

VI CONSENSUS CONFERENCE
SULLA IMMIGRAZIONE
E
IV CONGRESSO NAZIONALE DELLA
SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA DELLE
MIGRAZIONI

MEMORIAL "LUIGI DI LIEGRO"

**UNTORI E UNTI:
"DALL'ESOTISMO ALLA REALTÀ"**

Palermo, 25-28 Maggio 2000

Le ragioni della Consensus

Dopo dieci anni dalla prima Consensus Conference, vogliamo fare il punto sulla situazione socio-sanitaria degli immigrati presenti in Italia ed abbiamo deciso di focalizzare alcuni argomenti che sono decisivi nell'ottica del processo di integrazione nel nostro paese.

Sono i temi del disagio psicologico, delle devianze, dei rischi sanitari, dei luoghi di sofferenza, delle donne e dei bambini e dei diritti; temi che di volta in volta sono stati oggetto delle nostre riunioni ma che adesso vogliamo trattare sia per la grande esperienza acquisita in questi anni sia, purtroppo, per la loro attualità.

Il titolo della Consensus, è giustificato proprio dal fatto che siamo ancora lontani da una effettiva integrazione e dal riconoscimento dei diritti fondamentali degli immigrati presenti in Italia, anche se molti passi in avanti sono stati fatti dopo il varo della L. 40/98: di fatto il termine "esotismo" descrive meglio il fenomeno migratorio che è ancora lontano dall'essere compreso ed interpretato nella sua effettiva "realità".

Infatti l'integrazione finora perseguita ha riguardato in prevalenza la prima accoglienza, è stata comunque di tipo subalterno riguardando solo il fattore economico (la cittadinanza sociale è ancora caratterizzata da una forte marginalità), non c'è stata una vera programmazione, la legge è stata raramente applicata e l'immigrato rimane sempre un potenziale delinquente piuttosto che un nuovo cittadino.

La Consensus come è noto raccoglie le esperienze che il "pubblico ed il volontariato" hanno maturato nel campo delle migrazioni, in uno spirito di grande collaborazione e di entusiastica operatività, non perdendo di vista le ricadute socio-politiche e scientifico-culturali che costituiscono motivo di orgoglio e di speranza per il futuro.



**Lettera del Presidente e del Segretario
della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni**
SIMM - news, maggio 2000

Cari soci e colleghi,

alla scadenza del mandato triennale che ha usufruito di alcuni mesi di *prorogatio* dovuta alla impossibilità di convocare l'Assemblea dei soci al di fuori del Convegno Nazionale, desideriamo presentare alla vostra attenzione un breve rapporto sul lavoro svolto durante questo lasso di tempo e, nello stesso tempo, esporre alcune indicazioni di massima sugli impegni che attendono la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni nel prossimo futuro.

Per quel che riguarda il consuntivo 1996-2000, possiamo riferire, per sommi capi, quanto segue:

1. si è provveduto alla riorganizzazione della Società attraverso una strutturazione di base, ormai ben collaudata, e relativa ad una puntuale registrazione degli iscritti e all'invio e alla ricezione di corrispondenza, inviti, quote associative, ecc.;

2. ha avuto inizio e si è consolidata nel tempo la stampa e l'invio ai soci della *SIMM NEWS* (Con quello di oggi - mag. 2000 - siamo al sesto numero: sett./dic. 97, feb. 98, mag. 98, gen. 99 e nov. 99) che ha permesso la divulgazione tempestiva sia delle disposizioni, delibere e regolamenti in materia sanitaria per gli immigrati, sia degli annunci dei corsi, convegni, appuntamenti e quant'altro pertinente agli obiettivi' della nostra Società (la tiratura è passata dalle 500 alle 2.000 copie tutte pressoché esaurite e sempre richieste);

3. è stata creata una rete telematica per la fruizione in tempo reale di informazioni sull'argomento Medicina e Migrazione (in realtà dopo un avvio promettente tale rete ha subito una brusca condizione di stallo);

4. è andata man mano intensificandosi la partecipazione attiva a diversi Convegni e a Corsi di formazione in varie zone d'Italia, da parte di tutti i componenti la Presidenza ed il Consiglio della *S.I.M.M.*. Alcuni di loro hanno pubblicato lavori e libri molto interessanti su argomenti specifici, sempre nell'ambito della migrazione;

5. sono stati presi contatti, possibili di una evoluzione in senso positivo con altre Società scientifiche e istituzioni (in particolare con la Società Italiana di Pediatria, con la Società Italiana di Medicina Generale, con la Fondazione Cariplo per le Iniziative e lo studio sulla Multietnicità - ISMU, con la Commissione per le Politiche per l'Integrazione della Presidenza del Consiglio dei Ministri, con l'Organismo Nazionale di Coordinamento per le politiche di integrazione sociale degli stranieri del Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro - CNEL, ...)

6. alcuni soci della *S.I.M.M.* hanno avuto parte attiva nella stesura della sezione riguardante l'assistenza sanitaria della Legge sull'immigrazione, sul seguente Regolamento d'attuazione e sulla Circolare esplicativa emanata dal Ministero della Sanità; sulla relazione circa lo stato di salute del Paese e sulla stesura del Progetto Obiettivo Nazionale "Salute degli immigrati" anche in ambito locale sono state significative le iniziative per una adeguata applicazione della legge (nel Lazio, nel Veneto, in Emilia Romagna. ...; a Bergamo, Milano, Foggia, San Remo, Aosta, Bologna, Messina, Palermo, ...);

7. il numero degli iscritti alla *S.I.M.M.* è aumentato in maniera costante e attualmente raggiunge

la cifra di 249, oltre la metà dei quali in regola con le quote sociali.

A questo proposito è auspicabile un maggiore contributo da parte dei Soci nel fornire notizie, suggerimenti e commenti ai nostri bollettini, sia per migliorare la composizione, sia per partecipare a quel forum di opinioni che essi, idealmente, rappresentano.

Per quanto riguarda gli impegni futuri della nostra Società, pensiamo sia necessario partire da in esame, benché sommario, della situazione italiana relativa alla immigrazione.

Gli ultimi dati forniti dal Ministero dell'Interno, aggregati e pubblicati dalla Caritas di Roma, relativi all'inizio del 2000, descrivono un fenomeno immigratorio composto 1.316.000 extracomunitari regolarizzati, con una percentuale di stranieri, sul totale della popolazione italiana, pari al 2,5%.

Pur essendo quest'ultima ancora lontana dalla media europea attestata su una percentuale pressoché doppia, l'Italia, per numero di immigrati, risulta al quarto posto in Europa, dopo Germania, Francia e Regno Unito.

Quello che sembra specifico della realtà immigratoria nel nostro Paese è rappresentato dalla estrema varietà dei flussi sempre più provenienti da etnie diverse sia sul piano culturale che su quello politico-sociale. Lo scenario che ne consegue impone un aggiustamento continuo e faticoso dell'ottica di osservazione degli immigrati e, a mitigarlo, non soccorre certamente la mancanza di un quadro di riferimento preciso sul piano della necessaria integrazione.

In una delle prime lettere pubblicate su *SIMM News*, si faceva a questo proposito, rimarcare l'urgenza di promuovere un dibattito sul tipo di integrazione verso il quale orientare la politica italiana sull'immigrazione. Tramontata l'idea americana di una specie di melting-pot, crogiuolo virtuale di rimodellazione di caratteristiche etniche diverse da cui estrarre un precipitato finale di comuni tratti personologici, è giocoforza ammettere che non esiste un modello di integrazione comune a livello europeo. Le singole Nazioni, specie quelle a più antica tradizione immigratoria, hanno provveduto a costruirne una specifica per ognuna.

Ad esempio, la Francia ha privilegiato il *ius soli* e il *ius domicili* ma con finalità di pura e semplice assimilazione ai valori e alla cultura francese; il Regno Unito ha preferito il pluralismo etnico legato ai principi dell'autonomia e delle pari opportunità, mentre la Repubblica Federale Tedesca, dopo gli anni di esclusione della naturalizzazione dei *gastarbeiter*, in base al *ius sanguinis*, ha cominciato, proprio dall'inizio di quest'anno, a concedere la cittadinanza, secondo il *ius loci*, ai nati da genitori stranieri residenti nel Paese da almeno otto anni.

In Italia, al di fuori dell'accoglienza e solidarietà, poco o nulla è stato proposto nei merito; anche se vanno apprezzati i recenti sforzi di riflessione o ambito istituzionale voluti dalla nuova normativa, ancora oggi il modello di integrazione rimane perfettamente sconosciuto, mentre risulterebbe quanto mai proficuo cominciare a discuterne non solo tra noi, cittadini indigeni di questo Paese, ma anche e soprattutto con i nostri concittadini futuri, gli immigrati, in modo da costruire, possibilmente insieme, uno schema condivisibile non solo di diritti, ma anche di doveri.

Si fa un gran parlare di *società* multiculturale che si da per acquisita nel nostro Paese, mentre nessuno si pone il problema di come sistemare le diverse comunità etniche: considerare delle specie di enclaves, di riserve, ghettizzarle dalla stessa difesa delle loro specifiche identità, oppure sperimentarle come vasi comunicanti tra loro e con noi, in modo da alleviare la marginalità e la segregazione e dare luogo ad un processo di reciproca acculturazione?

La *S.I.M.M.*, statutariamente, si occupa in modo preminente dei temi sanitari relativi agli immigrati, ma nello stesso tempo non può trascurare quelli sociali dai quali, in parte, derivano, per cui è giusto che essa offra il suo contributo sia a un dibattito imperniato sulle modalità di

integrazione sia ad altri incentrati sulla xenofobia e il pregiudizio razziale.

D'altra parte, l'immigrazione da problema essenzialmente economico, è diventato sempre più fenomeno globale che coniuga fattori sociali, culturali, antropologici, politici ed etici.

In un certo senso, come è stato sottolineato da alcuni studiosi, l'immigrazione, con i conflitti etnici che da tale fenomeno possono derivarne, può essere paragonato a tutto ciò che confluiva, nel dopoguerra, nei concetti di classe e lotta sociale.

Anche il conflitto etnico può essere considerato come positivo, dal momento che conduce ad un confronto diretto che può esitare nel dialogo e nella dialettica dell' alterità.

Sul piano strettamente sanitario, la situazione degli immigrati in Italia può considerarsi, in funzione delle ultime normative, abbastanza soddisfacente e persino superiore a quella di altri Paesi europei.

Proprio perché sul piano del diritto si, sono raggiunti traguardi sino a pochi anni fa insperati, lo sforzo deve concentrarsi sul garantire una reale fruibilità della promozione della salute e in questo campo appare opportuno, o nostro parere, incrementare lo formazione, a tutti i livelli, degli operatori sanitari e sociali e coinvolgere in corsi di educazione sanitaria gli stessi immigrati.

Accesso e fruibilità dei servizi, insieme a formazione, educazione sanitaria, qualità ed equità saranno le parole guida per il prossimo impegno della nostra Società.

Luigi Frighi e Salvatore Geraci

MEDICINA & MIGRAZIONI.
IL CASO ITALIANO: LA STORIA E LE PROSPETTIVE
DI SALVATORE GERACI (CARITAS DI ROMA)

ANTEFATTO E PREMESSA

Era un inverno di quasi 19 anni fa, quando un giovane medico romano, attraversando la stazione Termini ed incontrando un sempre più visibile numero di immigrati, maschi e neri allora, a volte ammalati e stanchi, intuì che si dovesse offrire loro un riferimento sanitario che, in quel periodo e per molto tempo ancora, per legge era negato.

L'occasione venne con la necessità di aiutare delle famiglie turco-caldee, giunte rocambolescamente a Roma, con alcune persone malate per un viaggio carico di speranze ma difficile ed incerto, conclusosi momentaneamente in un piccolo monolocale insalubre di nuova Ostia. Visitare quei giovani immigrati fu il toccare con mano le avvisaglie di un fenomeno che avrebbe connotato gli anni successivi. Allora l'immigrazione in Italia dai paesi del sud e dell'est del mondo era agli inizi, non tutelata, forse non prevista seppure prevedibile, certamente non governata. Quel giovane medico intuì di trovarsi davanti a degli avamposti, anche in termini di diritti negati, di pregiudizi reciproci, di diffidenze ma pure di opportunità e di occasioni di incontro; opportunità ed occasioni di rinnovamento di una cultura sanitaria fatta di percorsi omologati, di standard, di certezze cliniche e relazionali forse efficaci ma certamente lontane dai bisogni di tante persone. Da lì a poco quegli uomini e donne caldee, così come coloro che sarebbero venuti dal Marocco, dalla Polonia, dalla Cina, dall'India, dalla Nigeria, dal Perù ... che avremmo sempre di più incontrato nei "nostri luoghi", avrebbero contribuito significativamente insieme ad una coscienza comune di attenzione all'equità, alla qualità ed alla umanizzazione della pratica medica, a ripensare al modo di essere operatori della salute.

Vorremmo parlare di salute degli immigrati in Italia, ripercorrendo l'esperienza dei molti Centri medici per stranieri come quello di Roma *"nato da un guizzo di mons. Luigi Di Liegro che il giorno dell'Epifania del 1983 permise la realizzazione di quella esperienza"*, come ricorda il dr. Riccardo Colasanti, il giovane medico di allora. Nel 1983 a Roma, ma già prima, alla fine degli anni '70, a Genova e Bologna, e subito dopo, nel 1987, a Milano, Palermo, Firenze, Verona ed ancora a Messina, Brescia, Torino, Catania e via via tanti ambulatori sia in grandi città, sia in piccoli centri, dovuti a *"guizzi"* spontanei di chi riusciva a coniugare impegno e gratuità, attenzione umana e professionalità.

Sono centri di medicina di primo livello, la medicina di base, per gli stranieri, gli immigrati extracomunitari come si chiamavano allora, i nuovi cittadini di oggi, che privi di diritti erano e sono presenti nelle nostre città.

Ed i primi dati sulla salute degli immigrati vengono proprio da questi centri popolati di volontari alcuni idealisti, altri semplicemente attenti ai nuovi bisogni e che progressivamente sono riusciti a riunirsi e a mettere in rete almeno le conoscenze e le scoperte.

La medicina delle migrazioni in Italia è quindi la cronaca di un incontro, avvenuto sul piano del bisogno, ma che progressivamente ha fatto intravedere e scoprire la necessità di incontrarsi sul piano anche della cultura, del sapere, della condivisione di esperienze, stimoli, sensazioni.

L'incontro con lo straniero, l'immigrato, l'extracomunitario è uno dei momenti nuovi dell'essere impegnati nel campo sanitario in Italia e questo non perché da ciò nascono nuove problematiche o nuove esigenze ma perché è nuovo il modo in cui queste problematiche e queste esigenze si pongono: la riscoperta del peso della cultura, dell'imprinting della propria società d'origine, di come le condizioni sociali possano pesantemente influenzare lo stato di salute fisica e mentale degli individui. Ed ancora è l'occasione per riscoprire come il nostro "ovvio" non sia assoluto, come le nostre strutture sanitarie si siano progressivamente allontanate dai bisogni reali delle persone, sommerse da burocrazia, affollate da false esigenze,

I "PIONIERI": L'EFFETTO MIGRANTE SANO

Molte delle informazioni disponibili sulle patologie più frequentemente riscontrate in migranti, come abbiamo scritto, provengono da ambulatori gestiti dal volontariato sociale e non possono essere correttamente confrontate tra loro e con i dati delle strutture pubbliche, nel caso che adottino sistemi di classificazione diversi. Ciò malgrado, si è osservata in questi anni tra i vari centri una sostanziale sovrapposibilità dei dati clinici raccolti. Gli interventi diagnostico-terapeutici prestati a immigrati hanno riguardato prevalentemente: l'apparato respiratorio (in particolare nei mesi invernali, riconducibili a patologie acute); l'apparato digerente (per disturbi digestivi ricorrenti: gastropatie, disturbi della motilità intestinale ecc.); quello osteomuscolare (patologie ortopediche di varia natura, traumatologia leggera, artropatie da postura scorretta, infiammazioni o lesioni muscolari di origine lavorativa); pelle e mucose (da segnalare l'elevata frequenza di 'prurito sine materia': un disturbo senza base eziologica organica); l'apparato genito-urinario (uretriti aspecifiche e cistiti ricorrenti); la sfera ostetrico-ginecologica (di rilievo crescente insieme a quella pediatrica); basso, contrariamente alle attese, è stato finora il riscontro di diagnosi psichiatriche; limitata è stata anche l'evidenza di patologie infettive, per la maggior parte di tipo nostrano (del tutto occasionale il riscontro di quelle esotiche di importazione). Percentualmente rilevante è la classe dei *'sintomi e stati morbosi mal definiti'*, non collegabile ad una scarsa qualità clinico-diagnostica degli operatori quanto piuttosto alle difficoltà comunicative caratterizzanti il rapporto terapeutico e talora a vincoli economici relativi alle procedure diagnostiche e ad esami di laboratorio più sofisticati (ciò è vero soprattutto per le strutture gestite dal volontariato). Alcune differenze tra centro e centro di assistenza, nel peso relativo dei vari gruppi di patologie, possono dipendere da una maggiore offerta di prestazioni di una particolare specialità.

Gruppi di malattie più frequenti diagnosticate a pazienti immigrati negli anni 1988-1998 presso alcuni centri di assistenza sanitaria gestiti dal volontariato a Roma, Milano, Torino, Verona, Palermo e Perugia

| Periodo di indagine | 1993-95 | 1993 | 1988-92 | 1993-97 | 1991-97 | 1995-98 |
|----------------------|-----------------|----------------|------------------|------------------|----------------------|------------------------|
| Struttura | Caritas Roma | Naga Milano | Sermig Torino | Cesaim Verona | S. Chiara Palermo | Lidlp, Aspu Perugia |
| Diagnosi | | | | | | |
| Respiratorio | 16,5% | 14,7% | 19,3% | 15,0% | 20,0% | 14,2% |
| Digerente | 13,7% | 13,4% | 14,2% | 9,0% | 11,0% | 13,5% |
| Ortopediche | 12,3% | 17,4% | 13,5% | 11,0% | 14,0% | 9,5% |
| Dermatologiche | 7,5% | 10,1% | 11,9% | 7,0% | 11,0% | 7,3% |
| Infettive | 8,1% | 5,9% | - | 3,0% | 3,0% | 9,7% |
| Ostetriche | 5,2% | 6,9% | - | 8,0% | 1,0% | - |
| Genito-Urinarie | 8,7% | 9,1% | 5,2% | 2,0% | 4,0% | 13,3% |
| Psicol.-sichiatriche | 2,9% | 2,9% | - | 2,0% | 1,0% | 2,0% |
| <i>Altre</i> | <i>25,1%</i> | <i>19,6%</i> | <i>35,9%</i> | <i>43,0%</i> | <i>35,0%</i> | <i>30,5%</i> |

Fonte: Geraci da fonti varie, 1995-2000

Strutture sanitarie sia di tipo istituzionale che del privato sociale hanno sottolineato come, nella maggior parte dei casi, la prima richiesta di cura si è, almeno fino ad un recente passato,

manifestata temporalmente distinta dall'arrivo in Italia. È il cosiddetto 'intervallo di benessere': questo viene abitualmente calcolato ricostruendo, su base anamnestica, il periodo intercorso tra l'arrivo in Italia e la prima richiesta di assistenza sanitaria, pure quantitativamente variabile da una città all'altra.

Attualmente questo dato è molto discusso: alcune osservazioni tendono oggi ad affermare che questo intervallo si sia bruscamente accorciato negli ultimi anni; l'esperienza della Caritas, i cui studi inizialmente furono particolarmente significativi proprio nella quantificazione di tale intervallo, solo in parte conferma tale ipotesi in quanto quasi il 45% dei nuovi pazienti degli ultimi due anni, ha utilizzato per la prima volta un ambulatorio medico dopo un anno dall'arrivo in Italia e il 10,5% dei pazienti (8% tra le donne) è in Italia da almeno tre anni al momento dell'utilizzo della struttura sanitaria per la prima volta. Ciò è in linea con le osservazioni, su cui ritorneremo, che un '*effetto migrante sano*' vale ancora per molti seppur con una attenuazione per chi viene 'a seguito' di progetti migratori già percorsi da altri o è costretto a 'scappare' (profughi e rifugiati).

Chi è venuto in Italia volontariamente per cercare lavoro, seppure condizionato da ciò che i sociologi hanno definito fattori di espulsione dal proprio paese (povertà, urbanizzazione, devastazioni ambientali, ...) e di attrazione del paese ospite (richiesta di manodopera, possibilità di reddito, libertà, rappresentazioni di benessere, ...), sa bene che potrà occupare, per lo meno nella fase iniziale del suo percorso di inserimento nel nuovo paese, quelle nicchie lavorative lasciate libere dagli italiani perché troppo faticose, scomode, rischiose o non particolarmente gratificanti economicamente. E ciò indipendentemente dal proprio patrimonio culturale e dal livello di scolarizzazione.

Da quanto detto si può dedurre che l'immigrato arriva generalmente nel nostro paese con un 'patrimonio' di salute pressoché integro: si consideri come proprio la forza-lavoro, su cui questi gioca le possibilità di successo del proprio progetto migratorio, sia indissolubilmente legata all'integrità fisica; è il cosiddetto '*effetto migrante sano*', ampiamente citato in letteratura, che fa riferimento ad un'autoselezione che precede l'emigrazione, operata cioè nel paese di origine.

Risulta d'altronde estremamente logico che il tentativo migratorio, soprattutto in una fase iniziale, venga messo in atto da quei soggetti che, per caratteristiche socio-economiche individuali e per attitudini caratteriali, massimizzano le possibilità di portare a buon fine il progetto migratorio: sono i "*pionieri*" della migrazione della propria famiglia, gruppo, paese. Questo esclude in partenza individui che non godano di apparenti buone condizioni di salute: non è certo casuale che chi emigra abbia in genere un'età giovane adulta; che appartenga, nel proprio paese, alle classi sociali meno svantaggiate (quelle più povere non potrebbero sostenere neppure le spese di viaggio); che abbia per lo più un grado di istruzione medio.

Tali considerazioni supportano l'evidenza che le patologie d'importazione si siano dimostrate, nella prima generazione di migranti, di minor frequenza di quelle acquisite nel paese ospitante e di quelle cosiddette di adattamento.

E questa è una prima scoperta: l'immigrato non ci porta malattie esotiche come periodicamente è evocato da alcune allarmanti quanto infondate dichiarazioni riportate con grande enfasi dai mass media, ma piuttosto è una persona da tutelare e proteggere dal punto di vista sanitario. Infatti le complessive condizioni di vita cui l'immigrato dovrà conformarsi nel paese ospite, potranno poi essere capaci di erodere e dilapidare, in tempi più o meno brevi, il 'patrimonio' di salute iniziale. Sfuggono ovviamente a questo schema interpretativo le situazioni in cui il migrante sia portatore di patologie che, in quanto ancora asintomatiche, o per scarso

livello sanitario del paese di origine, o perché culturalmente non considerate come tali (emblematica è la consuetudine all'infestazione malarica in paesi ad altissima endemia), non lo scorraggino a partire. Vi sono tra queste alcune patologie infettive (come l'epatite B ed in parte anche la tubercolosi che però molto risente delle condizioni di vita nel paese ospite), che, ad alta endemia in molti paesi d'esodo, meritano un'attenta sorveglianza e controllo, non altrimenti ottenibile che con interventi volti a favorire al massimo l'accessibilità e la fruibilità dei servizi sanitari e, in alcuni casi, la non onerosità delle prestazioni necessarie; a queste stesse patologie sarebbe quanto mai opportuno dedicare specifici progetti di educazione sanitaria.

Infine è da evidenziare come dai dati di ricovero ospedaliero seppure non uniformemente raccolti, emergano con maggior evidenza, rispetto alle strutture di primo livello, o situazioni indifferibili di domanda sanitaria (è il caso della gravidanza, del parto e della interruzioni volontarie della gravidanza-i.v.g.), o situazioni di bisogno legate ad una maggiore esposizione sociale e lavorativa (incidenti e traumatismi). Rispetto all'i.v.g. si è purtroppo evidenziata, progressivamente, una 'forbice' crescente tra giovani donne straniere ed italiane; in progressiva diminuzione tra le autoctone e in preoccupante aumento tra le immigrate.

I primi anni novanta sono caratterizzati da studi che sottolineano quanto detto e dall'impegno del volontariato che, con argomenti sufficientemente supportati da riscontri scientifici, si contrappone al pregiudizio di immigrato come untore, all'esotismo che vede nell'altro, nel chi viene da un altrove, qualcuno da controllare e comunque da non includere in un sistema di cura se non per "bonificarlo".

Studi e ricerche permesse anche dalla capacità di messa in rete delle informazioni e delle esperienze che hanno portato all'inizio degli anni '90 alla fondazione di una società nazionale per il collegamento e lo scambio scientifico-organizzativo, la SIMM (Società Italiana di Medicina delle Migrazioni) e sempre dal 1990 la realizzazione di uno spazio d'incontro condiviso nella Consensus Conference sui temi dell'immigrazione che si tiene ogni due anni a Palermo.

