con possibilità di scelta multipla o dicotomiche.

Per quanto riguarda la forma lessicale questa è semplice ma tecnico – scientifica per poter rendere il questionario facilmente chiaro e comprensibile. Tale questionario infatti è stato tradotto in 7 lingue.

La prima sezione del questionario raccoglie informazioni di tipo anagrafico, domande inerenti la precedente esperienza con il servizio sanitario italiano, domande rispetto all'assistenza sanitaria ricevuta durante l'ultima gravidanza.

Il questionario sarà validato durante una fase pilota preliminare su un campione di donne partorienti.

Fase III : somministrazione del questionario

Considerata l'importanza di mantenere l'indagine anonima e, contemporaneamente, la possibile difficoltà di alcune donne di leggerle, e si è optato per la tecnica di somministrazione di un questionario anonimo e con la possibilità di intervenire con una compilazione assistita nel caso di difficoltà di comprensione delle domande.

Il questionario verrà somministrato a:

- tutte le donne partorienti
- con status di legalità o clandestinità
- con modalità del parto eutocico e taglio cesareo

Fase IV : proiezione del video “Per la vostra salute donne del mondo”

Il video “Per la vostra salute donne del mondo” nasce nel 2005 dalla collaborazione dell' Osservatorio Epidemiologico sulle Disuguaglianze/ARS Marche e l'Associazione Senza Confini di Ancona.

Gli obiettivi specifici del video sono:

- Diffusione del video nei consultori e punti nascita della Regione Marche destinato alle donne migranti (e non) che si rivolgono ai servizi
- Preparazione del personale socio – sanitario che opera nei servizi materno – infantili

- Creazione e consolidamento di un gruppo di lavoro regionale per la promozione della salute materno – infantile delle donne immigrate.

Il video è in 11 lingue (italiano, inglese, francese, spagnolo, arabo, russo, cinese, albanese, rumeno, ucraino, angla)

E' articolato in 5 capitoli, ciascuno della durata di cinque minuti, per consentire un più agevole utilizzo:

1. cosa fare durante la gravidanza
2. il parto
- 3. il periodo dopo il parto e l'allattamento al seno**
- 4. le cure del bambino e della mamma**
5. la salute femminile

In particolare, verranno proiettate in ambito ospedaliero i capitoli n. 3 e 4.

Il video intende contribuire al miglioramento dello stato di salute delle donne immigrate colmando quel vuoto informativo e suggerendo comportamenti sanitari corretti.

Fase V : inserimento dei dati , elaborazione e valutazione dei risultati

Inoltre, è in corso di traduzione nelle lingue più diffuse (inglese, francese, spagnolo, arabo, cinese, rumeno , albanese, bengalese) un opuscolo – guida intitolato “Consigli alla mamma”.

Esso comprende diversi capitoli:

- allattamento al seno
- come spremere e conservare il latte materno
- la cura del capezzolo
- l'alimentazione materna durante l'allattamento
- consigli per l'assistenza al neonato sano (calo ponderale, cura dell'ombelico).

RISULTATI

Si presenta di seguito il testo completo del questionario.

QUESTIONARIO

OBIETTIVI DELL'INDAGINE

La presente indagine intende analizzare la Sua esperienza relativa all'assistenza sanitaria ricevuta DURANTE L'ULTIMA GRAVIDANZA E IL PARTO. La Sua opinione e le Sue osservazioni sono molto importanti per la valutazione dei nostri servizi e per poterli eventualmente migliorare per il bene di tutte le future mamme.

