

## “PROCESSO” ALLE VISITE DOMICILIARI PER MAMME E NEONATI

Rivolte a tutti? o rivolte a soggetti a rischio?

26 maggio 2016

### CARE MIX E CONTAMINAZIONI: PROSPETTIVE PER LA SALUTE DI TUTTI

**Pietro Cingolani.** Antropologo, FIERI – Forum Internazionale ed Europeo di Ricerche sull’Immigrazione

In questa presentazione si presenta la prospettiva del cosiddetto “welfare di comunità” e si spiega come tale modello sia coerente con interventi di home visiting universali e progressivi. Si presentano inoltre due esperienze nel settore della salute materno-infantile, una italiana e una spagnola, molto simili per obiettivi alla proposta di home visiting in discussione.

Quando si parla di nuovi modelli di cura spesso si parla di modelli misti non solo perché sono coinvolti attori sia pubblici che privati, ma perché includono diverse forme di regolazione e di coordinamento tra questi attori, determinando una pluralizzazione e diversificazione dei modelli regolativi.

Semplificando molto gli attori in gioco sono quattro: mercato, stato, associazionismo e comunità, famiglia. Gli aspetti più importanti di questo “care mix” sono i seguenti:

1) Il posizionamento dei differenti attori. L’assetto istituzionale non privilegia nessuno degli ambiti o degli attori individuati. Nel community welfare, il pubblico non è cioè sovraordinato agli altri attori; anzi aiuta le persone e i corpi sociali a realizzare la loro finalità, senza mai sostituirsi ad essi. Si passa da un “welfare a dominanza pubblica” a un sistema in cui la regolazione statale diventa promozionale (enabling state) e si accompagna ad altri tipi di regolazioni (Ascoli e Ranci 2003).

2) Un altro elemento che contraddistingue il community welfare è il ruolo dei cittadini che da consumatori/utenti di welfare diventano anche produttori/distributori (Marcon e Scilletta 2013). In questa accezione, per esempio, i cittadini non sono concepiti come semplici clienti che scelgono tra un’ampia offerta di servizi quello che meglio risponde alla loro domanda, ma come decisori delle organizzazioni che li erogano (Donati 2006).

3) Un ultimo elemento è rappresentato dalla ridefinizione del target. La Comunità diventa un riferimento cruciale non solo in quanto produttrice di benessere, ma anche in quanto destinataria del welfare, generando una riformulazione del soggetto di cui si vuole accrescere il benessere. Detto altrimenti, il welfare di comunità mira ad accrescere il benessere della comunità, non solo dei singoli individui.

Questo nuovo paradigma comporta importanti cambiamenti. Innanzitutto vi è il cambiamento di ruolo del pubblico che agisce come “mediatore di territorio”, capace di accompagnare lo sviluppo di nuove risposte e favorirne l’autonomia all’interno di un mercato sociale co-costruito e co-gestito da pubblico, privato sociale e cittadini. In secondo luogo si generano nuove risorse corresponsabilizzando la società civile e promuovendo una visione secondo la quale la comunità viene vista come centro di risorse

e i cittadini come collaboratori più che come utenti. In terzo luogo si supera la logica tradizionale del welfare fondata sulla risposta alla domanda, per passare alla “ricerca” delle nuove vulnerabilità e bisogni e alla loro trasformazione in domande attraverso processi di individuazione ed elaborazione collettiva dei disagi individuali.

Questo approccio lo si ritrova in due progetti intorno alla salute materno-infantile, nei quali la componente dell’home visiting è stata centrale. Entrambi si basano sulle premesse che la salute e in particolare quella della diade madre-bambino non si limita al piano sanitario, ma richiede un intervento molto più allargato, che tenga conto di molteplici fattori (di natura sociale, culturale, affettiva, economica). Entrambi i progetti hanno perseguito due importanti obiettivi:

- hanno favorito l’ascolto delle voci e delle esperienze delle donne migranti da parte degli operatori sanitari nella progettazione e nell’implementazione delle diverse fasi operative
- hanno favorito l’empowerment delle donne, maturando una maggiore consapevolezza dei loro diritti, e la loro possibilità di sostenere un ruolo attivo nel confronto sia con le istituzioni sanitarie che con i loro gruppi sociali di riferimento.