LA STABILIZZAZIONE: L'EMERSIONE DI AREE CRITICHE PER LA SALUTE

Gli stranieri in Italia provengono da quasi 150 paesi diversi, di tutti i continenti. Questa è una caratteristica peculiare dell'immigrazione nel nostro paese che ha fatto evocare l'immagine di un caleidoscopio di persone, culture e religioni ma anche diversità per patrimonio genetico (in rapporto ad alcune malattie ereditarie per altro ancora estremamente rare) e per capacità di adattarsi ed interagire ai nuovi sistemi sociale e sanitario del paese ospite. Se una prima fase dell'immigrazione è stata caratterizzata prevalentemente da pionieri e se l'effetto migrante sano è ancora oggi valido per chi sceglie di emigrare e valuta la possibilità di sopportare il costo dell'emigrazione chiaramente non solo in termini economici, certamente già dall'inizio e soprattutto adesso, queste considerazioni sulla condizione della salute all'arrivo del migrante non valgono per chi è costretto a partire, a scappare spesso, da gravi situazioni politiche, di guerra, di persecuzione, che pongono a rischio non solo il proprio futuro ma anche l'immediato presente. Sono questi, in misura diversa ma sempre con una particolare vulnerabilità, i profughi, gli sfollati ed i rifugiati.

L'effetto migrante sano tende anche ad avere minor importanza man mano che l'immigrazione si stabilizza nel paese ospite. Tale effetto non è sempre riscontrabile nei confronti di chi viene con progetti migratori "trainati" da altri o semplicemente per percorrere strade tracciate e semplificate da parenti o amici. Il profilo di salute inoltre cambia man mano che cambia il profilo demografico dell'immigrato perché si verifica una sedimentazione sul territorio (nuove generazioni, anziani, ...). Da non dimenticare il costo fisico di un percorso migratorio sempre più difficile e logorante soprattutto per chi entra irregolarmente o chi fugge, sfruttato da chi approfitta della disperazione.

Certo è che qualunque sia il patrimonio di salute in "dotazione" al migrante, più o meno rapidamente viene dissipato per una serie di "fattori di rischio" per malattie che incombono nel paese ospite soprattutto se i processi di integrazione sono lenti e vischiosi: il malessere psicologico legato alla condizione di immigrato, la mancanza di lavoro e di reddito, la sottoccupazione in professioni lavorative rischiose e non tutelate, il degrado abitativo in un contesto diverso dal paese d'origine, l'assenza del supporto familiare, il clima e le abitudini alimentari diverse spesso inserite in una condizione di status nutrizionale compromesso, la discriminazione nell'accesso ai servizi sanitari nonostante le leggi.

Esistono infatti alcune situazioni che delineano una "spiccata sofferenza sanitaria" proprio negli ambiti della medicina preventiva che hanno permesso al nostro paese, come in tutti quelli occidentali, di configurarsi come paese ad alta protezione: in particolare ci riferiamo all'area materno infantile e specificatamente il parto e le vaccinazioni. Dove sono state effettuate ricerche, che ancora purtroppo sono spesso a macchia di leopardo, si evidenzia un alto rischio di parti distocici, con sofferenza perinatale svariate volte superiore all'autoctone. I calendari vaccinali, sono spesso in ritardo o incompleti, con particolare riferimento alla popolazione zingara.

Se in una prima fase l'immigrato può essere particolarmente vulnerabile per le condizioni di degrado e disagio in cui è costretto a vivere, col tempo, superata l'emergenza, prevale la possibilità/capacità di interagire con l'organizzazione, l'offerta dei servizi, la capacità di lettura dei propri bisogni di salute e di saperli spiegare e, viceversa, la capacità del sistema sanitario del paese di adattarsi a questa nuova utenza.

Non a caso l'attenzione del mondo sanitario, dei volontari ma anche di alcuni operatori di strutture pubbliche, impegnato nell'accludere questi nuovi cittadini nel sistema di promozione della salute, si sposta dalla risposta sanitaria all'impegno per l'emersione dei diritti.

Il 1995 è l'anno in cui avviene una svolta nella politica di assistenza agli stranieri. L'inizio di quell'anno è stato caratterizzato da una serie di fatti che hanno innescato una "reazione a catena" che ha portato ad affrontare in poco tempo la problematica.

Un convegno organizzato a Roma nel mese di gennaio dalla Caritas dal titolo "Immigrazione e salute: una politica dell'oblio", ha sottolineato con forza la necessità di una politica sanitaria adeguata alle realtà immigratoria e sociale. Quell'incontro si è collocato, non del tutto casualmente, in un momento in cui si erano verificate due gravi situazioni legislativo-amministrative: un decreto legge stabiliva le nuove tariffe per i ricoveri ospedalieri per gli immigrati non iscritti al Sistema Sanitario Nazionale (SSN) portandole a £ 560.000/die per i ricoveri ordinari e a £ 2.400.000/die per quelli altamente specializzati; ed ancora non veniva reiterato il decreto che permetteva l'iscrizione gratuita al SSN per gli immigrati regolari disoccupati con il rischio che circa 70.000 persone potessero perdere la possibilità di accesso alle cure. Già da qualche giorno erano stati lanciati vari appelli e proprio durante il convegno è giunta la notizia che il neo nominato ministro della sanità professor Elio Guzzanti, come suo primo atto ufficiale, reiterava il decreto per la gratuità dell'iscrizione al SSN. Un segnale. All'inizio di febbraio, in una audizione della XII commissione parlamentare, il ministro della sanità affermava che voleva affrontare in modo chiaro il tema dell'assistenza sanitaria per gli immigrati, anche per quelli meno tutelati come i clandestini. Il 25 febbraio un altro convegno segna un momento importante: a Milano, il Naga (un'associazione di volontariato sanitario per immigrati e nomadi) ed altri gruppi di volontari del nord Italia, hanno organizzato un seminario dal titolo "Salute senza colore" dove è stata presentata una "proposta di legge per il diritto alla salute per gli extracomunitari". Su quella proposta, da quel momento si è lavorato molto: tutti i gruppi impegnati sul campo a livello nazionale, hanno collaborato a redigere un documento finale da presentare formalmente al ministro. La proposta di legge, oltre alla Caritas di Roma ed

al Naga di Milano, ha ricevuto l'adesione di 20 gruppi impegnati in varie parti d'Italia, di cui due strutture pubbliche.

Il progressivo coinvolgimento di vari parlamentari, oltre 200, trasversale a tutte le forze politiche, l'impegno del ministro e l'insperata attenzione di quel governo (presieduto da Dini con l'appoggio della Lega) hanno portato nel novembre del '95 alla promulgazione all'interno di un decreto legge sull'immigrazione (il decreto Dini) di quelle norme che finalmente garantivano l'assistenza sanitaria anche ai clandestini.

Principali disposizioni di interesse sanitario relative all'immigrazione

• **Legge 40 del 6 marzo 1998.** "Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero", *Suppl. ord. alla Gazzetta Ufficiale n. 59 del 12 marzo 1998 - Serie generale.*

• **Circolare del Ministro della sanità del 22 aprile 1998 (DPS-X-40/98/1010).** *Gazzetta Ufficiale n. 117 del 22 maggio 1998 - Serie generale.*

• **Decreto Legislativo 25 luglio 1998, n. 286.** "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero", *Suppl. ord. alla Gazzetta Ufficiale n. 191 del 18 agosto 1998 - Serie generale.*

• **Decreto del Presidente della Repubblica 5 agosto 1998.** "Approvazione del documento programmatico relativo alla politica dell'immigrazione e degli stranieri nel territorio dello Stato, a norma dell'art. 3 della legge 6 marzo 1998, n. 40", *Suppl. ord. alla Gazzetta Ufficiale n. 215 del 15 settembre 1998 - Serie generale.*

• **Decreto del Presidente della Repubblica 23 luglio 1998.** "Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000", *Suppl. ord. alla Gazzetta Ufficiale n. 288 del 10 dicembre 1998 - Serie generale.*

• **Decreto del Ministro della Sanità del 2 novembre 1998.** Istituzione della Commissione per lo studio delle problematiche relative all'emanazione del regolamento di attuazione della legge 6 marzo 1998, n. 40, sulla disciplina dell'immigrazione.

(Decreto del Ministro della Sanità del 18 aprile 2000. Ricostituzione Commissione)

• **Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica:**

Deliberazione 30 gennaio 1997. "Fondo sanitario nazionale 1996 - parte corrente. Assistenza sanitaria agli stranieri presenti nel territorio nazionale, Ordinanza Ministeriale", *Gazzetta Ufficiale del 26 marzo 1997 - Serie generale.*

Deliberazione 5 agosto 1998. "Fondo sanitario nazionale 1997 - parte corrente. Assistenza sanitaria agli stranieri presenti nel territorio nazionale, art. 33 legge 6 marzo 1998, n. 40", *Gazzetta Ufficiale del 30 settembre 1998 - Serie generale.*

Deliberazione 21 aprile 1999. "Fondo sanitario nazionale 1998 - parte corrente. Assistenza sanitaria agli stranieri presenti nel territorio nazionale, art. 33 legge 6 marzo 1998, n. 40", *Gazzetta Ufficiale del 7 settembre 1999 - Serie generale.*

Deliberazione 15 febbraio 2000. "Fondo sanitario nazionale 1999 - parte corrente. Assistenza sanitaria agli stranieri presenti nel territorio nazionale, art. 33 legge 6 marzo 1998, n. 40. (Deliberazione n. 15/2000)", *Gazzetta Ufficiale n. 90 del 17 aprile 2000 - Serie generale.*

• **Decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n. 394.** "Regolamento recante norme di attuazione del testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, a norma dell'articolo 1, comma 6, del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286", *Suppl. ord. alla Gazzetta Ufficiale n. 258 del 3 novembre 1999 - Serie generale.*

• **Decreto Legislativo 22 giugno 1999, n. 230.** "Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'articolo 5, della legge 30 novembre 1998, n. 419", *Suppl. ord. alla Gazzetta Ufficiale n. 165 del 16 luglio 1999 - Serie generale.*

• **Circolare del Ministro della sanità del 24 marzo 2000 (DPS-X-40-286/98)**

ancora non pubblicato in Gazzetta Ufficiale aprile 2000

Da allora molta strada è stata fatta, attraverso decreti, circolari, ordinanze ed oggi grazie all'ultima legge sull'immigrazione (Decreto Legislativo 286/98) si è stabilizzato un diritto come quello alla salute per gli stranieri, facilitando l'inclusione nel sistema degli immigrati regolarmente presenti e comunque garantendo delle prestazioni essenziali e preventive anche a coloro che sono irregolari e clandestini. Un atto di civiltà e d'esempio in un mondo occidentale

che progressivamente si arrocca su se stesso anche a discapito del riconoscimento di alcuni diritti fondamentali (recentemente negli Stati Uniti è stata votata una legge che impedisce di fatto l'accesso alle cure da parte degli immigrati regolari nei primi cinque anni di permanenza nel paese americano).

Garantire l'accesso ha fatto emergere comunque alcune aree critiche per la salute schematicamente suddivisibili in:

- A) condizioni patologiche con particolare riferimento a quelle infettive e al disagio psichico, importanti non tanto per la consistenza numerica o per patologie importate dai paesi di provenienza, quanto per la scarsa preparazione e dimestichezza dell'operatore sanitario nel gestire malattie, stati d'animo, condizioni sociali e relazionali inconsuete;
- B) condizioni fisiologiche come la gravidanza e comunque tutto l'ambito materno infantile con, ad esempio, tassi di mortalità perinatale significativamente più alti tra i figli di straniere immigrate;
- C) condizioni sociali, come la prostituzione che vede come protagonisti spesso obbligati, donne e uomini stranieri; come la detenzione, vera e propria noxa patogena,

LO SCENARIO FUTURO: OCCASIONE DI INCONTRO O RISCHIO DI DISUGUAGLIANZE?

Per guardare al futuro ci sembra opportuno ricordare il passato, ed in particolare alcuni studi sulla mortalità relativa al fenomeno dell'immigrazione interna italiana di circa 40 anni fa dal sud verso il nord, monitorati nel tempo. Essi riportano condizioni molto simili alle attuali relative agli immigrati da paesi in via di sviluppo e cioè che negli anni immediatamente successivi all'immigrazione il rischio di morire fosse di molto inferiore a quello dei cittadini autoctoni di pari età e sesso e come con il passare degli anni il rischio (di morire ma anche di ammalare) andasse peggiorando fino a diventare uguale se non superiore per alcune cause di morte, a quello della popolazione ospite.

Paradossalmente c'è il rischio che gli immigrati man mano che invecchia la storia migratoria, possano integrarsi con la società ospite condividendo la stratificazione sociale più svantaggiata, che fa più fatica a tenere il passo, e possano anche condividere il profilo di salute della disuguaglianza; questo non solo in termini di fasce estreme del fenomeno (disuguaglianza tra i più ricchi ed i più poveri) ma in qualsiasi punto della scala sociale con significative differenze peggiorative degli indicatori di salute, mortalità e morbosità, oggettiva e percepita, da chi sta più in basso rispetto a chi sta più in alto.

Se epidemiologicamente questo rischio sembra avere un peso consistente, non può farci rassegnare come di fronte ad un ineluttabile destino. La sfida di oggi è quella di una completa integrazione sociale di questi nuovi cittadini e, per quel che riguarda la sanità, garantire loro una reale fruibilità dei servizi e delle prestazioni. Pensare ad una organizzazione adeguata, ad una capacità comunicativa efficiente, ad una compatibilità culturale, alla formazione specifica del personale è ancora una volta un'occasione per il nostro sistema di ripensare se stesso e renderlo più fruibile ed attento anche alla popolazione italiana.

Scelte programmatiche gestionali, come ad esempio quella di inserire la salute degli stranieri immigrati come criterio prioritario della qualità nelle strutture su cui valutare l'efficienza delle strutture stesse, scelte formative culturali, scelte organizzative sono auspicabili sotto la spinta di interventi politico programmatici come il Piano sanitario nazionale (Decreto Presidente della Repubblica del 23 luglio 1998) o il documento relativo alla politica dell'immigrazione e degli stranieri nel territorio dello Stato (Decreto Presidente della Repubblica del 5 agosto 1998), che si sono per una volta mostrati più attenti e sensibili di ciò che è opinione comune.

In questa fase non è casuale che il volontariato sanitario, ormai non più isolato nel garantire la tutela della salute per questa popolazione, si sia proiettato nello sperimentare percorsi innovativi nell'offerta dei servizi (pensiamo al discorso dell'offerta attiva e a quello della mediazione culturale) e nella formazione del personale e stia sempre più approfondendo i temi della percezione, espressione e definizione del bisogno sanitario in ambiti culturali diversi e in culture in transizione relazionale (sia "nostra" che "loro").

Questa situazione, di privato sociale e volontariato come laboratorio culturale ed organizzativo in un campo tipico della salute pubblica, è un altro elemento di originalità dell'esperienza italiana; non più attori contrapposti, pubblico e privato sociale, né deleghe in bianco, ma una riflessione comune, o meglio un sistema pubblico che riesce a piegarsi sulle intuizioni di chi, sulla strada, sperimenta un incontro: ancora una volta un'occasione. La creazione di reti di risorse dove non c'è signore e vassallo, ma un progetto comune da perseguire: è un cambio di mentalità, ancora una volta intuito da chi ha il compito della programmazione politica ma che può trovare resistenze in chi è abituato a ruoli e compiti fin troppo definiti.

Oggi la nostra attenzione deve spostarsi sul rischio reale che un considerevole patrimonio di salute, come è quello attuale degli immigrati in Italia, possa essere sciupato nell'arco di una generazione o meno. Man mano che le norme rendono maggiormente permeabile il nostro Sistema sanitario nazionale, è necessario considerare, sperimentare e promuovere nuovi o innovativi approcci epidemiologici, preventivi, diagnostici, terapeutici ed organizzativi.

Un ambito su cui tutti gli operatori sanitari dovranno "reimparare" a muoversi sarà quello relazionale, del rapporto interpersonale, della comunicazione con il paziente non solo verbale, della capacità di un lavoro in rete, del confronto interdisciplinare, che al di là della asetticità dei reparti o degli iter diagnostici-terapeutici ci permetterà di incontrare, e se necessario curare, questi nuovi cittadini.

EPILOGO

Il nostro articolo è iniziato evocando un episodio negli androni della stazione Termini: da allora tanti sono stati coloro che si sono impegnati in un progetto che vedeva nell'assistenza sanitaria la parte più evidente ed urgente, ma delineava nell'ambito culturale e politico la proiezione per il futuro: un'attività orientata verso un salto di qualità *"per passare - come diceva don Luigi - da un'azione di carità di pochi, all'affermazione di un diritto dovuto; dall'assistenzialismo alla promozione dell'uomo nel rispetto della sua dignità"*.

Dalla condivisione dell'esperienza fatta e dalle riflessioni maturate è nato il "corpo" della medicina delle migrazioni.

Rispondere ad un bisogno sanitario in termini concreti di assistenza, impegnarsi per far emergere un diritto come quello alla salute per anni per legge "nascosto" o "negato" per legge ed infine resettarsi su un modo di intendere la relazione terapeutica che riscopre la centralità della persona ed accetta di relativizzarsi nell'incontro tra culture mediche diverse: sono stati questi i pilastri di diverse esperienze in varie parti d'Italia che costituiscono quella che è oggi definita come *medicina delle migrazioni*, una medicina transculturale, paradigma forse di un modo nuovamente originale di intendere l'arte del prendersi cura dell'altro.

"Un bambino andava a piedi con il padre da un villaggio africano ad un altro.

Strada facendo, guardando le cose che lo circondavano faceva tante domande al padre: perché il sole brilla nel cielo? perché gli alberi hanno le foglie? perché le gazzelle saltano? perché gli uomini hanno costruito villaggi?, ... ed il padre

pazientemente rispondeva con tanti particolari che interessavano il bambino. Dopo alcune ore, ormai arrivati al villaggio il bambino chiese al padre come mai sapesse tutte quelle cose, come avesse fatto ad impararle. Il padre, con tenerezza accarezzò il bimbo e gli rispose che aveva imparato tutto quello che gli aveva raccontato perché quando doveva andare da una parte ad un'altra sceglieva sempre la strada più lunga".

La medicina transculturale è forse proprio la strada più lunga, una strada fatta più di domande che di certezze. Questa strada permette però di apprendere cose nuove e insieme di riscoprire percorsi ormai lasciati ma pur sempre tracciati nell'esperienza più vera dell'essere operatori per la salute.

È la strada dell'impegno personale e collettivo di attenzione a ciò che non è possibile ricondurre ad uno standard, della voglia di mettersi in gioco umanamente e professionalmente nell'incontro con coloro che vivono con noi, con questi *nuovi cittadini* ...

BIBLIOGRAFIA

Questo testo è in gran parte tratto da un articolo di Salvatore Geraci scritto per l'Arco di Giano, rivista di *medical humanities* diretta da Sandro Spinsanti, che ha dedicato il numero 22, inverno 1999, monograficamente al tema: *Sanità amica in una società multietnica*.

- Barro G., Cislaghi C., Costa G., Lemma P., Bandera L.: *I problemi di salute degli stranieri immigrati in Italia: la risposta delle istituzioni*. In *Epidemiologia & Prevenzione*, n. 17, Milano, 1993, pp. 239:243
- - Beneduce R., Costa G., Favretto A.R. et al.: *La salute straniera. Epidemiologia culture diritti*. Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 1994
- - Colasanti R.: *Antropologia medica e medicina delle migrazioni*. In *Atti del II Congresso Internazionale Medicina e Migrazioni* a cura di S. Geraci. Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria. Roma, 1992, pp. 41:46
- - Costa G., Faggiano F.: *L'equità nella salute e la programmazione sanitaria*. In *'La salute in Italia. Rapporto 1998'* a cura di M. Geddes e G. Berlinguer, EDIESSE, Roma, 1998, pp. 261:278
- - Costa G.: *Immigrati extracomunitari: un profilo epidemiologico*. In *Epidemiologia & Prevenzione*, n. 17, Milano, 1993, pp. 234:238
- - Geraci S. (a cura di): *Argomenti di medicina delle migrazioni. Testo base per i corsi di formazione ed aggiornamento per il personale socio-sanitario coinvolto quotidianamente con persone di culture diverse*. Regione Veneto. Edizioni Anterem. Roma, marzo 2000
- - Geraci S.: *La società di fronte ai problemi di salute dell'immigrato*. Relazione in Mancini A.M. e Nicoli Aldini N. (a cura di) *Atti del Convegno "L'Emilia Romagna di fronte ai problemi sanitari dell'immigrazione"* (Bologna 20-21 novembre 1998). Cappelli Editore, Bologna, 2000, pp. 21:33
- - Geraci S.: *La salute degli immigrati in Italia: un fenomeno "in movimento"*. In *L'arco di Giano*, n. 22. Dossier: *Sanità amica in una società multietnica*. Roma, inverno 1999, pp. 15:25
- - Geraci S.: *La nuova legge sull'immigrazione: verso una completa cittadinanza sanitaria*. In *Agenzia Sanitaria Italiana (ASI)*, n. 9, marzo 1998, pp. 46:48
- - Geraci S.: *Quale tutela sanitaria per gli immigrati? Da una politica dell'oblio, alla consapevolezza di un diritto*. In *IV e V Consensus Conference sulla immigrazione - Atti* a cura di M. Affronti, B. Padalino e A. Spinelli. Palermo, 1998, pp. 69:88

- - Marceca M., Geraci S.: *Il fenomeno immigratorio ed il SSN: necessità di un riorientamento dei servizi*. In Quaderni dell'Istituto d'Igiene dell'Università di Milano: Argomenti di Igiene Pubblica ed Ambientale. N. 48, Milano, 1996, pp. 12:20
- - Marceca M., Geraci S.: *Immigrazione e salute*. In 'La salute in Italia. Rapporto 1997' a cura di M. Geddes e G. Berlinguer, EDIESSE, Roma, 1997, pp. 169:200

L'ASL E GLI IMMIGRATI A BOLOGNA

MAURIZIO GUIZZARDI
DIRETTORE GENERALE ASL BOLOGNA
PRESIDENTE FIASO

1) LA VISIONE AZIENDALE (1996)

“L’Azienda USL della Città di Bologna è una grande azienda di servizi, cui compete un ruolo rilevante *nella tutela delle condizioni di vita e di benessere della popolazione e nella cura delle malattie*, attraverso servizi cui si rivolgono non solo i cittadini bolognesi, ma anche altre realtà provinciali e regionali. All’Azienda USL della Città di Bologna compete un ruolo nazionale rilevante, per quanto da sempre rappresenta nel settore della ricerca scientifica e tecnica, per la dimostrata capacità di progettare e *realizzare innovazioni nell’area dei servizi sociali e alla persona* e, quale azienda del capoluogo di una *regione che ha fatto della propria rete dei servizi sanitari e sociali uno degli elementi forti e fondanti del proprio sviluppo civile ed economico.*”

2) LA TRADIZIONE DEI SERVIZI OFFERTI E LA SPERIMENTAZIONE DELL’INTEGRAZIONE PUBBLICO-PRIVATO

L’Assistenza Sanitaria ai cittadini stranieri immigrati non in regola col permesso di soggiorno è stata fino a pochi anni fa appannaggio esclusivo del mondo del volontariato, in particolare quello cattolico. Dal 1978 a Bologna l’Ambulatorio Biavati della Confraternita della Misericordia accoglie ogni giorno dell’anno tutti i soggetti privi di assistenza da parte del SSN.

Le normative sull’immigrazione degli anni 80 hanno aperto la strada alle prime sperimentazioni di integrazione fra pubblico e volontariato in questo campo.

L’Azienda USL della Città di Bologna ha aperto nel 1991 il Centro per la Salute delle Donne Straniere e dei loro bambini (C.S.D.S.) ed avviato nel 1997 un’esperienza di integrazione pubblico/volontariato che, prendendo le mosse da precedenti rapporti convenzionali con il volontariato, ha realizzato un’offerta di Servizi Sanitari per cittadini stranieri e italiani che non sono in grado di accedere al S.S.N.

Gli obiettivi del progetto erano:

- 1) migliorare l’assistenza Sanitaria ai cittadini stranieri immigrati;*
- 2) ampliare le conoscenze sullo stato di salute di questa popolazione;*
- 3) conoscere i costi del servizio offerto;*
- 4) ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso;*
- 5) facilitare l’accesso di questi cittadini ai Servizi del S.S.N.*

Gli strumenti utilizzati sono:

- 1) Assistenza Ambulatoriale agli indigenti residenti - Protocollo di intesa fra Regione e Aziende USL Città di Bologna, Ospedaliera S-Orsola-Malpighi, Istituti Ortopedici Rizzoli, Azienda Farmaceutica Municipalizzata, Federfarm e Centro Unificato di Prenotazione, in accordo col Comune di Bologna.*
- 2) Assistenza Ambulatoriale a indigenti residenti italiani e stranieri - Protocollo di intesa fra Regione e Aziende USL Città di Bologna, Ospedaliera S-Orsola-Malpighi, Istituti Ortopedici*

Rizzoli, Azienda Farmaceutica Municipalizzata, Federfarma e Centro Unificato di Prenotazione, in accordo col Comune di Bologna.

- 3) *Convenzioni con le Associazioni di volontariato (allegata agli atti)*
- 4) *Ambulatori delle associazioni di Volontariato "Confraternita della Misericordia" e "Sokos".*
- 5) *Promozione e coordinamento organizzativo da parte di un medico della Direzione Sanitaria Aziendale.*
- 6) *Collaborazione del Servizio Distrettuale "Anagrafe Sanitaria – Ufficio Scelta e Revoca del Medico".*

Le risorse disponibili (circa 420.000.000 annui) erano determinate dalle quote di finanziamenti aggiuntivi al F.S.N. per "stranieri temporaneamente presenti", che sono state collocate nel bilancio in una specifica voce (Progetto Obiettivo Cittadini Stranieri Immigrati).