CONSIGLI PER LA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO

1. Nel rispondere alle domande, La preghiamo di pensare alle cure sanitarie ricevute durante la SUA ULTIMA GRAVIDANZA E DURANTE IL PARTO.
2. Nella maggior parte dei casi le domande richiedono **una sola risposta che va segnata su un solo riquadro** o scritta chiaramente sulla linea tratteggiata. Dove specificato nella domanda potrà dare più di una risposta.
3. Talvolta dovrà saltare alcune sezioni del questionario seguendo le istruzioni presenti e segnare la risposta in altri riquadri. La compilazione minuziosa del questionario ha una durata di 15 – 20 minuti.
4. La preghiamo di non indicare il Suo nome e cognome sul questionario ma di identificarlo con **le sole iniziali del Suo nome e cognome**.
5. **La partecipazione a questa indagine è volontaria e anonima. Le risposte da Lei fornite saranno trattate con riservatezza.**
6. Nel caso avesse qualche perplessità o qualche interrogativo rispetto all'indagine, potrà rivolgersi direttamente a noi, chiamando il numero indicato nel questionario, al Suo medico di famiglia o al servizio di Ostetricia dell'ospedale G. Salesi.

EVENTUALI RICHIESTE NELLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO

Se dovesse incontrare delle difficoltà nella compilazione del presente questionario o avesse bisogno di precisazioni, potrà chiamare il numero di telefono qui indicato (071). Saremo lieti di aiutarla.

La preghiamo di scrivere la data di oggi (il giorno della compilazione del questionario):

Giorno/mese/anno

.....
Reparto Ospedaliero : 1Clinica 2Divisione
Modalità di parto: 1Normale 2Parto cesareo

I SUOI DATI SOCIO DEMOGRAFICI:

1. **Iniziali di nome e cognome:**
2. **Data di nascita:** il Nazione/Paese.....
3. **La Sua cittadinanza(paese):**
4. **Stato civile:** 1coniugata 2celibe 3divorziata o separata 4vedova 5altro

5. **Numero di figli minori** :.....
6. **Residenza (Provincia):** 1|Ancona 2|Macerata 3|Pesaro 4|Ascoli-Piceno
5| Fuori Marche
7. **Domiciliata** **in** **Italia**
dall'anno:.....
8. **Conoscenza della lingua italiana:** 1|eccellente 2|buona 3|sufficiente
4|mediocre
5|pessima
9. **Il suo titolo di studio:** 1|laurea e più 2|licenza scuola superiore 3|alcuni anni scuola
superiore senza licenza 4|licenza scuola elementare
5|Nessun titolo
10. **Lei ha un lavoro regolare?:** 1|Sì 2|No
11. **Reddito netto dichiarato l'anno scorso (dal suo nucleo familiare):**
1|>13.000€ 2|6000-13.000€ 3|≤ 6.000 €

I. LA SUA ESPERIENZA PRECEDENTE (PRIMA DI QUEST'ULTIMA GRAVIDANZA) CON IL SERVIZIO SANITARIO ITALIANO

Pensa all'esperienza di cura che Lei ha avuto negli anni passati in ospedale o dal suo medico di famiglia oppure da un qualsiasi operatore sanitario in Italia. Vorremmo sapere come Lei valuta quella esperienza.

1. **Lei pensa di essere stata mai trattata di una maniera scorretta o non uguale ai cittadini Italiani?** 1. |Sì 2. |No 3. |No so/ No ricordo
4. |Non avevo mai avuto un altro contatto con il servizio sanitario italiano prima di oggi

Per le risposte affermative Sì (trattata di una maniera scorretta), passare alle questioni 2 e 3:

2. **Secondo Lei, questo trattamento scorretto era dovuto al suo statuto di:**
1. |straniera/ extracomunitaria 2. |donna 3. |altri motivi

3. **Lei pensa che, in quella occasione, sarebbe stata trattata meglio da un operatore sanitario (medico, infermieri, ecc) DELLA SUA CULTURA O DEL SUO PAESE D'ORIGINE ?**
1. |Sì 2. |No 3. |No lo so

II. LA SUA ESPERIENZA RISPETTO ALL'ASSISTENZA SANITARIA DURANTE L'ULTIMA GRAVIDANZA

A. ASSISTENZA MEDICA DURANTE LA GRAVIDANZA (PRIMA DEL RICOVERO)

- A1. **Questa gravidanza è stata da Lei "pianificata"? Per gravidanza pianificata si intende che Lei è rimasta incinta in seguito ad una sua precisa scelta.** 1|Sì 2|No

A2. a) Quante altre gravidanze Lei ha avuto prima di questa ultima?
.....

b) Quante di queste gravidanze precedente si sono concluse con un aborto?