La prima esperienza è il progetto Mamma+, dedicato all’assistenza delle donne sieropositive in gravidanza e nel primo periodo di vita dei loro bambini. E’ stato promosso dal 2000 dall’Azienda sanitaria ospedaliera Oirm-S. Anna, centro di riferimento regionale Hiv per l’ostetricia, la ginecologia e la pediatria, in collaborazione con l’ospedale per le malattie infettive Amedeo di Savoia e l’Associazione Gruppo Abele. Questo progetto di assistenza integrata è basato sulla consapevolezza che «per assicurare e garantire alla diade mamma-bambino una corretta assistenza sanitaria è necessario adoperarsi per rimuovere gli ostacoli sociali e culturali che rischiano di compromettere il raggiungimento dell’obiettivo sanitario».

La metodologia si è basata sul lavoro d’équipe, con incontri mensili e con la supervisione dell’intervento educativo da parte della neuropsichiatra infantile dell’Oirm. Al gruppo di lavoro iniziale sono state integrate, nel corso del tempo, altre figure professionali con competenze specifiche, come etnopsichiatri per l’assistenza psicologica transculturale, avvocati per le questioni giuridiche relative ai documenti e consulenti del lavoro per l’inserimento professionale delle donne. Uno degli aspetti più importanti del progetto, per il quale le donne intervistate hanno espresso grande apprezzamento, sono state le visite domiciliari, visite che hanno permesso di avvicinare una popolazione molto fragile anche attraverso gli strumenti della mediazione culturale. Le stesse donne beneficiarie degli interventi hanno sottolineato come sarebbe importante che questa metodologia venisse estesa anche ad altre neo-mamme (immigrate e non), anche quelle che non si trovino in condizioni di rischio elevato come loro.

Il secondo progetto è il “Programa mujer salud y violencia” portato avanti dal 2008 dal Comune di Bilbao (settore Area de Igualdad, Ciudadania y Cooperation), incentrato sul concetto di “prevenzione attraverso l’empowerment”. Questo progetto è stato selezionato come “buona pratica di integrazione” all’interno dello studio europeo EU-MIA.

Il Comune di Bilbao per contrastare il fenomeno della violenza intra-familiare e per promuovere il benessere dei bambini ha puntato sulla formazione delle donne appartenenti a diverse comunità immigrate, che hanno poi agito come peer-educator nei confronti di altre donne che stavano vivendo esperienze simili alle loro. L’home visiting,

applicato in forma universale, è stato uno degli strumenti principali adottati dalle peer educator. In questo caso, a differenza del progetto Mamma+, le donne coinvolte sono state figure paraprofessionali. Questa scelta ha costituito un vantaggio sotto diversi punti di vista, poiché, come evidenziato da Speranza e Mattei (2007):

- conoscevano bene la comunità in quanto erano parte di essa
- avevano facilità comunicative (parlavano la stessa lingua o dialetto delle altre utenti)
- avevano condiviso le stesse esperienze di vita
- le utenti si ponevano con maggiore accettazione e fiducia verso le operatrici
- questa modalità ha comportato minori costi pro-capite, con un importante effetto moltiplicativo.

## Bibliografia

1. Ascoli U, Ranci C. Il Welfare Mix in Europa, Roma. Carocci. 2003
2. Cingolani P, Castagnone E, Olmo A, Ferrero L, Vargas C. La salute come diritto fondamentale: esperienze di migranti a Torino, Bologna. Il Mulino. 2015
3. Donato P. Famiglia e sussidiarietà: nuove politiche sociali che generano benessere comunitario, in Belardinelli S. (a cura di. Welfare Community e Sussidiarietà. Egea. Milano, 2006 pp. 67-90.
4. Marcon G, Scilletta C. Il ruolo del welfare civile nel welfare mix. I bisogni non evasi dal welfare pubblico, Osservatorio di Economia Civile, Camera di Commercio di Treviso. Treviso. 2013
5. Ponzo I. Il welfare di comunità applicato alla cura, paper presentato a Espanet Conference, Sfide alla cittadinanza e trasformazioni dei corsi di vita: precarietà, invecchiamento e migrazioni, Torino, Campus Luigi Einaudi, 18-20 Settembre 2014.
6. Regione Piemonte Assessorato alla tutela della salute e sanità, Ufficio Dipendenze e Aids. Mamma +. Progetto di assistenza integrata alle donne gravide HIV+ E ALLA COPPIA MAMMA-BAMBINO. Sette anni di attività e prospettive future, Cuneo, Edizioni Publiedit. 2008
7. Speranza A, Mattei E, Programmi di sostegno alla genitorialità. L'Home Visiting, Edizioni Kappa, Roma. 2007
8. Tarantino F. Women, Health and Violence Programme Bilbao (Basque Country, Spain). EU-MIA Research report, FIERI, Torino. 2014  
<http://www.eu-mia.eu/cases/programa-mujer-salud-y-violencia-women2019s-health-in-women2019s-hands>.