Le risorse effettivamente consumate per questa attività nel 1998, relative a n 4811 tesserini sono:

COSTI AMBULATORIALI

A) Farmaceutica farmacie pubbliche e private: £ 58.000.000, con una spesa annua per tesserino di soccorso di £ 12.000 (Spesa pro capite residente bolognese £ 280.000, costo medio per ricetta £ 50.000)

B) Specialistica Ambulatoriale ed indagini ematochimiche (comprese dialisi ed assistenza per post trapianto midollo) Azienda USL e IOR £ 31.100.000; Azienda s. Orsola-Malpighi £ 68.000.000

C) Convenzioni: £ 35.000.000 + 3.000.000

L'esperienza si è poi ampliata con altre attività per cittadini stranieri immigrati, realizzate in collaborazione con le Istituzioni locali, spesso utilizzando finanziamenti dell'U.E. (Corso di formazione "Tutor on-line", formazione a distanza per la rete Oltrelastrada, operatori del Progetto sulla Prostituzione nella Regione Emilia-Romagna; un corso di formazione per mediatrici interculturali in ambito Socio-Sanitario; corsi di formazione ed aggiornamento per amministrativi e sanitari).

Le mediatrici formate hanno dato vita all'Associazione A.M.I.S.S che dal 6/99, in convenzione con l'AUSL Città di Bologna, offre un servizio di informazione telefonica in 6 lingue sui Servizi Sanitari.

Nell'ambito del progetto Ospedali per la Promozione della Salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, ha preso avvio il progetto "Ospedale Interculturale" che vede la partecipazione della maggior parte delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione, ma è ancora in una fase progettuale.

Recentemente è stato accordato all'Azienda USL della Città di Bologna da parte del Ministero della Sanità un finanziamento di 650 milioni di Lire, per sperimentare, un progetto di "Assistenza e sorveglianza sanitaria nelle collettività per cittadini indigenti stranieri ed italiani" per rendere il livello di sicurezza sanitaria per gli ospiti registrati o presenti nelle collettività il più possibile prossimo a quello dei cittadini bolognesi, rendere il diritto alla salute leggibile, accessibile, fruibile, conoscere lo stato di salute di questi cittadini, offrire le vaccinazioni di legge, aumentare il livello di integrazione fra enti pubblici e volontariato. Il progetto si rivolge a circa 3.000 ospiti dei Centri Comunali d'Accoglienza per Immigrati, campi sosta per nomadi, comunità per cittadini italiani indigenti e sarà realizzato contemporaneamente nella Città di Bologna e di Palermo.

4) IL PIANO SANITARIO REGIONALE ed i DOCUMENTI TEMATICI (GRUPPO ESCLUSIONE SOCIALE)

Le esperienze di integrazione fra pubblico e volontariato sono specificamente richiamate dal Piano Sanitario Nazionale, da quello della Regione Emilia- Romagna e dalle più recenti normative nazionali in tema di immigrazione; si chiede ora a tutte le Istituzioni interessate di impostare nuove modalità di assistenza per soggetti stranieri irregolari, anche utilizzando le risorse del volontariato.

Il Piano Sanitario Regionale 1999 – 2001 indica fra le Priorità “ inuovi bisogni legati all'accoglienza e all'integrazione di fasce svantaggiate di popolazione, che spesso vengono a configurarsi come vere e proprie emergenze (nuove povertà, immigrazioni, nomadi)” ed al capitolo su “L'integrazione con la rete dei servizi socio-assistenziali - progetti speciali”, nell'ambito de “La salute dei cittadini stranieri immigrati”, indica alcuni precisi elementi:

- Facilitare l'accesso ai servizi del SSN
- Estendere lo sviluppo di iniziative e servizi rivolti alle cittadine straniere immigrate
- Promuovere interventi diretti a prevenire la persistenza di pratiche e mutilazioni sessuali
- Favorire la formazione e la sensibilizzazione degli operatori sanitari
- Prevedere interventi di mediazione socio-culturale
- Sviluppare azioni di prevenzione e di riduzione del danno per le persone dedite alla prostituzione
- Creare le condizioni che permettano l'accesso al sistema di servizi per cittadini stranieri immigrati con dipendenze patologiche

Tali elementi sono stati ripresi dal documento del Gruppo “Esclusione Sociale” che ha elaborato un complesso documento per ogni tipologia di popolazione a rischio di esclusione sociale.

5) I PIANI PER LA SALUTE

I Piani per la Salute rappresentano uno strumento innovativo che, trovano fondamento nei documenti di piano citati; molti sono gli elementi dei quali sarà necessario tener conto per quanto riguarda i soggetti a rischio di esclusione.

1) Introduzione

...definizione dei valori di riferimento della comunità locale (es. solidarietà, equità, ecc.)...

3) Analisi del bisogno / dei problemi di salute della popolazione

Stato di salute della popolazione (situazione attuale e trend prevedibili)

Andamento demografico, indice di vecchiaia, saldo migratorio, tasso di natalità, mortalità, speranza di vita., morbosità, situazioni di bisogno/devianza, invalidità, Principali diseguaglianze nella distribuzione della salute, individuazione dei gruppi penalizzati, richiesta di aiuto sociale, ecc....

4) Analisi dei determinanti sulla salute

Reddito e condizione sociale, Reti di supporto sociale, omissis, Servizio Sanitario - struttura dell'offerta, accessibilità

5) Identificazione delle priorità

Elencazione dei problemi prioritari ed esplicitazione dei criteri con cui sono stati selezionati

Da tutto ciò discenderanno l'esplicitazione degli obiettivi del Piano per la Salute, il livello di impegno (responsabilizzazione) dei partners coinvolti ed i Piani operativi.

CITTADINI STRANIERI IMMIGRATI E ASSISTENZA SANITARIA NELLA CITTÀ DI BOL OGNA

GIOVANNA VITTORIA DALLARI

Il 66% dei cittadini stranieri immigrati residenti a Bologna ha la tessera di iscrizione al S.S.N.; coloro che si trovano in stato di indigenza hanno inoltre la possibilità di ottenere dal Comune il “TESSERINO DI INDIGENZA”, che consente di non anticipare il pagamento del ticket eventualmente dovuto; le Aziende Sanitarie erogatrici e le farmacie sono rimborsate direttamente dal Comune bimestralmente. Questo grazie ad un primo protocollo di intesa, firmato da Azienda Usl della Città di Bologna, Azienda Ospedaliera S.Orsola-Malpighi, Istituto di Ricerca a Carattere Scientifico Rizzoli, Federfarma, Azienda Farmaceutica Municipalizzata e Comune di Bologna nel gennaio 1997.

Per tutti gli stranieri “presenti” è stato poi sottoscritto, nel Febbraio 1997, un protocollo d’intesa fra Regione Emilia-Romagna, Centro Unificato Prenotazioni (CUP), e i medesimi interlocutori del precedente, che istituisce il “tesserino di Soccorso”, che prevede l’erogazione di servizi ambulatoriali agli stranieri indigenti privi di assistenza sanitaria ed ai cittadini italiani senza risorse economiche, secondo le medesime modalità previste per i cittadini residenti iscritti al S.S.N..

Il protocollo si basa sul presupposto che molti di questi soggetti, in mancanza di indicazioni precise e soddisfacenti, si rechino ai servizi di Pronto Soccorso, con evidente disservizio per tutti; altri invece trovano da sempre risposte all’interno del S.S.N. che non vengono “registrate”; molti infine rinunciano alle cure, con grave danno per la salute personale e, talvolta, collettiva.

Il protocollo prevede che le associazioni di volontariato, convenzionate con l’Azienda U.S.L, svolgano il ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG) formulando le richieste di farmaci e visite specialistiche su ricettari propri, che il CUP e le farmacie riconoscono allo stesso modo di quelli del SSN. L’AUSL, utilizzando i fondi del FSN erogati nel 96 e 97 per “stranieri temporaneamente presenti”, rimborsa le associazioni per i costi generali sostenuti (LR n 26 del 31 maggio 1993, di attuazione della legge quadro sul volontariato n 266 11/08/91), le farmacie e le Aziende ospedaliere per i farmaci e le prestazioni erogate. Le associazioni di volontariato convenzionate (SOKOS: 2 pomeriggi la settimana - Ambulatorio Biavati: tutti i giorni dell’anno) visitano ogni giorno 10-20 nuovi pazienti per i quali chiedono l’iscrizione al “tesserino di soccorso”, effettuata presso lo sportello “scelta e revoca del medico” di un distretto cittadino. Il tesserino riporta i dati essenziali del paziente e la foto, viene “riconosciuto” da tutti gli erogatori di servizi cittadini, come la tessera del SSN ed è valido per sei mesi.

L’esperienza ha permesso di assistere n 6353 pazienti nel 1997 e n 7169 nel 1998 ed ha generato una spesa complessiva di circa £ 145 milioni/anno, di cui £ 37 milioni per le convenzioni con le Associazioni, £ 58 milioni per le prestazioni ambulatoriali e di £ 50 per prestazioni farmaceutiche.

Risultati conseguiti

- ◇ Si è meglio definita *l'entità e la tipologia della popolazione* priva di assistenza.
- ◇ Si è verificata la reale domanda di salute ed il relativo costo economico, nonché le patologie prevalenti
- ◇ Si sono adottate strategie tese ad riorientare i pazienti verso tipologie di prestazioni più appropriate (dal P.S ad un ambulatorio di base).
- ◇ Si sono adottati criteri più equi e trasparenti per assistere i pazienti indigenti e finanziare le Associazioni di Volontariato.
- ◇ E' stata data notevole diffusione alle informazioni relative ai servizi esistenti per questa tipologia di pazienti
- ◇ Si è creata una stretta rete pubblico - privato (Asilo Notturmo Beltrame, Istituzione dei Servizi per l'Immigrazione, Ufficio Stranieri della Questura, Prefettura, Associazioni di volontariato, Centro per la Salute delle Donne Straniere e dei loro bambini, Distretti) che permetterà la semplificazione dei percorsi, nonché un'ottimizzazione dell'uso delle risorse anche attraverso un gruppo tecnico da convocare per problemi ed un gruppo permanente dei medici volontari.
- ◇ I vari servizi si stanno attrezzando in modo significativo e diffuso per offrire risposte al bisogno in modo personalizzato.
- ◇ Si stanno elaborando nuove strategie che più che subire i vari fenomeni così come si presentano, ne esaminano insieme tutti gli aspetti per elaborare programmi di intervento coordinati e, possibilmente tesi non solo a prender cura degli effetti, ma alla rimozione delle cause.

Alcune problematiche emergenti

1. Rimane assolutamente carente l'assistenza domiciliare, richiesta in particolare per i bambini più piccoli, che talvolta viene fornita dai volontari dell'Ambulatorio Biavati.
2. Risulta un afflusso di pazienti residenti sul territorio provinciale, dove non esiste alcun servizio di riferimento, si prevede quindi di estendere il protocollo all'ambito metropolitano, anche con la collaborazione di una nuova Associazione (Salute Senza Margini).
3. I pazienti sono in lieve aumento; come pure stanno aumentando percentualmente le richieste di assistenza per patologie di minore gravità: i volontari hanno quindi l'ingrato compito di contenere le prestazioni erogate a quelle veramente urgenti o essenziali.
4. Si nota anche un iniziale fenomeno di "turismo sanitario"; soggetti, per lo più anziani, che giungono nel nostro paese in modo più o meno legale con lo scopo preciso di accedere alle cure.
5. Tutte le Aziende bolognesi hanno effettuato un notevole numero di ricoveri programmati e day-hospital, non previsti dalle normative e dai protocolli: sono perciò stati effettuati incontri di formazione sulle normative con i dirigenti dei servizi infermieristici e caposala.
6. Alcuni ricoveri sono necessariamente prolungati a causa della mancanza di strutture alternative alla "casa", si dovrebbero elaborare ulteriori protocolli di collaborazione fra enti pubblici e privati.
7. Per l'alta incidenza di malattie infettive e parassitarie (tigna, scabbia e pediculosi), terapie infusionali e trattamento di lesioni cutanee di origine traumatica, si rende necessaria una piccola dotazione di farmaci e presidi sanitari presso gli ambulatori del volontariato. Tali attività mancano ancora di uno specifico finanziamento, si è perciò aumentato il finanziamento alle Associazioni.
8. E' stata evidenziata una notevole prevalenza di patologie odontoiatriche: per i residenti nei centri comunali è prevista un'attività di educazione sanitaria e di screening, alla quale farà

seguito l'invio alle strutture pubbliche, secondo i percorsi dei pazienti italiani, per ottenere visite, cure, estrazioni, utilizzando il tesserino di soccorso.

Alcuni "effetti collaterali"

In collaborazione con l'Istituzione dei Servizi per l'Immigrazione del Comune di Bologna è stato realizzato, con fondi U.E. per "donne in difficoltà", un corso di 700 ore di formazione per Mediatrici Interculturali ambito Socio-Sanitario che ha portato alla creazione di un'Associazione di mediatori (A.M.I.S.S.).

Nella primavera-estate 1999, già durante la fase di stage, sono state utilizzate le mediatrici di origine balcanica per contribuire all'accoglienza di profughi kossovari, ospitati in varie comunità dall'Ausl in collaborazione con Comune e Prefettura.

I mediatori poi, specificatamente formati nell'area della comunicazione, hanno poi stipulato una convenzione con l'AUSL Bologna Città per l'apertura di un servizio di "Telefono Utile". Si tratta di Numero verde di informazione telefonica; attraverso la metodologia del counselling telefonico, rivolto a tutti i cittadini, clienti interni ed esterni dell'azienda USL di Bologna, che fornisce informazioni oltre su tutte le attività ambulatoriali erogate da parte delle istituzioni sanitarie pubbliche ed accreditate bolognesi.

Il bacino di utenza è prevalentemente metropolitano, giungono tuttavia numerose richieste anche da ambiti regionali ed extraregionali.

Il Numero Verde costituisce una "carta dei servizi on line", uno strumento attraverso il quale l'Azienda USL di Bologna offre un'informazione personalizzata e completa, aggiornata in tempo reale e circostanziata sui servizi e sulle prestazioni sanitarie, erogate da presidi ambulatoriali ed ospedalieri pubblici ed accreditati cittadini, migliorandone così l'accessibilità.

La regione ha approvato il Piano Sanitario Regionale ed ha costituito un gruppo di lavoro "Esclusione Sociale", che ha elaborato un complesso sistema di obiettivi, azioni, strumenti da perseguire ed adottare in ordine al miglioramento dello stato di salute dei Cittadini Stranieri Immigrati, nonché delle Persone che si Prostituiscono, delle Comunità Zingare, dell'Area di Esecuzione Penale e della Povertà e Disagio Sociale. Tali indicazioni costituiscono la base per definire nei vari ambiti locali, da parte di Sindaci e Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, i Piani per la Salute dei cittadini.

Le prospettive future

La Legge 40, i relativi decreto attuativo e circolare regionale ed il PSN tendono al superamento della logica dei servizi "dedicati" alle particolari esigenze di questi utenti, per favorire invece l'accesso e l'integrazione.

Nell'ambito delle proposte della città per accogliere questi nuovi cittadini si porrà quindi più l'accento su interventi mirati all'attivazione delle competenze delle comunità immigrate e dei singoli, che sul sapere e l'esperienza dei servizi.

Nel giugno 2000 si prevede la sperimentazione di un nuovo progetto, elaborato in collaborazione con le Istituzioni Sanitarie della città di Palermo e finanziato con fondi del Ministero della Sanità, che avrà durata biennale e prevede l'offerta attiva di servizi preventivi, di cura e di educazione sanitaria a 4000 ospiti dei centri di accoglienza, anche attraverso interventi dei mediatori culturali e dei leaders delle comunità.

Per i mediatori si prevede di aprire uno sportello informativo a contatto con il pubblico nell'ambito dell'U.R.P. dell'Ospedale Maggiore, non appena sarà ultimata la lunga fase di ristrutturazione.

INFANZIA STRANIERA ED EMARGINAZIONE

GIANNI BONA E MAURO ZAFFARONI

Clinica Pediatrica di Novara

**Università degli Studi del Piemonte Orientale "A. Avogadro"
Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Immigrato della S.I.P.**

Negli ultimi trent'anni, l'Italia da paese di emigrazione è diventato meta d'arrivo per un sempre maggior numero di persone immigrate.

Nelle statistiche riguardanti l'immigrazione in Italia, sono considerati "stranieri", le persone di ogni provenienza, emigrate volontariamente con progetti di vita diversi (opportunità di lavoro, studio, salute) o costrette a lasciare il loro Paese dagli eventi (rifugiati politici, profughi di guerra). Rispetto alla provenienza si possono distinguere: Cittadini dell'Unione Europea; Immigrati da Paesi ad Avanzato Sviluppo (Stati Uniti, Svizzera, Giappone); Immigrati da Paesi in Via di Sviluppo; Apolidi e Nomadi.

In Italia, la percentuale di immigrati nel 1997 superava di poco il 2% della popolazione. All'inizio del 1999, gli stranieri regolarmente soggiornanti in Italia erano 1.250.214, l'86,3% di essi provenivano da Paesi extracomunitari (11, 19).

Oltre agli immigrati "regolari" si devono considerare le persone in attesa di permesso di soggiorno (al termine del 1998 sono state presentate 400.638 istanze di regolarizzazione) e gli immigrati rimasti nella clandestinità (almeno 200.000). Occorre infine tenere presente che ogni giorno un numero imprecisato di immigrati raggiunge illegalmente il nostro Paese con qualsiasi mezzo.

Con termine di "bambini immigrati" vengono genericamente indicati i minori stranieri giunti nel nostro paese con vari percorsi giuridici (adozione, ricongiungimento familiare, asilo politico) e quelli clandestinamente presenti; vengono altresì identificati con lo stesso termine anche i bambini nati in Italia con genitori extracomunitari o Nomadi (Tabella 1) (18, 24).

Stime recenti indicano che attualmente il 14-15% degli immigrati presenti in Italia sia rappresentato da minori (almeno 180.000-200.000).

Il dato è comunque destinato ad aumentare nei prossimi anni, per effetto del ricongiungimento familiare (da parte dei lavoratori immigrati regolari) (Tabella 2), per l'arrivo di profughi di guerra (in genere gruppi familiari con bambini), ma anche per il fatto che sono in costante aumento sia la formazione di nuove coppie (miste o fra persone immigrate, in maggioranza giovani adulti) sia le nascite di bambini con genitori immigrati (Tabella 3) (5, 7, 14, 15).

Dati di recenti studi, su un totale di 69.605 bambini nati in 33 punti nascita, hanno mostrato che oltre il 7% dei nati negli ospedali del Centro e Nord Italia ha uno o entrambi i genitori extra-comunitari, nel Sud Italia i neonati figli di immigrati rappresentano in media quasi il 3% (8, 28).

Emarginazione e diritto alla salute.

La piena integrazione del bambino straniero e della sua famiglia richiede, in ambito socio-sanitario, la conoscenza delle reali e specifiche necessità delle persone immigrate e l'offerta di una adeguata accoglienza in risposta ai bisogni concreti. A tale scopo, in questi anni, il Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Immigrato della Società Italiana di Pediatria, ha contribuito alla raccolta dei dati epidemiologici relativi ai punti nascita, agli ambulatori pediatrici, agli accessi al Pronto Soccorso ed ai ricoveri ospedalieri, premessa indispensabile per promuovere e sostenere strategie di intervento a livello politico e amministrativo (9, 18, 24).

Il diritto alla salute rappresenta uno dei diritti irrinunciabili per la persona. La tutela della salute costituisce anche uno dei criteri più sensibili con cui si può valutare l'adeguatezza delle risposte di un paese ai problemi dell'immigrazione; la malattia è di per sé un elemento emarginante, soprattutto per chi non è in alcun modo tutelato (16, 29).

Con la recente legge n. 40 del 6 marzo 1998, legge che disciplina l'ingresso e la condizione dello straniero in Italia, è stata istituita nell'ordinamento italiano la "carta di soggiorno" per gli stranieri in Italia da oltre 5 anni (quasi mezzo milione); con essa viene affermato il diritto di residenza e vengono esplicitamente definiti i diritti d'accesso alla istruzione, alla sanità, all'alloggio e all'assistenza sociale. La legge inoltre vuole tutelare i minori e l'unità della famiglia, garantendo di fatto ai bambini della seconda generazione l'accesso ai diritti conferiti dalla carta di soggiorno dei loro genitori.

In questi anni numerose ricerche (con dati provenienti sia dal volontariato sociale sia delle strutture pubbliche) hanno studiato lo stato di salute e le patologie prevalenti fra gli immigrati. E' stato molto ridimensionato il ruolo delle malattie infettive e delle patologie esotiche d'importazione, mentre si è evidenziato nella popolazione immigrata il maggiore rischio di malattie acquisite nel paese ospite (7, 17, 18).

La Legge 40/98, contiene precise disposizioni in materia sanitaria. L'articolo 32 prevede l'assistenza per gli stranieri con regolare permesso di soggiorno iscritti al Servizio Sanitario Nazionale; l'articolo 33 riguarda invece i cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno; ad essi sono assicurate le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorchè continuative, per malattie ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva.

Sono in particolare garantiti la tutela sociale della gravidanza e della maternità, a parità di trattamento con i cittadini italiani, la tutela della salute del minore; le vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di campagne di prevenzione collettiva autorizzati dalle regioni; gli interventi di profilassi internazionale; la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai.

Le prestazioni sono erogate senza oneri a carico dei richiedenti qualora privi di risorse economiche sufficienti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa a parità con i cittadini italiani.

L'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola con le norme sul soggiorno non può comportare alcun tipo di segnalazione all'autorità, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano.

Pertanto il diritto alla salute dei bambini immigrati e dei figli di persone provenienti da Paesi Extracomunitari anche se non in regola con le norme legislative, è oggi garantito dalla legge non solo in situazioni di urgenza e in presenza di gravi patologie, ma in tutte le occasioni di medicina preventiva (visite di controllo, vaccinazioni, test diagnostici, educazione sanitaria) utili sia per il singolo bambino sia per l'intera collettività.

Tuttavia, se le norme di legge vigenti non vengono applicate, il diritto alla salute per le persone immigrate ed in particolare per i minori, le gestanti ed i futuri nati può rimanere un diritto di carta (16, 20).

Bambini immigrati: più volte emarginati.

Nel rispetto della Convenzione sui diritti del fanciullo di New York del 20.11.1989, (ratificata e resa esecutiva ai sensi della legge n. 176 del 27.5.1991), la nuova legge 40/1998 considera il minore come soggetto titolare di diritti propri. I bambini immigrati o di origine straniera tuttavia sono ancora vittime di pregiudizi e possibile emarginazione e in diverse situazioni.

Nelle scuole italiane, la presenza di bambini con genitori immigrati è in continua costante crescita: dieci anni fa risultavano inseriti 11.791 alunni stranieri e nomadi, nel 94/95 erano oltre 40.000. Gli ultimi dati del Ministero della Pubblica Istruzione indicano che attualmente gli alunni stranieri nelle scuole italiane sono 63.199, pari a 1,7% degli iscritti, di questi il 58% sono di origine extracomunitaria. Negli ultimi anni, sono aumentati in particolare gli alunni delle scuole elementari e materne. A Milano, su una popolazione scolastica di 355.883 alunni nel 1995/96, gli stranieri erano 12.596 (3,5%), l'incidenza dei bambini con genitori immigrati era pari al 12,3% negli asili nido, al 13,2 % nelle scuole materne per scendere al 4 % nelle elementari, al 3% nelle medie ed al 1,5 % nelle superiori (14, 26).

La scolarizzazione dei bambini rappresenta un indicatore della volontà di insediamento definitivo delle famiglie immigrate nella nostra società. Tutto ciò richiede adeguamento della struttura scolastica (dagli orari ai programmi, dalla formazione degli insegnanti alla cucina delle mense) e avvio di politiche ed interventi finalizzati all'integrazione scolastica dei bambini stranieri (27). Proprio nella scuola, fra i bambini italiani e quelli di diversa etnia, si realizzano contemporaneamente fondamentali processi di integrazione (culturali ed educativi) ma anche di emarginazione (per svantaggio e difficoltà linguistiche). I bambini immigrati presentano infatti percentuali di bocciature e gravi ritardi scolastici superiori rispetto a quelle dei bambini italiani. (29).

Un dato significativo del disagio delle famiglie immigrate riguarda la presenza di bambini piccoli negli istituti e comunità per minori.

Non di rado bambini anche in età prescolare vengono lasciati soli in casa quando i genitori non riescono a conciliare impegni di lavoro e assistenza ai figli; la ridotta protezione espone i bambini a maggior rischio di infortuni e incidenti domestici. Il 24,4% dei bambini di origine straniera nascono "al di fuori del matrimonio".

Nei nuclei monoparentali in particolare, la condizione di semi-abbandono, le scarse risorse materiali, le difficoltà abitative e lavorative determinano un crescente e diffuso ricorso all'affidamento del bambino ad altre persone o alla istituzionalizzazione.

Una ricerca condotta a Roma fra il 1992 ed il 1994 su 543 neo-madri straniere ha rilevato la volontà nel 28 dei casi di portare il bimbo in patria subito dopo lo svezzamento. Ancora a Roma, nel 1992, il 27,8 % dei bambini in convitto erano figli di immigrati ed un terzo dei minori in affidamento familiare era straniero (22); in Lombardia il 16 % dei bambini in istituti o comunità alloggio nel 1995 era di origine extracomunitaria, un quarto di essi era di età inferiore a 6 anni (14, 15).

Un altro indicatore di disagio può essere considerato in considerazione dei bambini abbandonati alla nascita e dichiarati adottabili. Presso il tribunale per i Minorenni di Torino, competente per il Piemonte e la valle d'Aosta, su (30).