Numero

A3. Come è stato il Suo stato di salute generale durante la Sua ultima gravidanza?

1. Eccellente 2. Molto Buono 3. Buono 4. discreto
5. Pessimo

A4. A quale operatore sanitario si è rivolta per la PRIMA VISITA della Sua gravidanza?

Si prega di segnare in un solo quadretto.

1. Ginecologo privato 2. Consultorio 3. Nessuno 4. Altro (a precisare)

A5. A che settimana di gestazione si trovava all'incirca quando ha fatto la Sua prima visita medica? Numero di settimane circa:

A6. Nel momento in cui ha avuto bisogno, è riuscita ad incontrare il Suo medico (o un altro operatore sanitario) immediatamente? 1. Sì 2. No

A7. Quante visite di controllo ha potuto fare durante la gravidanza (esclusi gli appuntamenti per gli esami del sangue e le ecografie)?

Numero di visite.....

A8. Durante le visite prenatali, crede di aver avuto la libertà di scegliere il medico o l'operatore sanitario di suo gradimento?

1. Sì 2. No 3. No so/ Non ricordo .

A9. Durante le visite prenatali:

a) Ha potuto fare l'esame ecografico per determinare la settimana esatta di gravidanza? (questo esame si fa generalmente fra la ottava e la quattordicesima settimana di gravidanza)

1. Sì 2. No

b) Lo scopo di questo esame Le è stato chiaramente spiegato?

1. Sì 2. No

c) Pensa di aver avuto la libertà di accettare o rifiutare questo esame?

1. Sì 2. No

A10. Durante le visite prenatali:

a) Ha potuto fare anche l'esame ecografico a 20 settimane circa di gravidanza? (questo esame

viene anche chiamato "esame di metà semestre" o "esame per il depistaggio delle malformazioni".

1. Sì 2. No

b) Le hanno spiegato chiaramente gli scopi di questo esame?

1. Sì 2. No

c) Pensa di aver avuto la libertà di accettare o no questo esame?

1. Si 2. No

A11. Quanti esami ecografici ha fatto complessivamente durante la gravidanza?

Numero complessivo (circa) di esami ecografici.....

A12. Complessivamente, come giudica l'assistenza sanitaria ricevuta da Lei durante questa gravidanza *NEL PERIODO PRECEDENTE IL SUO RICOVERO PER IL PARTO*? L'assistenza è stata:

1. Molto soddisfacente
2. Piuttosto soddisfacente
3. Né soddisfacente né insoddisfacente
4. Piuttosto insoddisfacente
5. Molto insoddisfacente

B. PROCEDURE PER IL RICOVERO IN OSPEDALE

B1. Come giudica il grado di cortesìa mostrata dal personale cui si è rivolta per il ricovero in ospedale?

1 Eccellente 2 Molto Buono 3 Buono
4 Discreto 5 Pessimo

B2. Come giudica il grado di disponibilità mostrata dal personale nel venire incontro ai suoi bisogni durante lo svolgimento delle pratiche per il ricovero?

5 Pessimo 4 Discreto 3 Buono 2 Molto Buono 1 Eccellente

B3. Al momento del suo ricovero in ospedale Le hanno spiegato che cos'è il "rooming"?

1 Sì 2 No 3 Non ricordo

B3.1. Se sì, Le hanno spiegato perché viene praticato in questo ospedale?

1 Sì 2 No

B4. Le hanno spiegato chi è un "mediatore culturale"?

1 Sì 2 No 3 Non ricordo

B5. Le hanno spiegato a cosa serviva questo "mediatore culturale"?

1 Sì 2 No 3 Non ricordo

B6. Le hanno offerto i servizi del "mediatore culturale" durante il suo ricovero?

1 Sì 2 No 3 Non ricordo

Per le risposte positive SI alla domanda B6, Passare alla domanda B7

Per le risposte negative NO alla domanda B6, Saltare la domanda B7 e andare direttamente alla domanda B8

B7. A quale fase del suo ricovero ha beneficiato dei servizi del "mediatore culturale"?

1 Ammissione 2 Travaglio o parto 3 periodo dopo parto 4 Dimissione 2 No ricordo

B8. Come giudica nel complesso il momento relativo al suo ingresso in ospedale, senza

pensare ai singoli aspetti o episodi?

1.↑Eccellente 2.↑Molto Buono 3.↑Buono 4.↑Discreto 5.↑Pessimo

C. L'ASSISTENZA DURANTE IL TRAVAGLIO

C1. Quale era il livello delle sue aspettative rispetto all'assistenza medica che avrebbe ricevuto per il travaglio e il parto? 1.↑ Molto alto 2.↑Alto 3.↑ Medio
4.↑Basso 5.↑Molto basso

C2. Secondo lei, quanto tempo all'incirca è durato il travaglio?

Si prega di scrivere il numero di ore e minuti.....

C3. In quale modo è cominciato il suo travaglio? *Si prega di segnare una sola risposta*

1.↑ In maniera naturale (in questo caso saltare la domanda C4 e andare alla domanda C5)

2.↑E' stato indotto medicalmente (vada alla questione C4)

C4. Le è stata concessa la libertà di accettare o rifiutare l'induzione del travaglio?

1.↑Si 2.↑No 3.↑Non ricordo

C5. Durante il travaglio, Lei poteva liberamente cambiare posizioni per essere più comoda?

1.↑Si, sempre 2.↑Si, qualche volta 3.↑No affatto

C6. Secondo Lei in quale status igienico erano le stanze sotto elencate durante il travaglio?

a) Sala travaglio: 1.↑ molto pulita 2.↑ Abbastanza pulita 3.↑Sporca
4.↑ molto sporca 5.↑ Non l'ho usata

b) Toilette/Bagno: 1.↑ Molto pulito 2.↑ Abbastanza pulito 3.↑ Sporco
4.↑ Molto sporco 5.↑ Non l'ho usato

C7. Durante il travaglio, crede di avere ottenuto dagli operatori sanitari il sollievo dal travaglio come avrebbe desiderato? 1. ↑Si, sempre 2. ↑Si, qualche volta 3. ↑No

C8. Complessivamente, quanti operatori sanitari (medici, ostetrici ecc.) l'hanno assistita durante il travaglio? 1.↑uno 2.↑due 3.↑tre 4.↑quattro
5.↑cinque o più

C9. Complessivamente, come giudica l'assistenza sanitaria ricevuta da Lei DURANTE IL TRAVAGLIO? L'assistenza è stata:

1. ↑Molto soddisfacente
2. ↑Piuttosto soddisfacente
3. ↑Né soddisfacente né insoddisfacente
4. ↑Piuttosto insoddisfacente

5. Molto insoddisfacente

D. ASSISTENZA DURANTE IL PARTO

D1. Durante il parto, ha subito un piccolo taglio chiamato episiotomia?

1. Sì 2. No 3. No so/ No ricordo

D2. Ha pianto durante il parto?