Esistono poi forme di abuso e discriminazioni che interessano in modo particolare il bambino immigrato e che peggiorano la sua emarginazione sociale (Tabella 4). Non è raro infatti vedere bambini (soli o con i genitori) praticare per strada l'accontanaggio, vendite ambulanti di merci di vario genere, piccoli servizi (ai semafori, ai supermercati, ecc.). Negli ultimi anni è aumentata la presenza di ragazzi soli, senza familiari di riferimento, quasi sempre nord-africani irregolari, dediti all'ambulante, a lavori precari sulla strada a ogni possibile rimedio per guadagnare pochi soldi, spesso provengono da famiglie senza risorse, inviati in Italia senza concreti progetti e che si trovano a vivere un'avventura assolutamente non voluta.

In altri casi lo sfruttamento dei bambini e dei ragazzi immigrati è drammaticamente grave: lavoro minorile, avvio alla prostituzione, allo spaccio, ai furti in appartamento. In questi ultimi casi, gli adulti responsabili (siano essi i familiari stessi o connazionali o italiani appartenenti ad organizzazioni criminali) restano in genere nell'ombra, ma i minori subiscono la conseguenza dei reati compiuti.

In effetti le statistiche relative all'andamento della criminalità minorile consentono di valutare il maggior rischio di devianza per i ragazzi immigrati. Nel 1992, vi sono state circa 8.000 denunce di minorenni stranieri, pari al 17,8% di quelle totali pervenute alle procure minorili italiane. Nel 1995, su un totale di circa 46.000 denunce di minori in Italia, 12.701 (pari al 27,6 %) interessavano ragazzi di origine straniera. La devianza dei minori immigrati si caratterizza per due principali tipologie: quella dei ragazzi nomadi slavi (giovani o bambine infraquattordicenni dedite a furti) e quella dei ragazzi nord-africani (sfruttati come corrieri o per il piccolo spaccio di stupefacenti). Presso il Centro di Prima Accoglienza per minori di Torino, la percentuale degli ingressi di ragazzi extracomunitari è passata dal 42% nel 1994 al 69 % nel 1995 (tutti maschi, provenienti dall'area magrebina, pochissimi dall'Albania). Nel 1996, su un totale di 3.790 ingressi in Centri di Prima Accoglienza in Italia, il 49 % riguardava minori immigrati. Anche fra gli ingressi negli Istituti penali minorili si è osservato un incremento della percentuale di minori stranieri: dal 36 % nel 1993, al 44,7 % nel 1996 (29).

Le istituzioni italiane che attualmente accolgono con maggiore frequenza minorenni di origine straniera non sono quelle scolastiche, assistenziali o lavorative, bensì quelle penali che, insieme alle strutture della giustizia minorile, sono diventate il luogo pubblico dove più alta è la concentrazione di ragazzi stranieri (22).

Occorre infine ricordare la grave condizione di marginalità legata al mercato della prostituzione che interessa adolescenti, in genere provenienti dall'Est europeo (ex Jugoslavia, Albania, Romania). L'arrivo in Italia e l'organizzazione dell'attività sono gestiti dal "racket" e rende le ragazze schiave dei loro sfruttatori. Non è pertanto facile trovare soluzioni per aiutare le giovani che intendono sottrarsi allo sfruttamento.

Verso una società multietnica.

E' ormai chiaro che i flussi migratori verso i paesi industrializzati non rappresentano un fenomeno provvisorio e temporaneo, ma sono destinati a trasformare profondamente la società degli stati ospitanti.

Superata la fase dell'emergenza occorre ora prevedere percorsi di integrazione mediante strategie interculturali nel rispetto delle diverse etnie (Tabella 5).

Quando gli immigrati si ritrovano in un ambiente straniero e non familiare, caratterizzato da eterogeneità etnica e da diversità culturale, allora individui e gruppi si ritrovano costretti a nuovi confronti con la propria identità (identico confronto avviene nella popolazione ospitante), rafforzando spesso forme di distinzione già fissate e definite favorendo così l'emergere di nuove forme di esclusione e separazione. La "scoperta" della propria identità etnica è esperienza vissuta da tutti coloro che si sono trovati a vivere, per un significativo periodo di tempo, in un ambiente culturale differente ed il fatto che la sua percezione può variare notevolmente a seconda del paese ospitante, sottolinea come essa sia una costruzione sociale.

L'identità etnica, almeno per quanto riguarda la prima generazione di immigrati, non è solo espressione di un atteggiamento difensivo, ma assume valenza fortemente simbolica; tentando di riprodurre pratiche e strutture sociali della propria cultura, l'immigrato cerca con difficoltà di mantenere l'identità etnica originaria. Accanto a tale modello la famiglia immigrata trasmette ai figli le proprie aspettative in un ambiguo rapporto con il paese d'origine (luogo dove la famiglia vuol tornare e dove vivono altri parenti, ma anche da dove i genitori sono dovuti andar via) e con il paese d'arrivo (luogo in cui si è stranieri, ma anche dove è possibile un processo di emancipazione) (1).

Studi recenti mostrano che anche i bambini di seconda generazione incontrano grosse difficoltà di inserimento. Se in passato si supponeva che i bambini potessero adattarsi più facilmente della popolazione adulta e che potessero anzi costituire un fattore di integrazione dell'intero gruppo familiare, negli ultimi anni i criteri di approccio alla problematica della migrazione infantile sono mutati.

Il disadattamento che emerge nella scuola e nei servizi educativi rappresenta solo parte del disagio più generale scatenato dall'esperienza dello sradicamento, della situazione di marginalità sociale e culturale e di provvisorietà vissuta dalla famiglia migrante nel paese ospite (14).

Nel corso del processo di socializzazione, all'interno delle relazioni familiari, di fronte a un'identità etnica senza radici che i genitori propongono come modello, il bambino è investito di aspettative e di progetti per il presente ed il suo futuro.

I servizi per l'infanzia, in particolare la scuola materna, sono il primo luogo entro il quale il bambino straniero vive e porta la propria differenza. Differenza che può diventare arricchimento, fonte di creatività e di sviluppo, oppure elemento di sofferenza e di rifiuto. Tutto dipende dall'apertura che i servizi manifestano verso il confronto interetnico ed interculturale e dal ruolo rassicurante svolto dalla famiglia immigrata. Nei servizi sanitari pediatrici sarà compito delle formazioni specialistiche fornite dalle scuole di Specializzazione e ancor più dalla formazione permanente, che dovrà essere garantita ad ogni pediatra, consentire l'acquisizione di una mentalità interculturale "multietnica" che garantisca anche in campo sanitario il raggiungimento

di un adeguato livello di salute nel rispetto delle tradizioni - quando corrette - dei Paesi di origine (9).

Occorre comunque tenere presente, oltre ogni demagogia, che fino a quando non sarà possibile mutare le condizioni di vita e di lavoro delle famiglie extracomunitarie immigrate in Italia, le situazioni di emarginazione sociale, economica e culturale continueranno a persistere, riflettendosi con crescente intensità attraverso forme di emarginazione e di devianza delle nuove generazioni (22).

Tabella 1 - Bambini immigrati o di origine straniera.

- Minori nati all'estero immigrati con i genitori
 - Adozioni internazionali
 - Minori immigrati non accompagnati
 - Nati in Italia da genitori immigrati
 - Nati in Italia da coppie miste
 - Bambini appartenenti a gruppi Nomadi
 - Bambini di profughi di guerra e rifugiati politici
-

Tabella 2 - Ricongiungimenti familiari 1990-1996.

(fonte: Ministero dell'Interno)

| | | | |
|------|------|------------------|--------|
| anno | 1990 | autorizzazioni n | 2.013 |
| | 1992 | | 6.518 |
| | 1994 | | 12.430 |
| | 1996 | | 18.669 |

Tabella 3 - Minori con almeno un genitore straniero nati in Italia (fonte: ISTAT).

| Anno | Nati da stranieri | Percentuale sul totale dei nati. |
|------|-------------------|----------------------------------|
| 1985 | 5.415 | 0,9 % |
| 1986 | 6.393 | 1,1 % |
| 1987 | 6.996 | 1,2 % |
| 1988 | 8.126 | 1,4 % |
| 1989 | 9.835 | 1,7 % |
| 1990 | 11.413 | 2,0 % |
| 1991 | 13.118 | 2,3 % |
| 1992 | 15.755 | 2,8 % |
| 1993 | 17.197 | 3,1 % |
| 1994 | 20.174 | 3,8 % |

Tabella 4 - Forme di sfruttamento e abuso di bambini e ragazzi immigrati.

- accattonaggio
- vendite ambulanti
- sfruttamento del lavoro minorile
- pedofilia
- avvio alla prostituzione
- avvio all'uso e allo spaccio di droghe
- impiego di minori per furti in alloggio

Tabella 5 - Processi interattivi di integrazione ed emarginazione

| | | | |
|--|-----------|--|---------------|
| | | Si ritiene importante mantenere rapporti con gli altri gruppi etnici | |
| | | SI | NO |
| Si ritiene importante mantenere l'identità etnica e le caratteristiche culturali | SI | INTEGRAZIONE | ASSIMILAZIONE |
| | NO | SEPARAZIONE | MARGINALITA' |

Bibliografia

- 1 - Aa.Vv. "Un volto o una maschera? I percorsi di costruzione dell'identità. Rapporto 1997 sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia". Collana editoriale Presidenza Consiglio dei Ministri. Dipartimento Affari Sociali. Dicembre 1997.
- 2 - Aa. Vv. "L'Europe contre le racisme". Forum Alternatives Européennes - Paris, 1998
- 3 - American Academy of Pediatrics. Committee on Community Health Services.
"Health care for children of immigrant families". *Pediatrics* 1997; 100: 153-156.
- 4 - Benvenuti A., Fulvi G., Pittau F. (A cura di). Caritas Diocesana di Roma. "Giovani Periferici". Edizioni Anterem - Roma, 1996.
- 5 - Bona G., Zaffaroni M. et al. "Verso una società multi-etnica. I nati in Piemonte e Valle d'Aosta negli anni 1989-1993". *Riv. Ital. Pediatr.* 1995; 21:706-711.
- 6 - Bona G., Zaffaroni M. et al. "Lo stato di salute dei neonati con genitori immigrati. Indagine epidemiologica multicentrica nell'Italia Nord Occidentale". *Neonatologica* 1996;2:1-11.
- 7 - Bona G., Zaffaroni M. "Bambini immigrati: problemi di salute e assistenza sanitaria". *Grandangolo di Edit Symposia - Pediatria e Neonatologia.* 1997;5/2: 57-67.
- 8 - Bona G., Zaffaroni M. et al. "Stato di salute dei neonati figli di immigrati". *Riv. Ital. Pediatr.* 1998; 24:713-718.
- 9 - Bona G., Zaffaroni M. "L'integrazione del bambino straniero e della sua famiglia"
Ospedale & Territorio. 1999; Vol. 1/Suppl. 1:17-20.
- 10 - Bonifazi C. "L'immigrazione straniera in Italia". Ed. Il Mulino - Bologna, 1998.
- 11 - Caritas di Roma. "Dossier Statistico Immigrazione. 1999". Ed. Anterem, Roma, 1999.
- 12 - Caritas Italiana - Fondazione E. Zancan. "Gli ultimi della fila. Rapporto 1997 sui bisogni dimenticati". Ed. Feltrinelli. 1998.
- 13 - Delle Donne M. (a cura di) "Relazioni etniche: stereotipi e pregiudizi". Ed. U.P. - Roma, 1998.
- 14 - Favaro G. "Bambine e bambini di qui e d'altrove. La migrazione dei minori e delle famiglie". Ed. Guerini - Milano, 1998.
- 15 - Favaro G. Convegno "Esigenze e diritti di gestanti, madri e neonati in difficoltà" Milano 1996. Atti (pp 77-82). Ist. It. Med. Sociale Editore - Roma 1997.
- 16 - Geraci S. "Immigrazione e salute: un diritto di carta? Viaggio nella normativa internazionale italiana e regionale" Edizioni Anterem - Roma, 1996.
- 17 - Geraci S., Marceca M. "Donne e bambini immigrati"
in: Geddes M., Berlinguer G. (a cura di) "La salute in Italia. Rapporto 1998" (pp.43-76). Ediesse - Roma, 1998.
- 18 - Gruppo di lavoro per il bambino immigrato della Società Italiana di Pediatria. Salvioli G.P. et al. "Il punto sul bambino immigrato" *Riv. Ital. Pediatr.* 1996;22:471-474.

- 19 - ISMU "Quinto rapporto sulle migrazioni 1999". Ed. Angeli - Milano, 1999.
- 20 - Lonni A. "I diritti di chi non ha diritti. Migrazioni di ieri e di oggi" Edizioni dell'Orso - Alessandria, 1995.
- 21 - Lonni A. "I diritti di Odisseo. Appunti sparsi in materia di immigrazione" Edizioni dell'Orso - Alessandria, 1998.
- 22 - Nanni W. "Socializzazione negata". Exodus 1995; 10: 34-36.
- 23 - Occhiogrosso F. "Il rispetto dell'identità del minorenne in contesti multi-etnici e multirazziali". MINORIGiustizia 1996; 4:14-34.
- 24 - Salvioli G.P., Sandri F. "Immigrazione e salute: le nuove frontiere della pediatria italiana". Doctor Pediatria 1996; 11/3: 7-13.
- 25 - Scabini E, Donati P. (a cura di) "La famiglia in una società multi-etnica" Vita e Pensiero. Pubblicazioni Università Cattolica - Milano, 1993.
- 26 - Tosolini A. "Interculturalità: la scuola cambia paradigma". In: Lonni A. (a cura di) "I diritti di Odisseo" (pp. 79-92). Edizioni dell'Orso - Alessandria, 1998
- 27 - Volonterio V. "Immigrazione e pregiudizio etnico. Un'indagine sugli insegnanti milanesi" Quaderni ISMU, Milano. 1/1998.
- 28 - Zaffaroni M., Bona G. et al. "Un argine alla denatalità: i neonati figli di immigrati" Atti I Congresso del Gruppo di Lavoro Nazionale sul Bambino Immigrato. Novara, 1998.
Rivista Italiana di Pediatria 1999; 25 (Suppl. 3):17-20.
- 29 - Zaffaroni M., Bona G. et al. "L'emarginazione del bambino immigrato".
Rivista Italiana di Pediatria 1999; 25: 707-712.
- 30 - Zaffaroni M., Vigo A., Bertolazzi T. "Trovatelli e figli di ignoti. Neonati abbandonati adottati in Piemonte e Val d'Aosta negli anni 1988-1999".
Rivista Pediatrica Siciliana 1999; 54: 171-172.

IL BAMBINO IMMIGRATO: LA REALTA' SICILIANA .

FRANCESCO CATALDO.

Segretario Società Italiana Pediatria

Gruppo Bambino Straniero

Negli ultimi 25 anni si è verificato un aumento dell'immigrazione dai Paesi in Via di Sviluppo verso l'Italia ed una quota non trascurabile di questa riguarda i bambini , nei confronti dei quali l'immigrazione si accompagna a fattori di rischio peculiari. Anche la Sicilia negli ultimi anni è stata meta di una ondata migratoria senza precedenti ,con conseguenti problemi socio-sanitari .Per tale motivo il Gruppo di Lavoro Siciliano sul Bambino Immigrato ha effettuato una indagine multicentrica sulle condizioni di salute del bambino immigrato nella nostra Isola che qui di seguito viene riportata.

L'indagine è stata di tipo retrospettivo e vi hanno partecipato :

- A) 14 punti nascita di 10 città , distribuite omogeneamente nell'Isola : Sicilia Orientale (Catania e Messina) con 12.891 neonati; Sicilia Centrale (Palermo e Caltanissetta) con 8.156 neonati; Sicilia Occidentale (Marsala e Mazara del Vallo) con 2.759 neonati; Sicilia Meridionale (Sciacca, Lentini, Ribera e Siracusa) con 6.151 neonati. In totale sono stati esaminati 29.957 neonati. E' stato effettuato uno studio caso/controllo negli anni 1996 e 97 ed il caso era costituito dal neonato figlio di immigrati ed i controlli dal nato precedente e da quello successivo al caso. Dalle cartelle cliniche si sono raccolti i dati relativi al peso alla nascita, all'età gestazionale, ai problemi di salute del neonato e della madre, al paese di provenienza ed al lavoro dei genitori; sono stati poi effettuati dei confronti tra i casi ed i controlli.
- B) La Clinica Pediatrica R di Palermo ed il relativo Pronto Soccorso e la Clinica Pediatrica di Messina per ricercare i dati clinico-epidemiologici dei bambini immigrati in età pediatrica successiva a quella neonatale . A Palermo sono stati presi in considerazione 7 anni (dal 1992 al 1998), ed a Messina quattro anni (1993 - 96),esaminando tutte le diagnosi di dimissione dai reparti di degenza e tutte quelle poste al Pronto Soccorso .Abbiamo quindi confrontato i dati relativi ai minori figli di immigrati con quelli dei minori figli di italiani. Nei primi abbiamo ricercato anche il tipo di lavoro e la residenza dei genitori.

PUNTI NASCITA 810 dei 29.957 nati in Sicilia (2,7 %) erano figli di immigrati;143 di questi (17,6%) avevano un solo genitore straniero e 20 di questi (14 %) erano figli di donne immigrate e di padre ignoto. I nati da genitori immigrati erano distribuiti prevalentemente nelle Città più grandi (Palermo, Catania, Messina e Siracusa) e nelle parti costiere occidentali (Mazara del Vallo e Marsala) dell'Isola. I genitori erano quasi tutti extracomunitari (provenivano prevalentemente dall'Africa : 47,2 % e dal Sub Continente Indiano : 23,9 %). Discreto il numero dei Nomadi, che risiedevano più spesso (70 % circa) a Palermo .Il lavoro dei genitori era regolare solo nel 55 % dei casi e quasi sempre di tipo manuale, con un reddito medio basso. L'età media dei genitori dei neonati immigrati era più elevata di quella dei controlli, tuttavia la percentuale delle madri e dei padri minorenni era più alta nei primi (1,3 %) rispetto ai secondi (0,58 %).L'età gestazionale media ed il peso medio alla nascita dei neonati figli di immigrati erano sovrapponibili a quelli dei controlli; tuttavia la percentuale dei prematuri e dei nati con peso inferiore a 2500 gr. era maggiore nei nati da genitori immigrati. La frequenza di alcune

patologie neonatali (asfissia, distress respiratorio, MEN, infezioni), di alcuni fattori di rischio materni (genitori minorenni, padre ignoto, infezioni trasmesse verticalmente), così come la natimortalità e la mortalità neonatale precoce erano più frequenti nei nati da immigrati.

DEGENZE OSPEDALIERE E PRONTO SOCCORSO. A Palermo i ricoveri e le prestazioni sanitarie effettuate al pronto Soccorso sono progressivamente aumentate di circa 10 volte dal 1992 al 1998. Le malattie più frequenti sono state quelle acute a carico dell'apparato respiratorio e digerente, i traumi e gli avvelenamenti, le infezioni comuni che si è solito osservare nella popolazione residente. Alcuni bambini presentavano anche problemi nutrizionali di lieve entità (difetto moderato di crescita, anemia sideropenica, rachitismo). Abbiamo osservato un solo caso di malattia esotica da importazione (malaria) in una bambina indiana adottata, ed un solo caso di enzimopenia ereditaria (deficit di G6PD) in un bambino africano. Anche a Messina la prevalenza delle malattie che hanno determinato il ricovero erano quelle acute a carico dell'apparato respiratorio e dell'apparato digerente, mentre si è osservato un solo caso di malaria. Da sottolineare la presenza di 4 casi (3,6 %) di tubercolosi e di 13 bambini (11,8 %) con traumi cranici. A Palermo la quasi totalità delle famiglie risiedeva nei quartieri poveri ed affollati della città dove le condizioni igienico-abitative sono scadenti ; il tipo di lavoro dei genitori spesso (32 %) era irregolare, e in ogni caso a reddito medio-basso. Inoltre il 92,8 % di questi bambini era nato in Sicilia.

Nella nostra Isola negli ultimi anni si è osservata una ondata migratoria senza precedenti che ha portato gli immigrati da 18.000 (1985) a 70.834 (giugno 1997). La prevalenza dei nati da genitori immigrati in Sicilia (2,7 %) appare più bassa della media nazionale (4,74 %) e di quella del Nord Italia (6%), coerentemente con la distribuzione degli immigrati nel territorio nazionale (massima nel Settentrione e decrescente dal Nord al Sud). La distribuzione in Sicilia dei nati da genitori immigrati è maggiore in alcune città (Palermo, Catania, Messina e Siracusa) ed in alcune zone costiere occidentali dell'Isola (Mazara del Vallo, Marsala) dove le maggiori possibilità di lavoro favoriscono l'insediamento stabile e la formazione di nuovi nuclei familiari. I dati da noi osservati appaiono rappresentativi del contesto siciliano perché relativi ad un campione di neonati numeroso e distribuito omogeneamente nell'isola. Essi peraltro indicano una tendenza alla stabilizzazione degli immigrati in Sicilia e mostrano che buona parte dei bambini definiti " immigrati " nasce in Italia, contribuendo a contenere il calo demografico della nostra Nazione. La maggior parte dei nati da immigrati ha genitori Africani o del Sub Continente Indiano. Ciò si verifica per motivi di vicinanza geografica e potrebbe avere nel prossimo futuro dei risvolti sanitari importanti perché può favorire problematiche ematologico- ereditarie secondarie alla interazione tra geni patologici (emoglobinopatie ed eritroenzimopenie), frequenti sia in Sicilia che nei paesi di origine di questi immigrati .

La maggiore incidenza di morbosità e mortalità nei nati da genitori immigrati rispetto alla popolazione residente osservata in Sicilia è in linea con i dati nazionali ed è da collegare ai numerosi fattori di rischio che caratterizzano le gravidanze delle donne immigrate (condizioni di svantaggio socio economico, nutrizionale e culturale, difficoltà di accesso al SSN, maggior numero di gestanti minorenni e di ragazze madri e maggiore incidenza di infezioni materne). Ne consegue che la presa in carico del bambino immigrato deve iniziare migliorando l'assistenza della madre durante la gravidanza.

I nostri dati confermano che anche nelle età successive a quella neonatale le prestazioni sanitarie rese dal SSN al bambino immigrato sono in costante crescita e che lo stato di salute di questo è condizionato sfavorevolmente da situazioni di svantaggio socio-sanitario (basso reddito familiare, carenze igienico - sanitarie, clandestinità dei genitori) che rendono più frequenti e più gravi stati morbosi banali ed aspecifici, che altrimenti sarebbero sovrapponibili a quelli della restante popolazione infantile. Sono invece eccezionali le malattie esotiche o da importazione .E'

quindi necessario rendersi conto che ,come in altre Regioni del Mondo sede di fenomeni immigratori, anche in Sicilia i problemi da affrontare nell'interesse del bambino immigrato non sono etnici e razziali, ma legati al superamento della sua condizione di svantaggio sociale; essi vanno quindi risolti con una corretta politica sanitaria.

IL BAMBINO IMMIGRATO : PROBLEMI INFETTIVOLOGICI

FRANCESCO SCARLATA

Incaricato di Parassitologia Clinica

Facoltà di Medicina e Chirurgia - Università di Palermo

I bambini immigrati, sempre più numerosi anche a causa della pratica dei ricongiungimenti familiari, costituiscono un universo piuttosto composito che, sotto il profilo delle competenze infettivologiche, può essere distinto in almeno tre pianeti:

- il bambino nato e cresciuto in Italia, che non presenta rischi infettivologici diversi da quelli incidenti sui ceti più modesti della nostra popolazione con i quali condivide in genere le mediocri condizioni di vita.

- il bambino adottato, da monitorare attentamente subito dopo l'ingresso in Italia al fine di individuare patologie preesistenti quali soprattutto infezione da HIV, HBV, HCV, ma che si troverà a vivere in condizioni di nutrizione ed igieniche generalmente più che soddisfacenti.

- il bambino nato nei PVS che sommerà ai rischi delle patologie infettive contratte nella regione di provenienza quelle a cui lo esporranno le precarie condizioni di nutrizione e di vita connesse alla vita da immigrato, particolarmente nei primi anni.

Il primo problema di ordine infettivologico che dobbiamo porci nella gestione della salute del bambino immigrato è quello concernente la pratica vaccinale.

Negli stati del terzo mondo e nell'est europeo le vaccinazioni obbligatorie riguardano la poliomelite (OPV), il tetano, la difterite, la pertosse, spesso anche la tubercolosi (BCG) ed altre infezioni (TABELLA 1) ma non sempre la copertura vaccinale è soddisfacente, ne sempre adeguata è la conservazione dei vaccini. Inoltre frequentemente i genitori del bambino immigrato non sono in grado di fornire le relative certificazioni e quindi, come ha d'altra parte precisato il Ministero della Sanità, il medico ha l'obbligo di adeguare lo status vaccinale a quanto previsto dalla nostra legislazione, considerando non eseguite le vaccinazioni non documentate.

L'ultima revisione del calendario delle vaccinazioni in Italia prevede l'obbligatorietà della vaccinazione antipolio (con la novità della sostituzione per le prime due dosi dell'OPV con l'IPV), antitetanica, antidifterica ed anti-epatite B. L'obbligo è ormai più formale che sostanziale in quanto un recente DPR abolisce la necessità della certificazione vaccinale per l'ammissione nelle comunità scolastiche, il che fin ora aveva rappresentato il vero deterrente all'evasione vaccinale.

In caso di vaccinazioni eseguite con ritardo, bisogna ricordare come, per minimizzare i rischi di effetti indesiderati, al di sopra degli 7 anni bisogna utilizzare il vaccino antitetano-difterite di tipo Td, che contiene una quantità molto ridotta di anatossina difterica.

Piuttosto modesto, ancor che sopravvalutato dalla pubblica opinione, è il rischio di introduzione nel nostro paese di patologie esotiche.

La schistosomiasi, le filariosi, le tripanosomiasi ed altre parassitosi tropicali, le febbri emorragiche virali non trovano infatti in Italia le condizioni epidemiologiche indispensabili per la loro trasmissione e lo stesso, se pur con qualche riserva, vale per la malaria. Tali patologie debbono essere d'altra parte tenute presenti nella diagnostica sul bambino immigrato, tenuto conto della diffusione delle relative infezioni nella regione di provenienza, dell'epoca di immigrazione e dei relativi periodi di incubazione.

Relativamente frequenti sono i casi di malaria contratta da bambini immigrati in occasione di visite nella regione di origine, in quanto risulta difficile far comprendere ai genitori la suscettibilità all'infezione dopo anni di soggiorno in una regione non endemica e quindi la indispensabilità della chemioprolassi.

Ancor più frequentemente ci si imbatte in bambini extracomunitari con elmintiasi intestinali o con una significativa eosinofilia (> 250 eosinofili/mm³). Si tratta di condizioni molto frequenti nei paesi di origine e, comportando questo una elevata circolazione intrafamiliare, tale problematica finisce per coinvolgere, con una frequenza superiore al bambino autoctono, anche il figlio di immigrati, ancor che nato e cresciuto nel nostro paese. Un esame parassitologico delle feci e/o uno scotch-test, ripetuto in caso di negatività una seconda o una terza volta, si rendono indispensabili per una corretta diagnosi.

Una problematica di ben altro spessore è quella concernente l'infezione tubercolare, molto diffusa, presso che senza alcuna eccezione, nelle regioni di provenienza con epoca di infezione primaria piuttosto precoce. L'interpretazione della risposta cutanea alla tubercolina è d'altra parte spesso inficiata dalla vaccinazione con il BCG largamente praticata nei PVS e evidenziabile all'ispezione delle regioni deltoidee (una o due cicatrici ad occhio, più piccole di quelle che residuano alla vaccinazione antivaiole). E' condotta largamente accettata considerare comunque tubercolino-positivo il bambino, ancor che vaccinato, che presenti un infiltrato di diametro di almeno un centimetro e proporre in tal caso l'intradermoreazione ai commoranti (nel tentativo di individuare la fonte del contagio) e d'altra parte sottoporre il bambino a prelievo ematico (valutazione degli indici di flogosi) ed a RxTorace per distinguere l'infezione da BK dalla malattia in atto. Nel primo caso basta sottoporre il bambino ad un ciclo di un anno di INH (10 mg/Kg con un massimo di 300 mg), nel secondo caso la terapia deve prevedere l'associazione di tre farmaci (INH, RMP e PZA) per il primo mese, di due farmaci (INH e RMP) per altri undici mesi.

La presenza di commoranti espettoranti BK, particolarmente in ambienti di vita sovraffollati e malsani quale spesso sono quelli ove vivono gli immigrati, rappresenta un rischio gravissimo per il bambino, particolarmente se non vaccinato, in quanto in tenera età non sono rare le forme miliari o le meningiti tubercolari. In questi casi, se il piccolo è ancora Mantoux-negativo, bisogna effettuare una chemioprolassi di tre mesi con INH. Questa è d'altra parte l'unica circostanza (una volta verificata la persistente cutinegatività al termine della chemioprolassi) in cui nei paesi a buon livello igienicosanitario può essere presa in considerazione la pratica vaccinale.

Piuttosto serio è il problema delle infezioni a trasmissione materno-fetale. La significativa prevalenza nelle donne immigrate, se pur con aspetti a macchia di leopardo in relazione alla regione di provenienza ed al numero dei partners, di infezioni a noi ben note come quelle da HIV, HBV, HCV, CMV, HSV2, ma anche di lue, gonorrea, clamidiosi ed ancora patologie veneree tropicali come il linfogranuloma venereo e l'ulcera molle, impongono una seria osservazione del neonato e del lattante figlio di immigrata con una stretta collaborazione tra ginecologo, neonatologo ed infettivologo.

Piuttosto frequenti sono nel bambino immigrato le infezioni delle vie respiratorie e quelle intestinali. Gli agenti eziologici non sono comunque diversi da quelli che si riscontrano nei gruppi di popolazione "indigena" a più basso reddito. Nelle forme diarroiche a decorso sub-acuto o cronico, particolarmente se con presenza di sangue, bisogna tenere presente la possibilità di una infezione amebica.

La brusca modifica dell'ambiente di vita ("sindrome da sradicamento") o anche soltanto delle abitudini alimentari e dei regimi dietetici, in bambini che hanno vissuto per i primi anni

nelle regioni di origine, è spesso d'altra parte causa di disturbi dell'apparato digerente, non sempre transitori, che erroneamente vengono attribuiti a cause infettive.

Piuttosto complessa è l'interpretazione delle lesioni dermiche nei soggetti di pelle scura e non soltanto per la difficoltà di individuare i rash di tipo eritematoso o maculare (può essere di aiuto in questi casi osservare attentamente le superfici anteromediali degli avambracci e le regioni palmari, fisiologicamente meno pigmentate), ma per il diverso modo di reagire della cute alle principali noxe dermatogene, riconducibile essenzialmente ad una particolare suscettibilità del follicolo pilosebaceo e ad una iperreattività dei melanociti con conseguenti esiti ipercromici nelle aree flogosate.

Non deve inoltre fuorviare la possibile presenza sulla cute dell'immigrato di colore sano di aree di ancor maggiore iperpigmentazione nel letto ungueale (striate), alle piante dei piedi (rotondeggianti), al cavo orale e nelle pieghe in genere, con aspetti che all'addome ed alla radice degli arti, in caso di dimagrimento o cellulite, ricordano le strie rubre.

Non di rado è possibile osservare, nei primi mesi o talvolta anni dall'immigrazione, lesioni ascessualizzanti del derma e talvolta delle masse muscolari degli arti (miosite tropicale) di incerta eziologia.

**IMMIGRAZIONE E SALUTE:
L'ESPERIENZA DEL NATIONAL FOCAL POINT ITALIANO
NELL'AMBITO DEL PROGETTO EUROPEO AIDS & MOBILITY**

ANNA M. LUZI, ANNA COLUCCI E
GRUPPO DI LAVORO DEL NFP ITALIANO

Introduzione

L'immigrazione rappresenta oggi a livello sociale, economico, politico, legislativo e sanitario, uno dei fenomeni più significativi con i quali i paesi industrializzati devono confrontarsi. In particolar modo, l'Italia da paese di emigrazione, a partire dalla metà degli anni '70, è divenuta lentamente meta di immigrazione. Per la sua posizione geografica la penisola italiana rappresenta sia il punto di transito verso mete europee e transoceaniche, sia l'approdo finale di movimenti immigratori. L'attuale scenario, risultato di questa vasta mobilità di persone, pone diverse esigenze soprattutto di ordine sanitario e richiede, pertanto, ottiche di intervento che considerino nuovi aspetti epidemiologici, preventivi, diagnostici, terapeutici e organizzativi.

Per quanto riguarda l'infezione da HIV, l'AIDS e le malattie sessualmente trasmesse (MST), nonostante sia accertato che il fenomeno delle migrazioni non abbia avuto un ruolo determinante nella diffusione di tali patologie sia in Italia che in Europa, l'estrema vulnerabilità di queste popolazioni (lontananza dai luoghi di origine, povertà, lavori a rischio, prostituzione), rende il tema dell'informazione e della prevenzione di estrema importanza.

Per questa ragione è fondamentale offrire alle popolazioni migranti gli strumenti necessari per salvaguardare la loro salute.

E' a tale scopo che la Commissione Europea ha promosso il Progetto *AIDS & Mobility*.

Il Progetto Europeo AIDS & Mobility

Il progetto europeo AIDS & Mobility, nato nel 1991 con l'appoggio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha l'obiettivo generale di realizzare campagne di prevenzione e di informazione sull'infezione da HIV/AIDS e MST per le popolazioni "mobili", (immigrati, minoranze etniche, rifugiati politici, camionisti, adolescenti senza fissa dimora, militari, prostitute straniere), nei paesi dell'Unione Europea.

Tale Progetto coordinato dal Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention (NIGZ) di Woerden (Olanda), e a tutt'oggi finanziato dalla Comunità Europea, risponde principalmente a tre obiettivi specifici:

1. costituire una rete in ogni Stato membro per ottenere una visione completa della situazione europea, che consenta il confronto tra differenti esperienze;
2. rispondere in maniera specifica ai bisogni delle popolazioni migranti nelle differenti nazioni dell'Unione Europea;
3. realizzare campagne di prevenzione per le popolazioni migranti sulle MST e in particolar modo, sull'infezione da HIV.

Nell'aprile del 1997 l'équipe olandese di AIDS & Mobility ha contattato Istituzioni Pubbliche, Organizzazioni non Governative (ONG) e Associazioni di Volontariato che si occupano di popolazioni migranti con problemi legati alle MST e all'infezione da HIV negli Stati dell'Unione Europea, proponendo la costituzione all'interno di ogni Stato di un National Focal Point (NFP).

Ai NFP europei è stato assegnato l'incarico di:

- organizzare ogni anno un meeting nazionale tra le Istituzioni Pubbliche, le Organizzazioni non Governative e le Associazioni di Volontariato che si occupano degli aspetti sociosanitari delle popolazioni mobili. Ciò al fine di rilevare i reali bisogni degli stranieri, fissare obiettivi per interventi di prevenzione e individuare le necessarie strategie per raggiungerli;

- raccogliere nella propria nazione informazioni riguardanti il paese di origine popolazioni migranti, gli eventuali comportamenti, gli aspetti epidemiologici, legislativi e sanitari legati al fenomeno dell'immigrazione.

Tutto ciò per elaborare un rapporto annuale, che illustri alla Commissione Europea la situazione del flusso migratorio nelle diverse nazioni. Tali informazioni possono costituire utili indicatori per rispondere in modo mirato ai bisogni delle popolazioni migranti.

Il National Focal Point italiano

In Italia il compito di svolgere le mansioni di NFP è stato affidato, nel 1997, al Telefono Verde AIDS (TVA) del Reparto AIDS e Malattie Sessualmente Trasmesse - Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica (LEB), Istituto Superiore di Sanità (ISS).

Il TVA, istituito nel giugno del 1987 dalla Commissione Nazionale per la lotta contro l'AIDS, svolge attività di prevenzione primaria e secondaria sull'infezione da HIV e sull'AIDS rivolta alla popolazione generale, attraverso un'informazione scientifica erogata con il metodo del counselling telefonico. Tale intervento, che si basa sui principi e sulle tecniche del counselling vis à vis, rappresenta una forma strutturata di "relazione di aiuto" che coinvolge un consulente e un consultante e ha lo scopo di:

- dare informazioni scientificamente corrette, aggiornate e personalizzate;
- favorire attraverso il colloquio l'individuazione del "reale problema" dell'utente;
- prospettare insieme all'utente una gamma di soluzioni;
- facilitare la persona in difficoltà ad attuare modifiche comportamentali e decisionali necessarie per la diminuzione del disagio e dell'ansia.

Il Servizio, anonimo e gratuito per l'utente, con sede presso l'ISS, dispone di sei linee telefoniche ed è attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 13.00 alle ore 18.00.

L'equipe multidisciplinare del TVA svolge:

- attività di counselling telefonico sull'infezione da HIV e sull'AIDS;
- attività di studio e di ricerca a livello nazionale e internazionale;
- attività di formazione teorico-pratica per Operatori Psico-Socio-Sanitari di Help-Lines e di Centri di ascolto.

La scelta di tale struttura come NFP è stata motivata dall'esperienza pluriennale nella realizzazione di progetti nazionali e internazionali di prevenzione mirati alle popolazioni migranti. Il TVA rappresenta il punto di riferimento nazionale per ciò che riguarda la prevenzione e l'informazione scientifica sull'infezione da HIV/AIDS, costituendo un *osservatorio* privilegiato per valutare i bisogni informativi della popolazione generale e di particolari fasce di essa tra cui i cittadini stranieri, in modo da pianificare interventi socio-sanitari più efficaci. A tale proposito è stato possibile fornire al Ministero della Sanità indicazioni utili per la stesura di opuscoli informativi multilingue sull'infezione da HIV e sull'AIDS.

Il Telefono Verde AIDS: un'esperienza di counselling "telefonico rivolta a utenti non Italiani

Dal 29 novembre 1995 al 31 dicembre 1999, sono pervenute al TVA un totale di 1.195 telefonate da parte di utenti stranieri: 136 di queste da cittadini non appartenenti all'Unione

Europea (U.E.); 185 da cittadini dell'Unione Europea (U.E.); 391 da cittadini Africani; 362 da cittadini Americani, 96 da cittadini Asiatici e 25 da cittadini che provengono dall'Oceania.

Le nazioni degli utenti non appartenenti all'U.E. più rappresentate sono il Brasile (7,7%), il Perù (5,4%), il Marocco (5,3%); tra le nazioni, invece, degli utenti appartenenti all'U.E. la più rappresentata è la Francia (3,8%).

Il 58,9% di telefonate è pervenuto da utenti di sesso maschile e il 41,1% da utenti di sesso femminile. Le aree geografiche di provenienza delle chiamate risultano essere: Nord (50,4%); Centro (39,9%); Sud (6,5%), Isole (1,8%) e non indicato (1,4%).

I gruppi di utenti più rappresentati risultano essere gli Eterosessuali (48,2%), i Non Fattori di Rischio (19,4%), i Sieropositivi (8,9%), gli Omo-Bisessuali (6,7%).

Il numero totale dei quesiti è di 3.064, l'88,4% di questi riguarda cinque argomenti specifici: informazioni sul test (35,2%); modalità di trasmissione (24,4%); aspetti psicosociali (15,7%); disinformazione (7,5%); prevenzione (5,6%).

Nel fornire le risposte ai quesiti posti dagli stranieri i counsellor del TVA devono tener conto di una serie di componenti psicologiche, sociali e culturali che influenzano profondamente l'esito del messaggio informativo, rendendo il processo di counselling molto più complesso.

Una delle maggiori difficoltà per gli operatori chiamati a relazionarsi con gli immigrati riguarda non solo la diversità linguistica, ma anche quella culturale e i differenti costumi socio-antropologici e religiosi delle diverse popolazioni.

L'esperienza acquisita nell'attività di counselling telefonico e di ricerca rivolta a cittadini stranieri e la consapevolezza dell'importanza per un'Istituzione Pubblica di collaborare, in modo complementare, con Organizzazioni Governative e non e con Associazioni di Volontariato che si occupano di "gruppi in movimento", ha spinto il TVA a costituire un gruppo di lavoro permanente, presso l'ISS.

Infatti, il NFP italiano, coordinato dal TVA, vede la collaborazione di Istituzioni Pubbliche (IRCCS "L. Spallanzani", IRCCS "S.Gallicano", ASL RME, Università "La Sapienza", Ministero della Sanità), Organizzazioni non Governative (LILA e Comitato Diritti delle Prostitute) e Associazioni di Volontariato (Caritas Diocesana di Roma).

Tali strutture che hanno condiviso la proposta di aderire agli obiettivi del progetto AIDS & Mobility risultano, pur nella loro diversità, tra quelle che si occupano prevalentemente del fenomeno migratorio e delle esigenze sanitarie ad esso collegate. Sono strutture che da molti anni rappresentano un punto di riferimento per gli immigrati; molte di queste sono impegnate, oltre che nell'ambito dell'assistenza psico-socio-sanitaria, anche in attività di ricerca e di formazione, a livello nazionale e internazionale, sui temi della prevenzione primaria, secondaria e terziaria dell'infezione da HIV e delle MST.

Alla luce del lavoro svolto insieme (meeting, workshop, seminari) e della competenza dei singoli partecipanti al NFP italiano, sono stati proposti, a livello europeo e a livello italiano, progetti di ricerca volti a fornire un quadro aggiornato della reale situazione riguardante l'assistenza psico-socio-sanitaria ai cittadini stranieri.

A tale proposito sono stati presentati:

- ✓ un sotto progetto europeo, nell'ambito di AIDS & Mobility, coordinato dal NFP italiano dal titolo "Creazione di una rete tra i NFP dei paesi dell'area mediterranea" con l'obiettivo di svolgere un censimento ed una mappatura delle strutture psico-socio-sanitarie che offrono assistenza agli immigrati nei paesi dell'area mediterranea e creare una rete di collegamento tra loro;
- ✓ un progetto dal titolo "Creazione di una rete nazionale tra le strutture psico-socio-sanitarie governative e non che si occupano delle popolazioni migranti con

problematiche relative all'infezioni da HIV e alle MST", che coinvolge tutte le regioni italiane, nell'ambito del IV Progetto di Ricerca sull'AIDS Sociale-2000,;

- ✓ un progetto dal titolo "Arianna- progetto pilota per la realizzazione di una rete multicentrica di formazione per operatori e mediatori linguistico-culturali da utilizzare nell'informazione e prevenzione delle infezioni da HIV/MST rivolta a gruppi di immigrati a rischio di esclusione dall'accesso ai servizio psico-socio-sanitari", nell'ambito del IV Progetto di Ricerca sull'AIDS Sociale-2000

Tali studi hanno l'obiettivo di:

- favorire lo scambio tra le varie organizzazioni;
- facilitare i percorsi di accesso ai servizi da parte degli immigrati;
- evitare eventuali rischi legati ad una disorganizzazione spesso causata dalla mancanza di collegamento tra strutture pubbliche e di volontariato;
- elaborare validi strumenti comuni di osservazione e di raccolta dei dati epidemiologici relativi agli eventi sanitari che riguardano la popolazione migrante.

Considerazioni

La conoscenza dell'andamento dei flussi migratori e del tipo di richieste di aiuto formulate può aiutare i servizi territoriali e le istituzioni a fornire risposte mirate ai "reali" bisogni di tali popolazioni, rendendo più efficaci gli interventi delle strutture socio-sanitarie.

La complessità di tale fenomeno richiede, però, la collaborazione di tutte le parti coinvolte (Istituzioni pubbliche, Organizzazioni non governative, Associazioni di volontariato). In tal senso il NFP italiano rappresenta un'esperienza innovativa in Europa dove i NFP sono prevalentemente rappresentati da singole organizzazioni governative, e non. La messa in rete di esperienze, risorse e competenze, direzione in cui si sta muovendo il gruppo italiano, può meglio tutelare gli immigrati e la comunità che li accoglie e favorire una più rapida e consapevole integrazione.

Componenti del National Focal Point italiano

(in ordine alfabetico):

Dott.^{ssa} Anna Colucci, Ricercatore Telefono Verde AIDS, Istituto Superiore di Sanità, Roma;
Sig.^{ra} Pia Covre, Responsabile Comitato per i Diritti delle Prostitute, Azzano (PD) - Italia;
Sig.^{ra} Anna D'Agostini, Segreteria Telefono Verde AIDS, Istituto Superiore di Sanità, Roma - Italia;
Dott. Pietro Gallo, Ricercatore Telefono Verde AIDS, Istituto Superiore di Sanità, Roma - Italia;
Dott. Salvatore Geraci, Responsabile Area Sanitaria, Caritas di Roma, Segretario Nazionale Società italiana Medicina delle Migrazione Italia;
Dott. Ottavio Latini, Collaboratore Serv.Med.Prev.delle Migrazioni del Turismo e Dermat.Tropicale, IRCCS S.Gallicano, Roma - Italia;
Dott.^{ssa} Anna Maria Luzi, Coordinatrice NFP italiano, Coordinatrice Telefono Verde AIDS, Istituto Superiore di Sanità, Roma - Italia;
Dott. Rodolfo Mayer, Collaboratore facoltà di Economia e Commercio, Università degli Studi "La Sapienza" di Roma;
Dott. Aldo Morrone, Direttore Serv. Med. Prev. delle Migrazioni del Turismo e Dermat.Tropicale, IRCCS S.Gallicano, Roma;
Dott. Nicola Petrosillo, Dirigente di I livello Centro di Rif. AIDS e Serv. Epidem.delle Malattie Infettive, IRCCS Spallanzani Roma - Italia;
Dott. Giovanni Rezza, Direttore del Reparto AIDS e Malattie Sessualmente Trasmesse, Istituto Superiore di Sanità, Roma;
Dott. Nicola Schinaia, Ricercatore Lab. Epidem.Biostat., Istituto Superiore di Sanità, Roma;
Dott.^{ssa} Laura Spizzichino, Psicologa Unità Operativa AIDS, ASL RME, Roma;
Dott. Stefano Volpicelli, Ricercatore LILA Centro Studi, Milano.

Bibliografia

AAVV. *"Immigrazione Dossier statistico '99"*. Caritas Diocesana di Roma con il contributo del Dipartimento Affari Sociali della Presidenza del Consiglio dei Ministri. Ed. Anterem 1999.

Agnoletto V., Rossi R., Volpicelli S. et al. *"Prevention strategies of HIV infection in the scholastic environment. Training of trainers for the education of adolescent"*. Abstract - The first international symposium on prevention of HIV/AIDS in mediterranean, Sarajevo, 13-17 september 1998.

Carballo M., Divino J.J., Zeric D. *"Migration and Health in the European Union"*. Tropical Medicine & International Health, 1998; 3 (12): 936-944.

Colucci A., Covre P., D'Agostini A., Gallo P., Geraci S., Luzi A.M., Mayer R., Morrone A., Petrosillo N., Spizzichino L., Volpicelli S. *"Immigration and health: The Italian situation"* Annali Ist. Super. Sanità, Vol. 1998; 34, n. 4:473-487.

Geraci S. (a cura di) *"Immigrazione e salute: un diritto di carta? Viaggio nella normativa internazionale, italiana e regionale"*. Edizioni. Anterem. Caritas di Roma 1996 Roma.

Geraci S. (a cura di) *"Approcci transculturali alla salute. Argomenti di medicina delle migrazioni"*. Edizioni Anterem. Caritas di Roma. 2000 Roma.

Hawkes S.J., Hart G.J. *"Travel, migration and HIV"*, AIDS Care, 1993, 5(2):202-214.

Luzi A.M. et al. *"Le popolazioni migranti e il counselling: un approccio transculturale"*. In: Il Counselling nell'infezione da HIV e nell'AIDS. A cura di Bellotti G.G. e Bellani M.L., MC Graw Hill 1997; 36: 633-637.

Luzi A.M. and the Italian NFP Working Group. *"The state of affairs in Europe on AIDS and STDs in migrants, ethnic "minorities and other mobile group"*. AIDS & Mobility European Commission. June 1998: 133-156.

Morrone A. *"Salute e società multiculturale"*, Cortina, Milano, 1995.

Morrone A. *"L'altra faccia di Gaia"*, Armando Editore, Roma, 1999.

Palmieri F., Pellicelli AM., Girardi., De Felici A.P., De Mori P., Petrosillo N., Ippolito G., *"Negative predictors of survival in HIV-infected patients with culture-confirmed pulmonary tuberculosis"*, Infection 1999; 27: 331-4.

Spizzichino L., Gattari P., Zaccarelli M., Venezia S., Rezza G. *"HIV infection among immigrants in Rome : Analysis of cross-sectional and follow-up data. The possible role of counselling in reducing risk behaviour"*, in AIDS Care AIDS Care, 1998, 10 (4): 473-480.

Spizzichino L., Gattari P., Zaccarelli M., Valenzi C., Casella P., Rezza G., Visco G. *"The municipal program for HIV-related harm reduction among immigrants from developing countries in Rome"*, presentazione orale 10th International Conference on AIDS, Yokohama, 1994, Vol.1:59 (abs. n.188D).

Suligoi B., Giuliani M. and the Migration Medicine Study Group, *"Sexually transmitted diseases among foreigners in Italy"* Epidemiol. Infect., 1997, 118, 235-241, UK.

Suligoi B., Giuliani M., Spizzichino L., Casella P., Zaccarelli M., Rezza G., Venezia S., Gattari P. *"HIV infection among foreign people involved in HIV-related risk activities and attending an HIV reference centre in Rome: the possible role of counselling in reducing risk behaviour"*. AIDS Care, 1998, 10 (4):473-480.

MEDICI CONTRO LA TORTURA

ANTEO DI NAPOLI

Medici contro la tortura, Amnesty International Roma

| |
|-----------------------------|
| COSA ABBIAMO FATTO NEL 1999 |
|-----------------------------|

Alle centinaia di uomini e donne vittime di tortura, visitate e curate in passato, si sono aggiunte oltre sessanta persone, uomini, donne e minori provenienti da diverse aree geopolitiche del mondo. Le forme di tortura generalmente riscontrate sono: percosse sulle piante dei piedi (tecnica di tortura tristemente nota come "falaka"), ustioni col fuoco e con la corrente elettrica, sospensioni al soffitto con gli arti legati, fratture delle ossa, violenza sessuale e tortura psicologica.

Sede legale e luogo d'incontro
per le vittime di tortura
in Via dei Mille, 6
00185 ROMA
presso Casa dei Diritti Sociali - FOCUS

Telefono e fax: 06-44702299
(mercoledì dalle 15 alle 21)

e-mail: medcontrotortura@hotmail.com

Associazione Umanitaria Medici Contro la Tortura

L'associazione umanitaria senza scopo di lucro "Medici contro la tortura" opera da oltre dieci anni per fornire assistenza medica, psicologica e sociale alle vittime di tortura provenienti da qualsiasi paese del mondo.

PERCHE'

Ci ha chiamato direttamente in causa la constatazione del coinvolgimento della medicina nella quotidiana violazione dei diritti umani, in termini di complicità con i carnefici e, all'opposto, di assistenza alle vittime di tortura. E' noto, purtroppo, che vi sono medici che impiegano in maniera aberrante le loro conoscenze mettendole al servizio non della persona, bensì di un regime nella lotta contro la dissidenza: medici che partecipano alle esecuzioni capitali, alla tortura, che non prestano le cure necessarie ai prigionieri; ed esistono, invece, medici che hanno costituito organizzazioni finalizzate a prestare alle vittime le cure di cui

necessitano per ricominciare il cammino della vita che la tortura ha così brutalmente spezzato. Oggi la tortura non ha più come fine prevalente quello di estorcere la confessione dell'interrogato, ma si propone l'annientamento della personalità della vittima; è una forma di violenza non confrontabile con alcuna esperienza traumatica, perchè quasi "incomunicabile", il che rende molto difficile e lento il superamento del trauma subito.