1. Sì 2. No 3. No so/ No ricordo

D3. Complessivamente, quanti operatori sanitari (medici, ostetrici, ecc) lo hanno assistita durante il parto? 1. uno 2. due 3. tre 4. quattro
5. cinque o più

D4. Aveva incontrato PRIMA DEL TRAVAGLIO almeno uno degli operatori sanitari che l'hanno assistita durante il travaglio o il parto? 1. Sì 2. No
3. No so/No ricordo

D5. Aveva fiducia nella squadra di operatori sanitari che l'hanno assistita durante il travaglio o il parto? 1. Sì, totalmente 2. Sì, abbastanza 3. No

D6. Il suo marito, compagno o partner era accanto a Lei durante il travaglio o il parto?:

1. Sì 2. No 3. No ricordo

Per le risposte affermative (Sì) alla domanda D6, passare alla domanda D7

Per le risposte negative (No) alla domanda D6, saltare le domande D7 e D8 e andare alla D9

D7. Suo marito, compagno o partner è rimasto con Lei tutto il tempo da Lei desiderato?

1. Sì 2. No 3. No so/ No ricordo

Per le risposte negative (No) alla domanda D7, passare alla domanda D8

D8. Secondo Lei, per quali motivi Suo marito, compagno o partner non ha potuto passare con Lei il tempo da Lei desiderato? Si prega di segnare una sola risposta .

1. Gli operatori sanitari non l'hanno permesso
2. Il marito (compagno, partner) non ha potuto esserci il tempo necessario per motivi personali (lavoro, famiglia, ecc)
3. Non è stato possibile perché la dimensione della sala non lo permetteva
4. Non è stato possibile per ragioni mediche quale taglio cesareo, anestesia generale ecc
5. Altri motivi

D9. Come è stato l'atteggiamento generale degli operatori sanitari nei Suoi confronti, durante il travaglio o il parto. Si prega di segnare una sola risposta ad ognuna delle domande sotto elencate

- a) Parlavano con Lei di una maniera comprensibile? 1. Si 2. No 3. No so/No ricordo
- b) L'hanno trattato con rispetto e dignità? 1. Si 2. No 3. No so/No ricordo
- c) L'hanno trattato con gentilezza? 1. Si 2. No 3. No so/No ricordo
- d) L'hanno dato le informazioni da Lei richieste? 1. Si 2. No 3. No so/No ricordo
- e) L'hanno coinvolto abbastanza nelle decisioni riguardo alla sua assistenza?
1. Si 2. No 3. No so/ Non ricordo
- f) Lei aveva l'impressione di avere il controllo della situazione durante il parto?
1. Si 2. No 3. No so/ Non ricordo

D10. Complessivamente, come giudica l'assistenza sanitaria ricevuta da Lei DURANTE IL PARTO? L'assistenza è stata:

1. Molto soddisfacente
2. Piuttosto soddisfacente
3. Né soddisfacente né insoddisfacente
4. Piuttosto insoddisfacente
5. Molto insoddisfacente

E. ASSISTENZA OSPEDALIERA DOPO IL PARTO

E1. Dopo la nascita il suo bambino e' stato attaccato subito al seno?

1. Si 2. No 3. No so/ Non ricordo

E2. Ha ricevuto informazioni utili sulla posizione necessaria da tenere per allattare il suo bambino? 1. Si 2. No 3. No so/ Non ricordo

E3. Durante il ricovero le e' stato spiegato come aver cura del suo seno?

1. Si 2. No 3. No so/ Non ricordo

E4. Secondo Lei, quanto tempo è rimasta in ospedale dopo il parto?

Si prega di specificare il tempo in giorni e ore

E5. Rivedendo il suo soggiorno ospedaliero durante il parto, Lei ha l'impressione che sia durato: 1. Il tempo giusto 2. Troppo corte 3. Troppo a lungo 4. No so/No ricordo

E6. Prima della Sua dimissione dall'ospedale, è stata fatta una visita completa (check-up) del Suo/Sua bambino/bambina? 1. Si 2. No 3. Non so/Non ricordo

E7. Come giudica la quantità di cibo che Le davano in ospedale?