COSA FACCIAMO

Ci prendiamo cura delle vittime della tortura e di ogni altra forma di trattamento crudele, disumano o degradante, praticato in qualsiasi Paese del mondo, fornendo loro assistenza medica, psicologica e sociale.

Documentiamo e denunciando la realtà attuale della tortura, che, purtroppo, viene ancora praticata sistematicamente in molti paesi, anche se tutte le nazioni del mondo ufficialmente si dichiarano contrarie a tale pratica. Sensibilizziamo l'opinione pubblica, le forze sociali e quelle politiche sul problema delle vittime di tortura, perché si mettano in atto modalità di accoglienza, assistenza, cura ed inserimento adeguati alla sua gravità.

Ci proponiamo di costituire uno o più centri di accoglienza e di riabilitazione per le vittime della tortura, in un spirito di solidarietà fra cittadini, istituzioni ed organizzazioni culturali e sociali.

COME LAVORIAMO E CI FINANZIAMO

Lavoriamo in rete con gli operatori che prestano assistenza legale, quelli dei centri di accoglienza, delle associazioni di volontariato, dei servizi degli enti locali; collaboriamo con la Casa dei diritti sociali-FOCUS, il Centro Astalli del Jesuit Refugee Service, Amnesty International, il Consiglio Italiano per i Rifugiati, la Caritas Diocesana ed altre organizzazioni del volontariato. L'associazione "Medici contro la tortura" gestisce per conto della Rete "Radiè Resch" l'Operazione Dario Canale, per l'assistenza delle vittime di tortura che si trovano in Italia.

L'associazione "Medici contro la tortura" vive di contributi liberi.

DOVE SIAMO E CHI SIAMO

L'associazione "Medici contro la tortura" incontra le persone vittime di tortura, garantendo loro la dovuta riservatezza, presso la Casa dei Diritti Sociali, in via dei Mille n6, a Roma.

La cura delle vittime di tortura è affidata a medici, psicologi, odontoiatri, fisioterapisti.

**COLOMBIA:
"LA TRAGEDIA NASCOSTA"**

**GONZALO CASTRO CEDENO
Poliambulatorio CARITAS Roma**

*"La cosa peor que nos puede pasar
es olvidar nuestras raices campesinas"*

"Dimenticare le nostre radici contadine e la cosa peggiore che possa capitarci", con queste parole Lidda, colombiana, Ufficiale Tecnico della F.A.O., inizia a raccontarmi la tragedia colombiana degli ultimi 15 anni, una tragedia nascosta che si consuma giorno dopo giorno a scapito di una popolazione contadina minacciata, torturata; massacrata e infine sradicata dalla propria realtà territoriale, sociale e culturale e costretta a vagabondare per sopravvivere; E' questo il risultato di una vera e propria guerra civile che trascina il paese da anni che solo adesso, grazie alla denuncia della Chiesa, delle organizzazioni non governative, delle agenzie O.N.U. e di amnestiy international, emerge e trova riscontri presso i comitati per i diritti umani istituiti dal governo. La Tragedia della popolazione contadina assomiglia alle tragedie di altre popolazioni costrette all'abbandono del proprio contesto: la ex-Jugoslavia, la Sierra Leone, l'Uganda,

In 15 anni di conflitto circa 1.900.000 persone sono state sradicate dalla propria terra e costrette, per sopravvivere, ad occupare altre terre, ad allargare le periferie di grandi città, già di per se provate dal sovraffollamento, dalla mancanza di servizi primari, dalla carenza di opportunità di lavoro. Per i primi le prospettive di incontrare una situazione tranquilla hanno poca durata, le forze armate intervengono con tempestività su richiesta dei proprietari della terra o quando non interviene l'esercito ci pensano i gruppi paramilitari o le forze armate guerrigliere; per i secondi la vita si prospetta piena di difficoltà, p.e. l'inserimento in una comunità ai limiti della sopravvivenza.

Negli ultimi tempi la tendenza di tutti gli attori armati (guerriglie, paramilitari, forze armate) è di strumentalizzare a proprio vantaggio la situazione dei "**desplazados**" attribuendosi a vicenda le colpe dell'esodo continuo di popolazione contadina dalle zone di conflitto verso aree, al momento più rassicuranti. questo è il caso delle 288.127 persone costrette a fuggire durante il 1999 a causa di interventi diretti come minacce, intimidazioni, torture, violenze di ogni genere che culminano con l'eliminazione fisica di alcuni leaders contadini, o indiretti come gli scontri armati che vedono degenerare una situazione provata e a rischio per la popolazione civile.

E' necessario dare credito agli sforzi che negli ultimi mesi sia il governo colombiano, sia le guerriglie stanno facendo per portare su un tavolo di negoziati la situazione della popolazione sradicata insieme a soluzioni di pace duratura, chiesta con ogni mezzo da una popolazione stremata.

POPOLAZIONE SRADICATA NEGLI ULTIMI 15 ANNI

Le cause

In questo momento in Colombia si possono individuare diversi teatri di guerra irregolare con conseguenze drammatiche per la popolazione contadina. Nel Nord del paese prevale la presenza massiccia dell'ELN (esercito di liberazione nazionale, che conta circa 4-5.000 uomini) mentre nel centro sud prevale la presenza delle FARC (Forze armate rivoluzionarie colombiane, con circa 15-20.000 uomini, nate come gruppi non coordinati di autodifese contadine dopo il 1948 e costituite come FARC nel 1965. Prevalgono al nord del paese i gruppi paramilitari, impropriamente chiamate autodifese contadine, in apparenza combattute dalle forze armate colombiane ma in verità supportate dalle stesse. Per accelerare il processo di pace il governo ha concesso vaste zone smilitarizzate alle FARC nella regione del Cauca e all'ELN nelle regioni di Antioquia e Bolivar. Le forze armate contano una superiorità numerica di 10 a 1 contro la guerriglia ma sul piano strategico militare la superiorità delle forze armate viene meno ogni volta che i gruppi guerriglieri riescono a raggiungere postazioni militari; a questi gruppi bisogna aggiungere quelli sparsi mascherati da guerriglia o da autodifese ma che in realtà sono mercenari a servizio del narcotraffico con compiti di protezione delle coltivazioni illecite e i gruppi di delinquenti comuni alcune volte organizzati in bande armate senza richiami ideologici di nessun tipo.

Chi paga le conseguenze delle azioni dirette o indirette di questi attori armati è sicuramente la popolazione civile, soprattutto rurale, i contadini che si trovano al centro della mappa dove si verificano gli scontri armati. Sulla loro pelle vivono le azioni di rappresaglia di uno o altro gruppo, gli omicidi di presunti collaboratori di uno o altro gruppo a scopo intimidatorio, l'eliminazione fisica di presunti o reali parenti di guerriglieri o paramilitari, le azioni di convincimento e talvolta il reclutamento forzato di minori in una o l'altra fazione, le torture, gli stupri, le privazioni, la fame, lo smembramento delle famiglie, l'esodo forzato.

Vanno aggiunti come causa dello sradicamento territoriale della popolazione contadina, fonti americane stimano una cifra di circa 150.000 come conseguenza degli interventi aerei con diserbanti di vaste zone di coltivi illeciti con lo scopo di frenare la produzione di cocaina ed eroina, ma che hanno una ripercussione sulla popolazione costretta a cercare altre zone di coltivazione, contribuendo all'impoverimento delle foreste e al degrado ambientale. Questa soluzione in verità provoca solo danni alla popolazione contadina ma non raggiungerà lo scopo del governo in quanto l'acquisto di foglie di coca necessarie per la produzione di cocaina si farà in zone limitrofe o in Bolivia.

Conseguenze

Le azioni del governo in favore della popolazione sradicata sono state limitate e insufficienti, solo alcuni decreti legge per elargire fondi a monitorare la situazione. pochi sono i fondi destinati e vincolati a progetti in loro favore; al contrario molti segnali positivi arrivano dalla comunità internazionale che finanzia progetti mirati, coordinati da organizzazioni non governative o agenzie O.N.U., la creazione della Red de Solidariedad social, con lo scopo di monitorare la situazione ed individuare nelle singole regioni piani di intervento in favore della popolazione sradicata da parte del governo si è dimostrata insufficiente.

Le conseguenze dell'esodo forzato si hanno soprattutto nelle grandi città come Bogotá, Medellín, Cartagena, Cucuta, Cali, dove l'arrivo di tante persone stipati nei quartieri periferici incrementano una situazione di disagio e povertà al limite della sopportazione: quartieri senza

servizi igienici, senza copertura sanitaria dove la mancanza di opportunità di lavoro costringono molte persone ad arrangiarsi in lavori saltuari o in lavori domestici e alcune volte a ricorrere alla delinquenza o alla prostituzione. L'impatto con la popolazione stabilitasi prima è conflittuale e diventa una guerra tra poveri.

Prospettive

Nel mese di luglio si riunisce a Madrid la conferenza dei paesi donanti previsto dal governo Colombiano e presentato in un documento chiamato "Plan Colombia". Questo documento prevede una serie di interventi per la costruzione di una pace duratura, per la tutela dei diritti umani e la ricostruzione del tessuto sociale e culturale dei cittadini colombiani, per il rilancio dell'economia del paese, per la riconversione delle coltivazioni illecite, per la tutela dell'ambiente.

Il Plan Colombia fa un appello alla comunità internazionale perché supportino economicamente progetti di intervento propri o elaborati da agenzie O.N.U. o organizzazioni non governative che diano credibilità ad un processo di pace iniziato e che non può tornare indietro. Gli Stati Uniti, principale donante, facendo scudo sulla situazione della popolazione e richiamandosi ai diritti umani ha elargito al paese aiuti per svariati milioni di dollari mirati soprattutto all'incremento di armamenti sofisticati, all'addestramento delle truppe specializzate e al diserbamento delle zone coltivate a coca. Solo una piccola parte degli aiuti sono vincolate per la popolazione civile sradicata e per piani di protezione dell'ambiente.

UNTORI E UNTI NEL SUD DEL MONDO.

JOSÉ LUIS LEDESMA

Stampa estera in Italia - Palermo

Sono particolarmente felice di avere l'opportunità di prendere parte a questo seminario fondamentalmente per due motivi. Il primo è che ritengo che il tema sia di un'attualità tale da renderlo quasi imprescindibile; ed il secondo è che questi temi mi riguardano strettamente da un punto di vista storico, personale e professionale.

Entrambi gli aspetti sono, a mio parere, mirabilmente sintetizzati nel titolo stesso di questo convegno: "Untori ed unti"

Parole che suggeriscono diverse chiavi di lettura. Una prima è sicuramente quella letteraria per la quale mi sembra palese richiamo ai "Promessi sposi" inteso come un monito a non coltivare pregiudizi che rischiano di sconfinare dal campo della cattiva informazione a quello ben più insidioso della superstizione.

La seconda chiave di lettura risiede, invece, nella modalità in cui è espresso il messaggio: untori ed unti. Breve, schietto, forte. Come se si volesse esortare la gente a parlare senza mezzi termini, in modo da costruire delle basi teoriche per un approccio comportamentale corretto, per un futuro che non ci proponga tragici ricorsi storici.

Untori ed unti quindi.

Io sono Argentino e ormai da 20 anni vivo fuori dal mio Paese. Tengo a precisare che non sono un rifugiato politico; ho vissuto in prima persona gli accadimenti politici degli anni 70, è vero, ma non sono fuggito; allora lavoravo presso il Ministero della Difesa. Ho solo seguito, dal 1978, la mia professione di giornalista di immagini.

Ho detto tutto questo per un motivo ben preciso: io non credo, durante questo intervento, di poter prescindere da una premessa storica, in quanto ogni cultura è formata e talvolta deformata dalla propria storia; ma voglio solo creare un anello di congiunzione il più obbiettivo possibile tra il popolo sudamericano com'è oggi ed il suo passato.

Il 26 marzo 1976, giorno del colpo di Stato, la macchina della morte predisposta dalle Forze armate argentine, costruendo la sua ideologia a servizio delle grandi multinazionali, determinò la distruzione d'ogni forma di opposizione, e così migliaia di persone, dissidenti politici come civili senza alcun legame con l'attività politica, sparirono senza lasciare traccia.

"Desaparecidos" è il termine spagnolo che letteralmente significa scomparsi, ma per migliaia di famiglie argentine questa parola vuol dire solamente disperazione.

Da quel momento sparirono nel nulla, senza lasciare traccia studenti, operai, professionisti, intellettuali, giornalisti, scrittori ed anche religiosi.

A Buenos Aires, e in tutto il Paese, non c'era notizia né voce di quanto stava accadendo. La maggioranza dei sequestri avveniva di notte. «Comandi armati sfondavano i portoni, terrorizzavano genitori e bambini, li imbavagliavano, colpivano selvaggiamente il ricercato, lo incappucciavano, lo trascinarono sulle auto spesso senza targa o su camion, portando via tutto ciò che gli apparteneva. Per i comandi era una sorta di bottino di guerra.»

Le prigioniere incinte erano tenute in vita fino al parto per essere assassinate subito dopo; il destino dei neonati era quello di essere affidati per lo più a militari sposati e senza figli.

Quando nei cimiteri non c'era più spazio per sepolture clandestine, per far sparire per sempre i desaparecidos si passava ad altra modalità: atroce. I condannati a morte venivano caricati di notte su aerei militari, storditi con i sonniferi e gettati dall'alto nelle acque del Rio de la Plata.

Fino al 1980 la giunta militare presieduta da Videla procede indisturbata nei massacri, tra silenzi e complicità, interni e internazionali. Tacciono stampa e televisione, come pure

Gli Stati Uniti, preoccupati in misura eccessiva di preservare l'assetto politico dell'area. A questi silenzi si aggiunsero quelli di Mosca, che aveva bisogno del grano argentino. E quelli dell'Italia, (nonostante fossero sparite alcune centinaia di italiani e figli di italiani).

Saliva al potere il generale Galtieri che annunciava la vergognosa avventura delle Falkland-Malvinas concepita su una serie di presupposti sbagliati, che avrebbe dovuto recuperare consensi e rilanciare la dittatura: ne anticiperà invece la fine. A quel punto la Gran Bretagna reagisce e invia navi, uomini e aerei nel Sud dell'Atlantico per rioccupare l'arcipelago. Gli Stati Uniti aiutano gli inglesi, loro alleati storici, il Cile di Pinochet volta subito le spalle all'Argentina e ospita nelle sue basi mezzi bellici inglesi.

Dopo la resa incondizionata dell'Argentina nel 14 giugno 1982, cade il presidente generale Galtieri, nel 1983 si torna a votare.

In Argentina ci si sente felici come se ci si fosse svegliati da un brutto incubo, ma così non è, perché è impossibile cancellare le ferite inferte alla popolazione ed è difficile sopprimere completamente tutti quei focolai mai del tutto spenti di fazioni che ancora oggi inneggiano al ritorno delle dittature in Sudamerica.

Non stiamo parlando di faziose supposizioni, ma di rischi reali.

Non è un mistero per nessuno che Fujimori, presidente Peruviano, eletto nel 1985, per vincere le ultime elezioni sia stato e sia ancora appoggiato in modo discutibilmente lecito dal capo dei servizi segreti. È noto, infatti, come questo moderno "Rasputin" abbia manipolato giudici, spiato esponenti dell'opposizione, comprato i mass-media e quant'altro fosse in suo potere per portare alla vittoria "el Chino" (il Cinese) (come preferisce essere chiamato Fujimori). Non basta, in qualità di avvocato ha, in passato, difeso noti trafficanti di cocaina ed un giornale dell'opposizione ha scoperto che negli ultimi anni ha accumulato un reddito annuo di due milioni di dollari, alimentando così i sospetti di collusione col narcotraffico.

Ed ecco che torna tragicamente sulle labbra una parola che preferiremmo non sentire: collusione. Una parola che, qualunque sia il contesto in cui venga pronunciata, fa pensare alla corruzione, alla legalizzazione di tutto quel che è marcio all'interno delle società.

Queste sono le precondizioni da cui muove e matura il disagio psicologico di un emigrante o immigrato sudamericano che genera poi una grande sfiducia nelle istituzioni alimentata dalla convinzione che in uno Stato democratico un esercito o dei servizi segreti che, pur esistendo, non servano a garantire ordine e sicurezza alla popolazione. Questo però a patto che tali istituzioni non siano soggiogate ad un potere dittatoriale e malato in grado di asservire al benessere di pochi la vita, il lavoro, gli affetti, la dignità di un'intera Nazione.

Quando oggi io mi reco in Argentina a visitare i miei genitori, tutto è diverso, per le strade non si respira più il clima di terrore degli anni 70, ma purtroppo non si respira nemmeno un'aria di distensione e piena libertà. La libertà, infatti, non viene solamente dalla possibilità di voto democratico, ma da tutto un insieme di fattori che esaltano la cultura e le tradizioni di un popolo. L'Argentina ha avuto la democrazia, ma a quale prezzo?

Può oggi il Sudamerica ritenersi completamente libero da ogni tipo di influenza politica? Consumismo estremo, vita frenetica e costosa, perdita dei valori, caos.

Ed ancora: possiamo credere che l'Argentina sia completamente ignara ed al di fuori di tutto ciò che avviene proprio alle porte di casa sua?

È forse meno orrendo del fenomeno “desaparecidos” il commercio di organi che si è radicato tra la miseria delle favelas brasiliane? E forse meno deprecabile? O piuttosto il mondo necessita di almeno un secolo per metabolizzare questi orrori e punirli. Questo nella migliore delle ipotesi. Il Cile ci insegna che il sussistere di un grave reato e l'accertamento dello stesso non sono condizioni sufficienti all'inflizione di una pena.

Il caso Pinochet è, a parere di molti, simbolo del peggiore revisionismo storico.

Molti degli intervenuti a questo convegno sanno cosa significhi l'espressione “medici senza frontiere”, ma probabilmente non tutti conoscono il senso di un'altra espressione “assassini senza frontiere” nata all'interno di un micidiale piano di morte: il cosiddetto piano “Condor”, frutto di un'organizzazione di killers transoceanici che seguiva le proprie “vittime”, gli uomini dell'opposizione, in tutto il mondo coperti dall'omertà e spalleggiati da una complessa struttura di servizi segreti paralleli operanti tra Brasile, Bolivia, Uruguay, Paraguay, Argentina e Cile, coordinati proprio da lui: Augusto Pinochet.

Lui oggi è libero, i suoi uomini del terrore sono liberi, coperti da un ferreo patto di silenzio che garantisce loro l'impunità.

Forse in fondo il vero problema non è che quest'uomo e i suoi proseliti non siano giudicati da un tribunale, ma il fatto che una forza internazionale non è ancora una volta riuscita a porre i diritti umani a fondamento di ogni etica politica.

Per finire tengo a precisare che queste mie parole non vogliono sfondare le barriere politiche né di destra né di sinistra, sono solamente espressione della necessità di ciascun uomo di mantenere intatta, ancor prima di ogni ideologia, di ogni bisogno economico, di ogni prospettiva futura, la propria dignità!

Una dignità che può essere favorita dallo sviluppo di una coscienza dei disagi psicologici dell'immigrazione e può parimenti essere stimolata proprio da coloro che valutano il problema da un punto di vista medico-scientifico.

Ecco in cosa risiede, a mio parere, il “vero” che questa VI consensus conference ricerca nella multiculturalità: è il valore che deve essere difeso e perseguito nel rispetto della dignità di ognuno.

Cosa ne sarà di queste nostre parole?

Potrebbero cadere come poche piccole gocce nell'oceano, ma non dimentichiamo: il grande oceano è fatto di tante piccole gocce.

TUBERCOLOSI E MIGRAZIONE

EL HAMAD I., CASALINI C., CASTELLI F.
Clinica di Malattie Infettive e Tropicali, Università di Brescia

Cenni di epidemiologia generale

La diminuzione della incidenza dei casi di tubercolosi osservata negli anni ottanta sia negli Stati Uniti che in numerosi paesi europei (Austria, Italia, Danimarca, Olanda, Irlanda, Norvegia e Svizzera) ha subito una brusca interruzione con inversione della tendenza epidemiologica negli anni novanta (Raviglione et al, 1993).

Nei Paesi in via di sviluppo (PVS), la recente urbanizzazione di massa, i conflitti sociali e la povertà dilagante determinano la persistenza di elevati livelli di endemia tubercolare: in effetti si concentrano in questi paesi il 95% e 99% di tutti i casi di malattia e morte rispettivamente a livello mondiale (Dolin, 1994). L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) calcola che nel periodo 1990 - 1999 si sono verificati nel mondo 88 milioni di nuovi casi di tubercolosi e 30 milioni di decessi, gran parte dei quali nei PVS. Su scala mondiale l'incidenza annuale di tubercolosi è salita da 143 nel 1990 a 163/100,000 abitanti nel 2000 (Dolin et al, 1994).

Caratteristiche della tubercolosi nel migrante

Gli immigrati da Paesi ad alta endemia, rappresentano, nei Paesi occidentali, un ben definito gruppo di popolazione ad elevato rischio di malattia tubercolare. L'incidenza della tubercolosi in tali soggetti risulta da 2 a 25 volte maggiore che nella popolazione autoctona e si attesta generalmente sui livelli propri del Paese di origine (EL Hamad, 1998).

Dal 1993 la Regione Lombardia ha istituito un sistema di sorveglianza regionale di tale patologia, che ha evidenziato come gli immigrati siano l'unica quota di popolazione in cui persiste la tendenza all'incremento dell'incidenza tubercolare soprattutto nei primi 5 anni successivi all'arrivo nel Paese ospite.

I dati di prevalenza di cutipositività alla tubercolina, indice di pregressa infezione, sono generalmente elevati in immigrati nel momento dell'arrivo nel Paese ospite (CDC, 1990); (EL Hamad, 1990). Sulla base di questi dati si ipotizza che lo sviluppo di malattia sia conseguenza, nella maggior parte dei casi, di riattivazione di pregresse infezioni allo stato latente (SJTC, 1990). Considerando che la maggior parte degli episodi di malattia si manifesta precocemente, si ipotizza il ruolo primario delle precarie condizioni socio-economiche di vita particolarmente sfavorevoli nel primo periodo di migrazione. Oltre ai cofattori di natura socio-comportamentale (emarginazione, condizioni abitative poco igieniche, alcolismo e tossicodipendenza) va considerata l'esistenza di una continua situazione di stress emotivo che può giocare un ruolo favorente la riattivazione dell'infezione tubercolare. Non può tuttavia essere trascurata l'ipotesi che una minoranza dei casi sia dovuta a trasmissione intracomunitaria a partenza da casi bacilliferi, soprattutto in condizioni di sovraffollamento. In uno studio condotto in una comunità circoscritta di immigrati senegalesi a Brescia, i tassi di incidenza tubercolare in soggetti inizialmente tubercolino-positivi sono risultati simili a quelli di soggetti tubercolini-negativi. Questa osservazione suggerisce una pari importanza, almeno nelle condizioni abitative della

comunità studiata, delle forme di riattivazione e delle forme primarie di malattia conseguenti all'elevata circolazione di *M.tuberculosis* (Scolari et al, 1997).

Dal punto di vista sintomatologico, la tubercolosi non presenta nel soggetto immigrato differenze significative rispetto ai pazienti autoctoni fatta salva una maggiore incidenza di forme extrapolmonare. Tuttavia la presentazione radiologica dei casi di tubercolosi polmonare è caratterizzata, fra gli immigrati, da una maggior frequenza di forme cavitare che si associa, quindi, ad una maggior proporzione di forme bacillifere (Ferliz, 1988).

Il tasso di positività alla ricerca diretta dei bacilli alcol acido resistenti nell'espettorato presso l'ospedale di Sondalo è risultata pari al 52%, rispetto a valori generalmente inferiori al 50% fra gli autoctoni (Carvalho et al, 1994). Poiché le forme extrapolmonari non determinano alcun rischio di trasmissione, la contagiosità della tubercolosi nel soggetto immigrato non appare nel complesso aumentata. Fra le localizzazioni extrapolmonari sono particolarmente frequenti quelle linfonodali superficiali e profonde, sebbene possano essere coinvolte praticamente tutte le sedi, in particolare il sistema osseo, epato-splenico e cerebrale (Besozzi, 1993).

La prevalenza di ceppi resistenti all'isoniazide e streptomina è più elevata in soggetti immigrati rispetto ai pazienti autoctoni. In uno studio condotto negli Stati Uniti fra il 1993 ed il 1996, sulla sorveglianza della tubercolosi, i tassi di resistenza all'isoniazide erano più alti fra soggetti provenienti da Vietnam (18.3%) e Filippine (14.7%) rispetto agli autoctoni (6.4%) (MMWR, 1998).

I livelli di resistenza a isoniazide e rifampicina (MDR) nei due gruppi di immigrati è risultato pari al 2.1%, sovrapponibile a quello dei soggetti americani (2.0%) (MMWR, 1998).

In uno studio comparativo la prevalenza di ceppi resistenti a isoniazide, streptomina e rifampicina era pari a 8%, 5% e 8% in residenti statunitensi rispetto a 39%, 29% e 19% in soggetti immigrati (Barnes, 1987). In una casistica di tubercolosi in Italia, il 28% degli isolati da soggetti immigrati era resistente ad almeno un farmaco e l'1,6% era multiresistente (Carvalho et al, 1994). E' probabile che il fattore principale di selezione di resistenze nel soggetto immigrato sia la ridotta aderenza o l'inappropriata prescrizione della terapia antitubercolare (incongrua scelta del regime farmacologico, oppure del dosaggio o della durata della somministrazione) (Globe et al, 1993).