1. †Abbondante dell'ospedale 2. †Sufficiente 3. † Scarsa 4. †Non ho mangiato il cibo

E8. Avrebbe gradito mangiare cibo diverso rispetto a quello che Le è stato servito in ospedale durante il ricovero? 1. †Si 2. †No 3. †Non so

E9. Come giudica complessivamente la qualità del cibo che ha mangiato in ospedale dopo il parto? 1. †Molto buono 2. †Buono 3. †Accettabile
4. †Sgradevole
5. †Non ho mangiato cibo dell'ospedale

E10. Al momento della dimissione Lei si e' sentita sicura di riuscire ad accudire il suo bambino una volta tornata a casa? 1. †Si 2. †No

E11. Complessivamente, come giudica l'assistenza sanitaria ricevuta in ospedale DOPO IL PARTO? L'assistenza è stata:

1. †Molto soddisfacente 2. †Piuttosto soddisfacente
3. †Né soddisfacente né insoddisfacente 4. †Piuttosto insoddisfacente
5. †Molto insoddisfacente

VALUTAZIONE COMPLESSIVA DELL'ASSISTENZA SANITARIA RICEVUTA DURANTE LA SUA ULTIMA GRAVIDANZA E IL PARTO

Complessivamente, come giudica L'ASSISTENZA SANITARIA GLOBALE ricevuta durante questa ultima gravidanza, il parto e la degenza in ospedale dopo il part ?

L'assistenza ricevuta è stata:

1. †Molto soddisfacente
2. †Piuttosto soddisfacente
3. †Né soddisfacente né insoddisfacente
4. †Piuttosto insoddisfacente
5. †Molto insoddisfacente

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Questo progetto rappresenta un contributo al perseguimento degli obiettivi di miglioramento della qualità dell'assistenza ospedaliera ed intende avviare ad un cambiamento culturale all'interno dell'AOU Ospedali Riuniti di Ancona per garantire alle donne straniere, ai neonati e ai loro familiari il rispetto del diritto alla salute e alla completa e corretta informazione- educazione sanitaria.

Il progetto pone l'obiettivo di migliorare e, per quanto possibile, uniformare le modalità di accoglienza ospedaliera alle donne straniere nel percorso nascita, riorganizzando e sviluppando le attività già esistenti a livello delle U.O. , partendo dall'ipotesi che tali attività vengano svolte attualmente all'interno delle U.O. in modo difforme.

Obiettivi specifici del progetto sono:

- Garantire a tutte le donne straniere un livello adeguato di qualità dell'assistenza infermieristica in relazione al processo di accoglienza basato su requisiti oggettivi e misurabili (standard ed indicatori)
- Uniformare per migliorare le modalità di accoglienza ed informazione in ospedale, garantendo all'utente la massima professionalità e competenza, chiarezza nell'informazione, relazione di aiuto e privacy
- Sensibilizzare il personale sanitario al concetto di "qualità percepita dall'utente" per la rilevazione della soddisfazione dell'utente, applicato al settore accoglienza (questionario pre – dimissione)
- Promuovere il miglioramento dei rapporti tra operatori – utenti
- Promuovere tra le donne migranti la responsabilità della propria salute e del neonato
- Migliorare le conoscenze sull'assistenza della donna dopo il parto e sostenere percorsi di "empowerment" della coppia sulla nascita e cura del neonato
- Migliorare la cura del neonato fornendo informazioni sull'accesso alla consulenza pediatrica e ai Servizi di Vaccinazione.

Le finalità del progetto sono quindi rivolte al miglioramento continuo della relazione tra le donne straniere neo – mamme , le loro famiglie e la nostra Azienda

attraverso un approccio personalizzato che favorisca una corretta informazione, un'adeguata accoglienza e l'orientamento della persona al corretto uso dei servizi offerti. I punti di forza del progetto sono rappresentati dal fatto che il progetto non limita la questione della mediazione culturale solo al problema della traduzione linguistica, ma si fa carico delle esigenze della popolazione migrante che si trova in un contesto di "subordinazione psicologica", non solo per la necessità di salute, ,ma anche per l'incapacità di comprendere e farsi comprendere e soprattutto per l'appartenenza/provenienza ad un tipo di cultura sociale e sanitaria spesso molto diversa dalla nostra.

Il progetto accompagna le persone, donne migranti ed operatori sanitari, lungo tutto il percorso assistenziale dell'evento nascita.

La gestione del progetto è adattabile e proponibile per altri punti nascita ospedalieri.

Gli operatori sanitari dovranno essere capaci di offrire ascolto, dare giuste risposte, comprendere i vari aspetti culturali legati al tema della nascita per alleviare l'impatto e l'ansia conseguenti all'ospedalizzazione.

La presenza di mediatori culturali, rappresentativi di più etnie e facilmente attivabili, in ospedale, permette di risolvere molte difficoltà comunicative, di limitare l'utilizzo improprio di risorse, di costituire un filtro per il Pronto Soccorso, di accogliere il disagio psicosociale e di indirizzarlo, di arricchire la formazione sul campo e favorire direttamente il confronto culturale.

Il collegamento fra organizzazioni pubbliche, volontariato, associazionismo sono considerati diffusamente elementi da potenziare, per la costruzione di una rete solidale in cui le donne immigrate possano trovare il giusto supporto per diventare nel tempo consapevoli protagoniste dell'evento nascita.

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. Etica per le Professioni, Anno IV, n. 1, pp. 60-65, 2002.
- AA.VV., I flussi Migratori nel Bacino del Mediterraneo, Atti della IV Consensus Conference sull'immigrazione e II Congresso nazionale della Societa' Italiana di Medicina delle Migrazioni, Palermo, 12-14 Dicembre 1996
- AA.VV., L'Idra delle violenze, il mosaico delle solidarietà, Atti della V Consensus Conference sull'immigrazione e III Congresso nazionale della Societa' Italiana di Medicina delle Migrazioni, Palermo, 26-28 Giugno 1998
- AA.VV., Le nuove povertà: un problema complesso di Sanità pubblica, Atti del Convegno Nazionale, Roma, 1998
- AA.VV., Settimo rapporto ISMU sull'immigrazione, F. Angeli, Milano, 2002
- AA.VV., Untori e unti, dall'esotismo alla realtà, Atti della VI Consensus Conference sull'immigrazione e IV Congresso nazionale della Societa' Italiana di Medicina delle -Migrazioni, Palermo, 25-28 Maggio 2000
- Affronti M., Lupo M., Messina MR., Eds. Atti del convegno "Terbio Millennium Inuente: migration, new scenarios, for old problems. A consensus conference VII seminar. V Congresso nazionale SIMM", Erice, 2002
- Argomenti di medicina delle migrazioni, Roma, Anterem, 2000
- Baglio C., Cacciani L., Materia E., Guasticchi G., Rapporto sull'assistenza ospedaliera a cittadini stranieri nel Lazio, anno 2000, Beta Tipografica, Roma, 2000
- Baglio G., Cacciani L., Materia E., Guasticchi G.: Rapporto sull'assistenza ospedaliera a cittadini stranieri nel Lazio. Anno 2000. Roma, Agenzia di Sanità Pubblica della regione Lazio, 2002
- Baglio G., Loiudice M., Geraci S.: Immigrazione e salute: aspetti normativi. «Annali di Igiene, Medicina preventiva e di Comunità», n.7, 1995 - 165:177