Il rischio di diffusione della malattia alla popolazione locale a partenza di casi di tubercolosi aperta tra gli immigrati appare ridimensionato dai risultati di alcuni studi di biologia molecolare.

Da uno studio effettuato a Brescia sulle dinamiche della trasmissione della tubercolosi, sono stati studiati 169 casi di tubercolosi fra immigrati ed autoctoni, residenti in tre diverse aree: una numerosa comunità di senegalesi (A), l'area comunale bresciana (B) ed i residenti nella provincia (C). Mediante la tecnica di *Restriction Fragment Length Polymorphism* (RFLP), sono stati identificati 49 soggetti (23%) aggregati in cluster clonale in solo 9 dei quali erano compresi pazienti migranti ed autoctoni (cluster misti). Non si è avuta dunque evidenza di un incremento della probabilità di formazione di cluster misti per gli italiani residenti in aree limitrofe a quelle di residenza dei senegalesi.

Controllo della tubercolosi nel migrante

Poiché è riconosciuta l'elevata incidenza della tubercolosi in soggetti immigrati da Paesi ad alta endemia tubercolare, il controllo della tubercolosi deve prevedere l'adozione di efficaci strategie specifiche per questo gruppo di popolazione. Gli interventi di ricerca attiva dei casi possono, nella maggioranza delle situazioni, essere limitate agli immigrati giunti da meno di 5 anni nel Paese ospite. Le strategie comprendono, innanzitutto, lo *screening* e terapia dei casi di malattia (bacilliferi e non contagiosi). In secondo luogo può essere considerata la possibilità dell'identificazione dei soggetti con infezione latente cui prescrivere la terapia preventiva.

Qualora venga identificato un caso di malattia attiva, il trattamento della tubercolosi attiva deve essere attuato sulla base di regimi standardizzati. A causa della maggiore prevalenza di ceppi di *M. tuberculosis* resistenti ad uno o più antitubercolari in soggetti immigrati, appare giustificato l'impiego di quattro farmaci (rifampicina, isoniazide, pirazinamide ed etambutolo) nella fase iniziale di trattamento della durata di 2 mesi. La terapia dovrebbe poi essere prolungata, in genere, con 2 farmaci (rifampicina e isoniazide), per ulteriori 4 mesi. In presenza di ceppi resistenti a rifampicina e/o isoniazide il trattamento dovrebbe essere protrato, complessivamente, per almeno 18 mesi.

Il depistaggio dell'infezione latente viene eseguito mediante introduzione intradermica di 5 UI di tubercolina e lettura a 72 ore dell'eventuale diametro di infiltrato. La terapia preventiva, o chemioprolassi, è indicata per i soggetti di età inferiore a 35 anni non epatopatici e cutipositivi al test tubercolinico, con diametro di indurimento di almeno 10 mm. L'isoniazide rimane tuttora il farmaco di elezione alla dose di 300 mg al dì per un periodo di 6 mesi. Il limite maggiore della chemioprolassi con isoniazide è costituita dalla ridotta compliance dei pazienti, con elevati tassi di interruzione del trattamento.

In uno studio prospettico multicentrico condotto a Brescia e Torino su 993 migranti, 387 (3959 sono risultati eligibili per la profilassi (Mantoux > 10mm). Dei 208 (53%) immigrati con infezione latente arruolati e randomizzati in tre bracci di profilassi antitubercolare (INH 300/die/6 mesi autosomministrato, INH 900/x2w/6 mesi autosomministrato e INH 900/x2w/6 mesi supervisionato presso il Centro sanitario di riferimento), solo il 23% (48/208) è risultato aderente alla terapia. In particolare, nel braccio standard (INH 300/die autosomministrato) l'aderenza al trattamento è risultata pari al 41% (22/53), mentre nei restanti due schemi di chemioprolassi (INH 900/x2w) si sono registrati valori inferiori, pari al 26% (19/73) per il braccio autosomministrato e solo al 7% (6/82) per quello supervisionato. E' tuttavia da notare che tali proporzioni, calcolate sul numero dei soggetti che hanno iniziato il protocollo profilattico, sono ulteriormente ridotte qualora si consideri più correttamente come denominatore il numero dei soggetti screenati e ritenuti eligibili.

La ridotta *compliance* allo *screening*, alla terapia e alla chemioprolassi rappresenta il maggiore ostacolo al controllo della tubercolosi nelle minoranze etniche e nei migranti in generale. Fra i fattori determinanti vanno annoverate sia l'elevata mobilità degli individui che le difficoltà di comunicazione con gli operatori sanitari in tema della natura della malattia. Le barriere culturali e linguistiche sembrano giocare un ruolo particolarmente importante nei confronti di una patologia come la tubercolosi, che richiede trattamenti di lunga durata in soggetti spesso asintomatici. In altri casi gli immigrati possono sfuggire ai sistemi di sorveglianza per il timore di essere espulsi dal paese (Spinaci, 1990). Infine, l'accesso stesso di una consistente proporzione di soggetti immigrati, quelli clandestini, ai servizi sanitari pubblici preventivi o curativi, è quasi sempre del tutto inesistente. E' auspicabile la definizione di un'appropriata legislazione sulle attività di screening, terapia e prevenzione, che possa, al tempo stesso, tutelare i diritti della comunità e prevenire possibili discriminazioni nei soggetti immigrati. E' prevedibile che tali attività comportino costi non trascurabili per l'amministrazione

pubblica; tuttavia esse rispondono all'esigenza di garantire una equa assistenza sanitaria a tutte le frange di popolazione, iniziando dai gruppi svantaggiati ed esposti ad un rischio maggiore.

Bibliografia

1. Barnes P. F. The influence of epidemiologic factors on drug resistance rates in tuberculosis. *Am Rev Respir Dis*, 1987, **136**: 325-328
2. Besozzi G., Codecasa L.r., Di Pisa G., De Lorenzi S., Dagasso S., Bertolotti R., Matteucci G., Bacchetti M., Parravicini M., Viaggiani G. Tubercolosi e immigrazione. In: Tubercolosi, Di Pisa G. Editore, 1993: 247-252
3. Carvalho A.C.C., Signorini L., Castelli F., Carosi G., Parravicini M., Di Lorenzo S., Di Pisa G. Migration medicine: the challenge of tuberculosis. *Chest*, 1994, **105**: 1911
4. Center for Disease Control and Prevention. Drug resistance among indochinese refugees with tuberculosis. *MMWR*, 1981, **32**: 273-275
5. Center for Disease Control and Prevention. Screening for tuberculosis infection in high risk population and the use of preventive therapy for tuberculosis infection in the USA: Raccomandations of the ACET. *MMWR*, 1990, **38 RR-8**: 1-12
6. Center for Disease Control and Prevention. Tuberculosis morbidity in the USA, 1991. *MMWR*, 1992, **42**: 240
7. Glancy L., Rieder H.L., Enarson D.A., Spinaci S. Tuberculosis elimination in the countries of Europe and other industrialized countries. *Eur Respir J*, 1991, **4**: 1288-1295
8. Codecasa L., Sassari A., Besozzi G., Mantellini P. Tubercolosi e immigrazione in Italia: stato attuale e prospettive future. Atti de II Convegno Aspetti sanitari dell'immigrazione Extracomunitaria, Treviso, 1992
9. Dolin P.J., Raviglione M., Kochi A. Global tuberculosis incidence and mortality during 1990-2000. *Bull WHO*, 1994, **72**: 312-320
10. El Hamad I., Moioli R., Forleo M., Nava A., De Leonardis C., Tirinato A., Quaresmoni G., Carosi G. Prevalenza dell'infezione tubercolare in una comunità di immigrati extracomunitari senegalesi a Brescia. *Med Trop Cooper Svilup*, 1992, **8**: 37
11. Enarson D.A., Fanning E.A., Allen E. Case finding in the elimination plan of tuberculosis: high risk group in epidemiology and clinical practice. *Bull IUATLD*, 1990, **65**: 73-74
12. Ferliz R. Antituberculous measures for displaced persons in the Federal Republic of Germany. *Bull IUATLD*, 1988, **63**: 27-28
13. Globe M., Iseman M.D., Madsen L., White D., Ackerson L., Hourburgh C.R. Treatment of 171 patients with pulmonary tuberculosis resistant to isoniazid and rifampin, *N Engl J Med*, 1993, **328**: 527-532
14. Matteelli A., El Hamad I. Asylum seekers and clandestine populations. In: Crossing borders. *Migration, ethnicity and AIDS*, Haour-Knipe M. & Rector R. Eds, Taylor and Francis, 1996
15. MMWR, Recommendations for prevention and control of tuberculosis among foreign-born persons, september 18, vol.47, n. RR-16, 1998
16. Morris K. WHO seens DOTS,. *Lancet*, 1997, **349**: 857
17. Nolan C.M., Elarth A.M. Tuberculosis in cohort of a South East Asia refugees. A 5 years surveillance study, *Am Rev Respir Dis*, 1988, **137**: 805-809
18. Raviglione M., Sudre P., Rieder H., Spinaci S., Kochi A. Secular trend of tuberculosis in western Europe. *Bull WHO*, 1993, **71**: 297-306
19. Scolari C., El Hamad I., Matteelli A., Signorini L., Bombana E., Moioli R., De Leonardis C., Nava A. Carosi G. Prevalenza ed incidenza di infezione e malattia tubercolare in una comunità di immigrati senegalesi. Atti del XXIX Congresso Nazionale Malattie Infettive e Parassitarie, Sassari, 1997
20. Spinaci S., Aronson B. Towards policy regulations for TB prevention and control in migrant populations. *Sem Intern Organiz Migr*, 1990, **1.7**: 1-12
21. Sub Committe of Joint Tuberculosis Committee of the British Thoracic Society (SJTC). Control and prevention of tuberculosis in Britain; un update code of practice. *Br Med J*, 1990, **300**: 995-999

**VER SACRUM E IUS MIGRATIONIS:
RIFLESSIONI STORICHE SULLE MIGRAZIONI**

LUIGI FRIGHI
Presidente SIMM - Roma

La descrizione del *Ver Sacrum* presuppone qualche accenno alla preistoria dei popoli italici. Poiché non possiedo la competenza di studioso della storia che sarebbe necessaria per privilegiare determinate ipotesi a scapito di altre, mi limiterò a esporre quella che mi è risultata maggiormente comprensibile tra le diverse espunte dai testi.

In base all'ipotesi prescelta e in modo abbastanza semplicistico, le lingue italiche possono venire distinte in latine e osco-umbre, entrambe di origine indoeuropea, introdotte in Italia, nell'età del bronzo, da popolazioni giunte nella penisola, secondo alcuni provenienti dal nord, attraverso le Alpi e, secondo altri, dall'Adriatico.

Per semplificare ancor più il discorso, mi rifaccio a un'ipotesi, oggi molto criticata, secondo cui una linea "Roma-Rimini" avrebbe separato i latini ad occidente dagli osco-umbri situati più ad est.

Le popolazioni che parlavano la lingua osca erano identificate come Sabelli (nome che altri studiosi fanno derivare dai Sabini).

Comunque sia, le tribù dei Sabelli che divennero nemici dichiarati e maggiormente pericolosi per i romani furono quelli che abitavano nella regione da loro chiamata Safinim e in seguito nominata Samnium dai romani.

Le guerre sannitiche furono parte integrante della storia romana dal IV al I secolo avanti Cristo. Il rituale religioso che va sotto il nome di *Ver Sacrum* o Primavera Sacra si riferisce a un periodo preistorico e, secondo la tradizione descritta dagli scrittori antichi, costituiva l'evento che spingeva i popoli di lingua osca a inoltrarsi sempre più lungo gli Appennini, discendendo periodicamente alle pianure di entrambi i versanti.

Dal canto loro, i Sanniti si erano da tempo immemorabile serviti delle migrazioni promosse dal *Ver Sacrum* per alleggerire la pressione della sovrappopolazione sulle loro terre e si erano così riversati nelle regioni limitrofe, sconfinando nel Piceno, nelle terre dei Frentani, nell'Apulia settentrionale e la Campania.

Il *Ver Sacrum* sabello, o per metonimia sannitico, è stato descritto da Strabone, storico e geografo greco vissuto, nel I secolo avanti Cristo, ad Alessandria e successivamente a Roma. Quanto da lui descritto, l'ho desunto non direttamente alla fonte, ma da quanto riportato da un libro dello storico canadese Salmon, un "classico" su il Sannio e i Sanniti, e da quanto pubblicato sull'argomento nella Guida alla Mostra dell'Italia dei Sanniti, promossa dalla Sovrintendenza

archeologica di Roma e aperta nel gennaio scorso.

Narra dunque Strabone che per vincere una battaglia, allontanare un pericolo o porre fine ad una calamità naturale o un'epidemia, i Sabelli promettevano di sacrificare a Mamerte (il dio Marte dei Romani) tutto ciò che fosse nato nella primavera successiva. In quel periodo venivano infatti immolati parte degli animali (dato che si trattava di popolazioni essenzialmente dedite alla pastorizia) e il resto veniva consacrato per probabili ulteriori sacrifici.

In particolari circostanze di carestia e di esiziali calamità, si avanzò l'idea che occorresse consacrare a Marte anche i figli nati durante l'anno che non venivano immolati, bensì lasciati crescere come *sacratì*.

In altri termini, poiché erano stati consacrati al dio Marte, una volta raggiunta l'età adulta, avevano l'obbligo di lasciare le loro tribù e cercare nuovi boschi e pascoli sotto la guida di un animale sacro alla divinità.

La meta finale di questi spostamenti era quindi indicata dai movimenti di un animale totemico per cui gli Irpini e i Lucani seguivano un lupo, i Piceni un picchio (uccello famoso per le sue qualità augurali), i Sanniti un toro, soprattutto quelli che, guidati dal *dux Samnitium*, un certo Como Castronio, seguendo il bos fecero di Boviano la loro capitale.

Narra Strabone; 'poichè il toro si fermò a dormire nelle terre degli Opici (che vivevano in villaggi) li scacciarono, si stabilirono sul posto e sacrificarono il toro, secondo le indicazioni degli indovini, a Marte che lo aveva dato come guida". (2)

L'origine remota di tale pratica si può forse ricercare in qualche cerimonia connessa con la transumanza stagionale delle greggi.

E' probabile che non si facesse ricorso a un animale sacro, ma che gli emigranti marciassero sotto un vessillo sul quale l'animale era raffigurato.

In ogni caso, è chiaro che i veri motivi per celebrare i *Ver Sacrum* erano la sovrappopolazione o gli squilibri socio-economici determinati da eventi imprevedibili, come carestie, guerre, ecc. Alla base, ovviamente, l'elemento più importante era dato dal forte sentimento religioso che avevano i Sanniti, al pari dei Sabini, di cui la tradizione riporta la formalizzazione della religione nella Roma arcaica ad opera, per l'appunto di un sabino, il re Numa.

Il *Ver Sacrum* testimonia la loro serietà nell'adempiere gli obblighi assunti durante un rito religioso.

Per un popolo le cui riserve si limitavano alla pastorizia e all'agricoltura, dedicare a un dio tutti i prodotti di una certa primavera, costituiva un atto di dedizione suprema e la grande espansione sabella indica come per loro il *Ver Sacrum* non fosse una pura formalità, né comportasse un'offerta semplicemente simbolica.

Il dio cui i Sanniti erano particolarmente devoti era Marte e le tribù sabelle avevano una spiccata tendenza ad assumerne il nome, come provano gli eponimi dei Mamertini, dei Marsi e dei Marrucini.

Marte o Mamerte era in primo luogo un dio della guerra e dell'agricoltura, connesso con la primavera e la fecondità e, inoltre, impersonava le attività della giovinezza.

Forse, fu grazie ai Sanniti, che la sua immagine guerriera finì con il prevalere. C'è da dire che la pietas dei Sanniti comportava ugualmente importanti implicazioni contrattuali, dato che sembra probabile che i rapporti tra i Sanniti e le loro divinità si svolgessero sulla base del "do ut des". Anche l'usanza del *Ver Sacrum* costituisce una dimostrazione della loro inclinazione verso il principio del *votum* in cui predomina l'idea di uno scambio di favori. D'altro canto, i Sanniti hanno dimostrato con le loro migrazioni, a fortiori, di aver tenuto fede ai loro voti.

Dopo le notizie fornite sul *Ver Sacrum*, passo ad occuparmi dell'argomento relativo al *ius migrationis* romano, avvalendomi, in questo caso, di quanto riportato dallo studioso Umberto Laffi, autore del capitolo: Il sistema di alleanze italico, inserito nel volume *Storia di Roma*, edito da Einaudi.

La legge pertinente al *ius migrandi*, che non si sa quando sia stata approvata, doveva riguardare tutti i federati latini e quelle comunità italiche cui il *ius migrationis* era stato concesso con provvedimenti specifici, come riferisce Livio: "lex sacris ac nominis Latini, qui stirpem ex sese domi relinquerent, dabat, ut cives Romani fierent".

Nell'arco di quindici anni, alla fine del II secolo a. C., Roma dovette fronteggiare un'immigrazione, in parte illegale, di Latini e di Italici, talmente vasta da indurre, nel 187 a. C., i rappresentanti di numerosi stati latini a portarsi a Roma al fine di lamentarsi di fronte al senato del gran numero di loro concittadini che erano emigrati e si erano fatti censire in città.

Il pretore al quale il Senato affidò l'inchiesta ricevette l'ordine di rimpatriare chiunque, sulla base di documenti censuali locali, fosse risultato censito, lui stesso o suo padre, nelle rispettive comunità di origine, a partire dal 204 a....

L'inchiesta, sempre secondo Livio, portò all'espulsione di ben 12.000 latini.

Un provvedimento così drastico e in più con effetto retroattivo, poteva apparire come una violazione del *ius migrandi*, tuttavia Roma, in questo caso, non risultava del tutto responsabile, dal momento che la richiesta di rimpatrio proveniva dalle autorità locali, rappresentanti delle classi dirigenti delle città latine.

D'altra parte, la politica del Senato romano era ugualmente interessata a salvaguardare la consistenza demografica e quindi la stabilità degli stati alleati.

L'espulsione degli immigrati non produsse, tuttavia, i risultati auspicati, dato che 10 anni dopo, nel 177 a. C., il governo romano fu costretto, sempre secondo Livio, a emanare nuovamente provvedimenti di questo genere.

Questi ultimi si rivelarono ancora più restrittivi dei primi perché contemplavano un'indagine, affidata ai magistrati, sugli illeciti denunciati ancora una volta dagli alleati che, in sostanza, si lamentavano oltre che del notevole fenomeno emigratorio manifestatosi nei loro territori, delle frodi connesse al fine di ottenere un mutamento di cittadinanza.

Infatti, una legge aggiuntiva al *ius migrationis*, anch'essa di incerta datazione, imponeva a chi volesse conseguire legittimamente la cittadinanza romana, di lasciare nella comunità di origine una discendenza maschile.

Tale legge veniva fraudolentemente disattesa secondo due modalità principali, di cui l'una consisteva nell'alienare il figlio lasciato in patria a un cittadino romano con l'accordo che questi poi, attraverso il procedimento della manomissione, lo rendesse libero.

L'altro modo di evadere la legge consisteva nel fatto che l'emigrante senza un figlio da lasciare in patria, ricorreva all'espedito di adottare un suo concittadino come figlio.

In base a quanto appurato nell'inchiesta, nell'anno 177 a. C. furono espulsi da Roma, indiscriminatamente ed entro una data precisa, tutti coloro che erano stati censiti o i cui genitori risultavano censiti nella propria comunità d'origine, a cominciare dal 189 a.C.

La severità di questi provvedimenti ancora una volta si dimostrò incapace di frenare non solo l'immigrazione, ma anche le frodi ad essa relative, tanto che, nel 173 a. C., uno dei consoli emanò un nuovo editto che ordinava che non fossero censiti in Roma proprio quegli immigrati che, in realtà, avrebbero dovuto lasciare la città quattro anni prima.

Dopo la descrizione del *Ver Sacrum* e delle vicissitudini legate al *ius migrationis* romano, viene

spontaneo chiedersi come eventi storici di epoche tanto lontane possono stimolare qualche verosimile riflessione sulla migrazione odierna.

E' indubbio che, ad una prima considerazione, siccome i fatti risultano talmente specifici a determinate popolazioni, nel caso del *Ver Sacrum*, e ad eventi congiunturali nel secondo, gli exempla riportati appaiono difficilmente reinterpretabili nel contesto attuale del fenomeno migratorio.

Tuttavia, a mio modesto parere, se si prescinde dalla peculiarità temporale dei fatti e si procede secondo parametri maggiormente legati alle umane vicende delle persone migranti, è possibile ricavarne qualche riflessione di fondo.

Innanzitutto, le migrazioni legate al *Ver Sacrum* sembrano dimostrare, nella loro ripetitività di comparsa legata ad eventi calamitosi o a istanze demografiche, che fin dai tempi arcaici gli spostamenti di popolazioni hanno agito da meccanismi ineludibili a fronte di *push factors* troppo impellenti.

In secondo luogo, le migrazioni del *Ver Sacrum* ebbero, in tali evenienze, il merito di provocare incontri tra gruppi di popolazione diversi, anche se in questo caso, a differenza di quanto oggi è solito accadere, la cultura dominante fosse rappresentata da chi proveniva da fuori.

Il rito religioso del *Ver Sacrum* che inaugura l'evento migratorio può trovare un qualche riscontro nelle partenze dei colonizzatori greci che venivano scandite nel tempo dai responsi degli oracoli, in primis quello di Delfi.

Similmente, nell' incontro tra i greci e le culture autoctone, erano senz'altro queste ultime a trovarsi in una posizione subalterna

Forse, con eccessiva fantasia e cavalcando attraverso i secoli, si potrebbe persino immaginare una qualche somiglianza con quei gruppi di emigranti che lasciarono le loro patrie, in virtù di una comune fede religiosa, come i Pilgrim Fathers, gli Hutteriti discendenti dagli anabattisti, gli Amish, i Mormoni coloni dello Utah e altri ancora.

E' da supporre che, in questi casi, l'elemento religioso così preminente abbia costituito non solo la spinta iniziale necessaria per superare un distacco che è sempre doloroso, ma anche un punto di forza, di coesione, indispensabile nel percorso di acculturazione, al fine di evitare i costi troppo grandi di una probabile disgregazione sociale.

Sul piano della realtà attuale del fenomeno migratorio nel nostro paese, è piuttosto difficile trovare gli equivalenti di una dinamica in senso religioso, a meno di non lasciarsi andare a suggestioni o somiglianze abbastanza opinabili.

Intendo qui riferirmi al *Muridismo*, nella sua doppia valenza di movimento religioso e di sistema economico, peculiare della società senegalese. Per una descrizione particolareggiata del *Muridismo* rinvio all'indicazione bibliografica fornita alla fine della mia relazione mentre per lo svolgimento del mio discorso mi limiterò ad alcuni cenni sul fenomeno.

Nel Senegal, come in tutto l'Islam africano, sono molto diffuse le confraternite mistiche (*tanga*) la cui appartenenza si esprime attraverso un legame spirituale e, a diversi livelli, materiale con un dignitario religioso, il *marabutto*, considerato una specie di "santo".

Il *Muridismo* (dalla parola araba *murid*: colui che vuole) è una confraternita, fondata verso la fine degli anni '80 dal mistico *Shikh Amadbou Bamba* ed è la maggioritaria in seno all'etnia senegalese *Wolof*

Il ruolo del *marabutto* appare duplice nel senso che, attraverso la sua grazia, egli può garantire la salvezza dei fedeli e, nello stesso tempo, per mezzo del potere economico, può venire incontro alle esigenze materiali di questi. (5)

Il discepolo (*talibe*) delega al *marabutto* il compito della preghiera e della meditazione, mentre egli si adopera per la prosperità della confraternita e si obbliga al versamento delle offerte.

Nell'ambito delle confraternite si creano dei circoli religiosi, composti da 20-30 persone che, nei paesi d'immigrazione, non raccolgono soltanto i senegalesi discepoli di un determinato *marabutto*, ma tutti i residenti indistintamente (e coloro che sono di passaggio) in un data città.

Anche in questo caso, va rilevato il ruolo del *Muridismo* come elemento di coesione e di forza rilevante della solidarietà inter-guppo

A questo punto ritengo esaurito il discorso sul *Ver Sacrum* e riprendo quello relativo al *ius migrationis*, cercando, anche in questo caso, di evidenziarne qualche riflessione di carattere più generale.

La prima di queste potrebbe essere collegata al fatto che l'antica Roma aveva concesso, con apposita legge, il diritto di immigrazione ai popoli suoi vicini e alleati.

Se si volge lo sguardo all'emigrazione in Europa del secondo dopoguerra, risulta chiaro che i flussi migratori sono stati, in un primo momento, favoriti perché venivano a colmare i vuoti dell'occupazione, successivamente tollerati come mano d'opera a inclusione subordinata, cioè a basso costo e con minori diritti e, da ultimo, contrastati e respinti allorquando gli immigrati sono stati percepiti come "diversi" e caricati di qualità essenzialmente negative, attraverso quei meccanismi di identificazione proiettiva così facili a mettersi in moto nell'animo umano.

L'opportunità di legiferare un *ius migrationis* per i popoli a noi vicini e altri in condizioni di vitale bisogno, non è mai stata presa in considerazione, salvo forse per la Convenzione di Ginevra del 1955, indirizzata, in modo esclusivo, ai rifugiati politici, sottoposti però a un vaglio rigorosissimo del loro status.