- Berlinguer G.: La salute globale. In Bioetica quotidiana di Berlinguer G. Giunti Gruppo Editoriale, Firenze, 2000
- Bona G (a cura di), Il bambino immigrato, Editeam s.a.s Gruppo Editoriale, Cento (Fe), 2003
- Burgio A., Silvestri I., Caratteristiche dell'ospedalizzazione degli immigrati provenienti da paesi a forte pressione migratoria e la salute riproduttiva delle donne straniere, Atti del VII Seminario - Internazionale di Geografia Medica - salute e migrazione, Verona, 2001
- Christensen Clayton, Shu Kirstin. What is an Organizational Culture?, Harvard Business School 1999.
- Commissione per le politiche d'integrazione degli immigrati, il Mulino, Bologna, 2000
- Commissione per le politiche d'integrazione degli immigrati, il Mulino, Bologna, 2001
- Desmarteau R., La valeur strategique du capital social, Congrès ASAC-IFSAM Montréal, Québec 8 au 11 juillet 2000
- Di Napoli A., Arianna P., Spinelli A. et al., Caratteristiche dei nati di figli di straniere nella regione Lazio, in Raccolta Abstracts I Convegno Nazionale congiunto ISMU, GLNBI, SIMM, ABIO, Milano 16 e 17 maggio 2003, 21
- Fortino A., Pennazza F., Boldrini R., Randazzo M., Marceca M., Geraci S., Rapporto annuale sui ricoveri ospedalieri degli stranieri in Italia - Dati SDO 1998, Roma, Ministero della salute, Dipartimento della Programmazione, 2000
- Geertz Clifford. Mondo globale, mondi locali. Cultura e politica alla fine del ventesimo secolo. Il Mulino, Bologna 1999
- Geraci S, Marceca M., Aspetti demografici e legislativi d'interesse sanitario, in Bona G (a cura di), Il bambino immigrato, Editeam s.a.s Gruppo Editoriale, Cento (Fe), 2003
- Geraci S. (a cura di), Approcci transculturali per la promozione della salute.

- Geraci S., *Medicina & Migrazioni. Il caso italiano: la storia e le prospettive*, Atti I Consensus Conference sulle migrazioni e IV Congresso Nazionale Simi, Palermo 25-28 maggio 2000
- Mazzetti M., *Bambini in cammino. Il dialogo transculturale in pediatria*, Percorsi Editoriali, Roma, 2002
- Miceli M., Di Lallo D., *La salute riproduttiva delle donne immigrate: uno studio nella città di Roma negli anni 1986-1992*, *Epid. Prev.* 20-80:2, 1996
- Ministero della Salute: D.G. Sistema Informativo e Statistico e degli Investimenti Strutturali e Tecnologico, Ufficio di Statistica, *Il ricovero ospedaliero degli stranieri in Italia nell'anno 2000*, Roma, 2000
- Osservatorio Epidemiologico Regionale – IL PERCORSO NASCITA NELLA REGIONE MARCHE – Agenzia Regionale sanitaria – Regione Marche
- Rapporto annuale ISTAT: la situazione del Paese nel 2002, in "il Sole 24 ore Sanità", Milano, 3-9 giugno 2002
- Saskia Sassen *Migranti, coloni, rifugiati* . (Tr. It.) Feltrinelli Editore, Milano, 1999, 13-18.
- Spinelli A., Grandolfo M.E. et al., *L'assistenza in gravidanza, al parto e durante il puerperio in Italia*, in "Ann. Ist. Super. Sanità", 1999
- Vicarelli G. *Mani invisibili*, Ediesse, Roma, 1994
- WHO: *The World Health Report 2000. Health systems: Improving Performance*, Geneva, 2000.
- Zincone G (a cura di), *Primo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia*, 2000
- Zincone G (a cura di), *Secondo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia*, 2001

SITOGRAFIA:

- www.ars.marche.it
- www.provincia.vt.it
- www.senzaconfini.net
- www.immiweb.org
- www.nursingtransculturale.it
- www.regioneemiliaromagna.it
- www.clinique-transculturelle.org
- www.ausl.re.it
- www.iismas.it

VIDEO :

- Osservatorio Epidemiologico sulle Disuguaglianze/ARS Marche – PER LA VOSTRA SALUTE DONNE DEL MONDO – Regione Marche
- ETNICA – LE COSE CHE NON CAPISCO (Il lavoro, il ricongiungimento familiare, la salute: i servizi nella provincia di Ancona dai racconti di Esther, Alcheta e Rosa) – Iniziativa comunitaria