Un'altra considerazione che si può trarre dalle vicende di Roma legate al *ius migrandi* è quella relativa alle varie espulsioni da Roma di immigrati che, nella loro ripetitività, finivano per dimostrarne l'inefficacia.

Anche allora, come oggi, l'immigrazione illegale era favorita dalle frodi con le quali si cercava di evadere la legge e anche oggi come allora, le espulsioni, pressoché rituali, di gruppi di immigrati incidevano ben poco sul fenomeno migratorio che si è fatto sempre più globale per la simultanea presenza nel suo interno, di elementi economici, sociali, politici, religiosi e culturali.

Riferimenti bibliografici

1. Freeman P.: The Marabout Cult in Morocco (letter to the Editor). *Transcultural Psychiatry*, 36,4, 53~37.
2. Italia dei Sanniti: Guida alla mostra. Electa, Milano 2000.
3. Laffi U.: Il sistema di alleanze italico in: *Storia di Roma* (a cura di A. Giardina e A. Schiavone). Einaudi, Torino 1999.
4. Salmon E. T.: *Il Sannio e i Sanniti*. Einaudi, Torino 1985.
5. Schmidt Di Friedberg Ottavia: I *murid* nell'emigrazione: una confraternita senegalese tra solidarietà e profitto in: *Immigrazione in Europa. Solidarietà e conflitto* (a cura di M. Delle Donne, U. Melotti, S. Petilli) CEDISS, Roma 1993.

AMBIGUE CONVIVENZE
LO SPAZIO DEL MALINTESO NELLA COLLABORAZIONE TRA MEDICI ED
ANTROPOLOGI

NICOLETTA DIASIO
Facoltà di Scienze Sociali Università Marc Bloch - Strasburgo

1. Interdisciplinare e spazio del malinteso

L'interdisciplinare non consiste a confrontare discipline già costituite (a cui, di fatto, alcuna consente ad abbandonarsi), non basta scegliere un soggetto (un tema) e convocarvi intorno due o tre scienze. L'interdisciplinare consiste a creare un oggetto nuovo che non appartenga a nessuno. (R. Barthes; 1984:106-107).

La medicina delle migrazioni costituisce davvero un tema nuovo intorno a cui convocare più saperi? E cosa accade quando professionisti appartenenti a diverse discipline devono mettere in comune concetti, strumenti, linguaggi, obiettivi diversi? Negoziare con l'altro, il malato straniero, non richiede anche negoziare con l'altro professionale ed intellettuale? E quali sono le tensioni, le rivalità, le incomprensioni che, dietro l'ottimistica retorica dell'interdisciplinare, disegnano ambigue convivenze tra operatori di diversa formazione?

Il testo qui presentato è il risultato di una ricerca durata cinque anni in quattro paesi europei (Francia, Gran Bretagna, Italia, Paesi Bassi) sulla storia dell'antropologia medica e sulle biografie intellettuali e professionali di 60 medici ed antropologi che sono entrati nel campo «avverso»: medici che hanno cominciato ad interessarsi d'antropologia e antropologi che collaborano con esponenti delle scienze biomediche, quindi. L'incontro tra i due gruppi professionali non sempre è facile, soprattutto quando, in presenza di un ammalato straniero, saltano tutti i punti di riferimento e ci si trova in mezzo al guado, annaspando cercando di passare all'altra riva. Altre volte, invece, la collaborazione è fruttuosa, progetto etnologico e progetto terapeutico s'incontrano e l'interdisciplinare, frutto prezioso e raro, è là.

In questa sede cercherò di mettere in luce alcuni dei più diffusi malintesi che offuscano le relazioni tra scienze biomediche e scienze sociali: difficoltà, incomprensioni, aspettative tradite, sospetti. L'idea di presentare un *cahier de doléances* non deriva né da un pessimismo esistenziale, né da un negativismo corporativo. Al contrario. L'obiettivo è di sgombrare il campo per disegnare una zona comune e mettere a fuoco quei comportamenti che, da una parte e dall'altra, sembrano ovvi, ancorchè ineluttabili.

Nell'affrontare la nascita dell'antropologia medica ho cercato di mostrare come le relazioni tra saperi rispondano ad una strategia della frontiera e a dei processi d'inclusione ed esclusione molto simili alle relazioni interculturali (N. Diasio, 1999). Tale definizione di confini è il più delle volte implicita e solo quando si lavora insieme, sul campo, l'evidenza delle diversità può generare il malinteso. Il malinteso è, nella definizione che ne dà Jankélevitch, «quel non so che che permette agli uomini di continuare a non capirsi. È quel quasi niente che ci permette di dire che noi non siamo proprio uguali agli altri. Un piccolissimo errore, così piccolo da sfuggirci, quando non lo trascuriamo volontariamente, la maggior parte delle volte che lo incontriamo. Errore che prolunga e reitera nel tempo i suoi effetti. Più il tempo passa e più il malinteso si consolida, si radica nell'uso e diventa difficile, se non pericoloso, cercare di chiarirlo» (W. Jankélevitch in P. Zanini, 1997 :93).

Il confine mette in risalto quelle diversità che, da una parte e dall'altra, si vuole sottolineare per definire una propria appartenenza. Ma la frontiera è anche uno spazio condiviso in cui potersi incontrare: vi si stipano le somiglianze (sulla differenza tra confine e frontiera nell'antropologia

sanitaria cf. N ; Diasio, in via di pubblicazione). Così più la differenza è piccola, il malinteso quasi invisibile, più l'equivoco sarà feroce, passionale, perchè è proprio su questa fragile linea demarcatoria che si fonda l'identità del gruppo, della disciplina, della classe di professionisti. La mia ipotesi è che esista un insieme di somiglianze e differenze tra scienze biomediche e scienze sociali e che queste costruiscano uno spazio del malinteso : spazio d'incomprensione, ma anche di possibile contrattazione e di riconoscimento dell'alterità.

Non tutte le situazioni presentate rispecchiano la situazione italiana, ma è proprio da questo confronto con esotici colleghi olandesi, britannici o francesi che possono, a mio avviso, sorgere degli stimoli di riflessione. Non fosse altro che per fermarsi a guardare, con indulgenza, le stranezze degli altri, ed accorgersi della loro prossimità con le stranezze nostre, visibili ed invisibili.

2. Una domanda meticcica: l'antropologia senza antropologi

Ogni discussione sulla collaborazione tra medici ed antropologi si basa su di un implicito: la domanda è, il più delle volte, a senso unico: gli operatori socio-sanitari sollecitano una consulenza etnografica, ma il contrario avviene raramente. Nessuno, tra gli antropologi intervistati, ha mai richiesto la collaborazione di un medico. Questo flusso di conoscenze dà alla convivenza la configurazione di uno spostamento: gli antropologi sono chiamati ad entrare in un campo, quello della malattia e della cura, e ad apportarvi delle interrogazioni, degli strumenti d'analisi e delle risposte. O ancora i medici escono temporaneamente dal loro proprio territorio per «pescare» informazioni o chiavi di lettura su problemi che esulano in parte dalla propria disciplina. Cerchiamo di vedere, allora, quali sono le attese che si sviluppano intorno a questa parola «antropologia» che lega insieme professionisti di diversa formazione. E cerchiamo anche di dare dei contorni ad una domanda che spesso si mostra confusa, se non contraddittoria, in modo da verificare i punti di convergenza e d'incomprensione.

2.1. La ricerca di soluzioni

Il primo motivo d'emigrazione da un sapere all'altro è una domanda di tipo funzionalista. Spesso è uno scacco terapeutico a motivare l'interesse per quanto è considerato come un «deposito culturale»: ci si rivolge allora al ricercatore in scienze sociali chiedendogli di spiegare le ragioni del fallimento e di smontare le resistenze alla cura. Si cercano delle soluzioni immediate nella mentalità, la cultura può essere considerata come un «problema», e raramente ci si interroga sui limiti del proprio modello epistemologico.

Le attese verso un'antropologia che tolga gli ostacoli culturali non solo rafforza l'idea d'infallibilità del paradigma biomedico, ma riafferma una visione frammentata dei fatti di malattia. La cultura diviene il deposito di tutto ciò che è incomprensibile, l'antropologia una macchina per produrre certezze, una fabbrica di soluzioni attraverso la scoperta e la lotta alle resistenze culturali. La domanda funzionalista sfocia quindi nella ricerca di ricette, in una mescolanza paradossale di sopravvalutazione delle conoscenze reali fornite dall'etnologo, con la fiducia nel suo potere di liberare il campo dai rovi culturali, e di svalorizzazioine dei suoi quadri concettuali fondati sulla complessità e sull'unità dei fenomeni sociali. Non sorprende quindi che delle diffidenze s'installino tra gli operatori quando, al posto di un saper-fare, un nuovo saper-pensare mette in dubbio dei punti di riferimento sperimentati e rassicuranti.

Spesso si tratta di elementi isolati, particolari sui quali ti chiedono di dare una risposta, trovare la soluzione, la ricetta appunto; la richiesta è «dammi la ricetta» perchè la formazione clinica procede attraverso l'identificazione di cause e la scelta di un trattamento specifico. Il problema nasce quando si vuole far riflettere gli studenti su una dimensione più cognitiva, quando si vuole rovesciare il problema: non si tratta più di cambiare loro, ma d'adattare, noi, il nostro modo di pensare (medico-antropologo italiano)

In biologia fanno degli elementi teorici e bisogna mostrare che anche l'antropologia ha le sue teorie, eppure questo non riesce a passare, al punto che mi chiedo se ne vale davvero la pena o se, con le formazioni che noi diamo, non rischiamo di svalorizzare l'antropologia e farne una ricetta da bazar (antropologo francese).

Sono soprattutto gli interlocutori francesi, inglesi ed italiani a puntare il dito sul restringimento della prospettiva antropologica indotto dalla frammentazione quasi clinica dell'esperienza.

2.2. La funzione incantatoria

Il paradosso tra sopravvalutazione e svalorizzazione non solo riflette quella che M.E. Gruénais ha chiamato un'antropologia senza antropologi, ma costringe il ricercatore in scienze sociali in un ruolo d'orpello inutile e silenzioso. Egli è descritto come «una scimmia nella sua gabbia», spesso non ha reali possibilità d'intervento, il suo compito si limita all'elaborazione di ciò che un informatore inglese chiama *ethnic cookbooks* (libri di ricette etniche) o all'incarnazione di una xenofilia di facciata. Nei padiglioni più isolati dell'ospedale di Bristol o ancora in alcuni ambulatori di Firenze o Roma si possono trovare questi antropologi-gadget la cui influenza sulle scelte strategiche nel campo delle politiche sanitarie è inversamente proporzionale alla retorica che accompagna la loro presenza.

2.3. La richiesta di critica epistemologica

Esiste poi una domanda d'antropologia che sorge dall'interno della pratica medica: l'esperienza di un fallimento terapeutico vi è interpretata come la cartina al tornasole d'incoerenze e aporie di una formazione medica estremamente tecnicizzata.

Sono sempre più numerosi i giovani medici o le infermiere che si rivolgono a noi perché sperimentano le carenze di una formazione troppo tecnica, esclusivamente biomedica e che vengono verso di noi (...) si tratta di gente che ha già degli interessi nell'antropologia, nella sociologia e che comincia ad uscire a poco a poco dalla propria disciplina d'appartenenza (etnologo francese).

Si tratta di un movimento inverso a quello precedentemente descritto. Lo sforzo di distanziamento implica per il medico una ridefinizione dei suoi quadri concettuali e la percezione della dimensione socio-culturale della malattia, *sickness* (A. Young, 1982). Questo slittamento è raccontato soprattutto dai medici insoddisfatti di una pratica clinica definita come «veterinaria» (medico-chirurgo olandese) e da una relazione con le istituzioni o con l'accademia considerata particolarmente limitativa dal punto di vista professionale. Vi si ritrovano numerosi psichiatri, molti professionisti con un doppio percorso di formazione (nelle scienze mediche e nelle scienze umane) e una buona parte dei medici italiani, i quali esprimono un particolare disincanto di fronte alla progressiva svalorizzazione del ruolo del medico nella relazione terapeutica.

L'antropologia è, in questo caso, considerata come uno strumento di destrutturazione di un sapere, una leva che fa saltare le contraddizioni del sistema di cura: un metodo per affrontare i problemi o un linguaggio per parlare d'altro - ad esempio di «malasanità» - piuttosto che una vera e propria disciplina, un insieme di conoscenze strutturate. Questa concezione ripropone quindi, anche se a partire da un'altra prospettiva, lo scarto tra domanda d'antropologia e collaborazione con gli antropologi.

2.4. Un palliativo all'incertezza

Il sentimento di una formazione medica povera dal punto di vista relazionale e culturale genera una visione dell'antropologia come palliativo all'ansia degli operatori socio-sanitari. Una

gran parte del dibattito sull'antropologia medica applicata, organizzato da AMADES a Aix-en-Provence nel 1990, mostra una specie di frattura tra la domanda di sostegno e di conforto, avanzata da medici sconcertati dal fallimento dei loro interventi (ad esempio nel campo della medicina delle migrazioni o in programmi d'aiuto nei Paesi in via di Sviluppo), ed il tentativo degli etnologi di sottrarsi ad una funzione di cura (curare i curanti!) attraverso una focalizzazione sulle loro competenze. Il confronto tra i due punti di vista è illuminante:

Visibilmente siamo in un periodo storico in cui la medicina manca di punti di riferimento, dato che si serve di tecniche che oltrepassano largamente il suo sistema di valori e la sua riflessione. All'improvviso, e non è un caso, alcuni si orientano sull'etica, altri miei colleghi s'interessano d'antropologia. Effettivamente c'è un'angoscia: l'angoscia delle persone che curano e cercano dei punti di riferimento stabili (B. Lachaux in AMADES; 1992:86).

In quanto antropologo (...) ho l'impressione che il problema che voi ponete qui è parziale nella misura in cui si considera troppo l'antropologia come una parola costituita e meno, in primo luogo, come una parole di sperimentazione. (A. Julliard in AMADES; 1992:88).

I due interlocutori stanno parlando dello stesso sapere? Mi sia permesso d'avanzare un dubbio. Ognuno sembra seguire una logica interna allo sviluppo delle due discipline prese separatamente, la parola che è in mezzo «antropologia» risuona diversamente a seconda degli obiettivi e degli usi. La richiesta d'intervento antropologico costituisce qui un campo sdruciolevole e dai confini mobili in cui le diverse istanze s'incrociano e si sovrappongono in modo talvolta conflittuale.

Questo impone al ricercatore in scienze umane di decodificare la richiesta, capire a che livello può situarsi il suo contributo, negoziare il suo spazio, definire gli obiettivi, acquisire una sua legittimità di fronte a colleghi e committenti, sottraendosi infine ad una condizione d'attesa un po' timorosa per impugnare un atteggiamento di proposta e, perchè no?, di sfida.

3. Un inventario (ragionato) dei malintesi

L'analisi della domanda d'antropologia mostra un atteggiamento di ascolto intermittente, con due interlocutori che seguono ognuno il filo dei propri pensieri e casualmente s'incontrano intorno ad un'etichetta, o ad un fatto, «cultura» ad esempio. Spesso la convivenza è più immaginata che reale e si basa su un dialogo offuscato dall'insieme delle anticipazioni che ognuno dei due protagonisti ha dell'altro. Cerchiamo, anche in questo caso, di liberare il campo, dando una definizione provvisoria di questi fattori d'incomprensione.

3.1. Le due verità

Un primo grande campo di malintesi è costituito dallo scontro di due sistemi d'interpretazione della realtà, qui definiti come «due verità». Ognuno di questi due sistemi dà luogo a fattori di rischio, se così possiamo chiamarli: l'incomprensione semantica, il controllo sull'informazione e la gestione del segreto professionale, la percezione da parte degli etnologi di un conflitto tra teoria e pratica, la volontà di supremazia biomedica, i rischi di riduzionismo.

1. *L'incomprensione semantica.* Medici ed antropologi non parlano lo stesso linguaggio; i secondi sono accusati dai primi d'essere volontariamente oscuri. Un medico italiano racconta d'essersi fabbricato un piccolo glossario con i significati dati a certe parole (emico/etico, cultura, ecc.) nell'antropologia italiana. D'altra parte un etnologo-medico francese critica, presso i propri colleghi clinici, l'abitudine di trattare i testi ed i datiseguendo una forma di *fai-da-te* intellettuale giudicato inammissibile. L'atteggiamento più morbido è senza dubbio quello degli informatori olandesi che affrontano la questione partendo dall'analogia tra altro culturale e altro professionale.

Penso che sia come imparare una lingua, se studio la condizione delle donne buddiste, cerco di capire come nel Tibet è considerata la questione femminile, studio le Scritture. Allo stesso modo se studio l'epilessia devo sapere come l'apilessia è definita dal sistema biomedico occidentale; è anche un modo per ottenere un certo rispetto ed un certo ascolto da parte della classe medica. penso che mi abbiano invitato a far parte di questa Fondazione perchè parlo la loro lingua (antropologa olandese).

Il problema della comprensione è spesso più legato alla conoscenza che ad una reale incomunicabilità. Esso è connesso alla volontà di valorizzare l'altro sapere; conoscerne la lingua significa, il più delle volte, farsi conoscere. A volte, dietro alcune volute oscurità, la specializzazione linguistica traduce invece una volontà di proteggersi dai rischi di usurpazione delle proprie competenze e dall'invasione, simbolica ed intellettuale, del proprio territorio.

2. *Il controllo sull'informazione.* Non stupisce che, attraverso la questione della lingua, si disegni una strategia bellica la cui posta in gioco è la gestione del segreto e l'appropriazione del paziente o dell'informatore. Se entrambi i protagonisti di quest'incontro criticano il linguaggio incomprensibile dell'altro, un altro punto di frizione è l'accesso ad informazioni riservate ed il controllo del discorso del paziente. Sono soprattutto gli antropologi a denunciare la diffidenza con cui li si guarda quando chiedono di consultare le cartelle cliniche o informazioni supplementari sulla storia dei malati. Esistono degli imperativi legati al segreto professionale, ma si racconta anche di una rivalità d'ordine simbolico. Se infatti il terapeuta fonda la legittimità del suo operato attraverso il controllo sul malato, il ruolo dell'antropologo sembra fondarsi sul potere di farlo «parlare», di fargli enunciare una verità, parziale e provvisoria, ma comunque una parola di qualità diversa. Quest'appropriazione s'esprime con formule troppe volte ascoltate: i «miei» immigrati, i miei «Marocchini». Attraverso l'incontro con l'informatore ed il malato s'esercita un doppio potere, di guarire e di conoscere, nel nome di una doppia verità, scientifica e sociale.

La pretesa di possedere la Conoscenza è uno dei fattori più importanti d'incomprensione. e spesso sono proprio quei medici insoddisfatti della propria pratica a farvi riferimento, accusando i colleghi antropologi d'essere talora troppo «clinici» e di manifestare un eccessivo riguardo nei confronti della scienza.

3. *Cosmogonie indifferenti o tentazioni terapeutiche?* Nel discorso di molti operatori sanitari gli etnologi sono accusati di costruire degli universi impeccabili dal punto di vista intellettuale, d'una coerenza senza incrinature, delle cosmogonie addirittura; ma, secondo un medico inglese, delle cosmogonie indifferenti ai problemi dell'individuo, alla sua vita, alle sue miserie. Le specificità individuali sono offuscate dalle culture e queste ultime sono nient'altro che "*good food to sit and think about*" (dei piatti buoni da pensare). Si tratta di un'incomprensione cruciale fondata sull'idea che l'etnologo possa chiarire, attraverso la cultura, gli atteggiamenti individuali. Spesso gli stessi medici che lamentano la ricerca di una verità sociale, sottolineano l'incapacità dell'antropologia di mettere in chiaro i comportamenti individuali.

Negli scritti degli antropologi tutto è ben raccontato, ma non è più umano, è inumano, sovraumano, si tratta quasi di creazioni divine. Poi arriva il paziente bambara che spesso sbarca direttamente dal paesello, arriva a Parigi e ci racconta dei sistemi che sono molto più umani, più flessibili di quanto descrivono gli etnologi (medico francese)

Le testimonianze mostrano allora un paradosso in azione, che vede gli etnologi attaccati nel momento in cui escono dal regno della cultura per interessarsi ai pazienti particolari e criticati quando si limitano a descrivere delle società facendo astrazione degli individui particolari.

D'altra parte questa capacità di costruire dei sistemi di spiegazione coerenti a partire da dati frammentati rivela, secondo alcuni medici, una tentazione terapeutica. Un medico inglese accusa antropologi e sociologi di giocare a fare «i dottori dei dottori»:

I sociologi della medicina sembrano presentarsi come i medici dei medici, sembra che il cosiddetto paziente sia la professione medica e che loro sono in posizione di poterla guarire o giudicare. Per me è anche una forma di voyeurismo, dal momento che non sono implicati nella decisione; alle tre del mattino, se un bambino è malato, non si chiama al capezzale un antropologo o un sociologo della medicina. Una volta ho sostenuto ad un convegno d'antropologia medica che l'antropologia è una forma di divinazione e di terapia sociale, l'antropologo fa delle domande a delle persone che curano altre persone, stabilisce delle reti di chiacchiere, e si presenta come qualcuno che può discernere un ordine dietro al caos. Per questi motivi ho potuto fare un confronto tra il ruolo del guaritore e quello dell'antropologo e affermare che una gran parte di ciò che l'antropologo fa è una forma di guarigione sociale.

È curioso costatare un parallelismo contraddittorio tra la domanda d'antropologia come palliativo all'angoscia degli operatori sanitari ed il rimprovero di voler occupare uno spazio terapeutico. Ma la questione delle *healing temptations*, tentazioni terapeutiche, rinvia, ancora una volta, ad una forma d'appropriazione del paziente e al potere di decisione lasciato all'etnologo. Di qui il ricorso al termine peggiorativo «voyeurismo» che stabilisce una gerarchia tra saperi di tipo concentrico: la medicina occupa una posizione centrale e le altre discipline si pongono alla frontiera, là dove si guarda, in una demarcazione semplicistica del territorio che assegna al medico l'autorità sui mali individuali e all'etnologo quella sui mali sociali.

D'altra parte l'immagine dell'antropologo come «sciamano» o come «stregone» che, sul campo, interviene nel corpo sociale è anche rivendicato da alcuni etnologi. Essa è stata oggetto di alcuni recenti dibattiti che s'interrogano sui limiti teorici, pratici e deontologici (*Healing and the body politics* 1996) d'una attività che, come la pratica sciamanica, si basa su di una condizione di liminalità in rapporto al contesto, su una forma d'efficacia simbolica ed un set di tecniche pratiche (A.W. Miracle 1982:18).

4. *Volontà di supremazia biomedica e rischi di riduzionismo.* Ritorniamo un istante al potere di guarire in quanto fonte di legittimità negata agli antropologi, poichè, secondo i ricercatori in scienze sociali, questo è un falso problema: non ci sono due verità che si affrontano, quanto piuttosto l'affermazione di una supremazia biomedica che non può essere messa in discussione. Quest'accusa è formulata soprattutto dagli etnologi francesi e britannici che segnalano un uso strumentale degli antropologi, confinati in un ruolo di traduttori e di mediatori nei confronti di pazienti «più ignoranti» :

Non saremo gli ostaggi di una biomedicina confrontata ai suoi limiti e che tende a considerare la cultura come un fattore patologico (B. Hours in AMADES; 1992:66)

È come l'acqua ed il vino: potete aggiungere il vino all'acqua e ne migliora il gusto, ma non si deve mai aggiungere l'acqua al vino perchè diluisce il centro, il dogma, l'ortodossia. Altrimenti detto si tratta di una forma di fondamentalismo, ovvero i medici possono penetrare ovunque, ma niente deve penetrarli. (medico-antropologo britannico)

Nella parola degli informatori l'integrità si fonda sull'onnipotenza del medico che l'antropologia dovrebbe mettere in questione. Ma il lessico delle citazioni precedenti - per esempio il ricorso alla parola «penetrazione» o «ostaggi» - svela un gioco di guerra basato sulla delimitazione di frontiere: una strategia di difesa del territorio. La posta in gioco di questo spiegamento di forze, attraverso l'accusa reciproca di riduzionismo (tutto è sociale e la malattia non esiste, tutto è biologico ed il sociale non ha importanza) è, secondo gli intervistati, il controllo di due fattori che non sono negoziabili: per i medici si tratta della decisione nella relazione terapeutica, per gli antropologi è l'esperienza di campo ed il rapporto con gli informatori: «dopo, sono aperta ad ogni collaborazione, ma durante la ricerca di campo no, non ne voglio sentire parlare» (etnologa francese).

Possiamo identificare in questa ripartizione una doppia strategia di contatto con l'altro attraverso due domini e due finalità, guarire e conoscere? E inoltre come guarire? Per cosa e per chi conoscere? Le due verità generano allora lo spiegamento di diversi strumenti concettuali e metodologici, all'origine di un'altra serie di malintesi.

3.2. Conoscere e ri-conoscere

Alcuni medici accusano gli antropologi di cercare una matematica sociale, altri di produrre delle descrizioni poco rigorose - discorsi su altri discorsi - basati su osservazioni non supportate da dati statistici e dunque di non poter costituire degli interlocutori affidabili dal punto di vista scientifico.

Tutti fanno dell'antropologia medica, come M. Jourdan faceva della prosa senza saperlo. (...) Uno dei rimproveri che faccio agli antropologi è di aver presentato tutto ciò come una scienza (...) quando io avrei potuto fare la stessa cosa in cinque minuti di riflessione e all'improvviso si ha la sensazione che questi modelli escano così, da una riflessione potente e solitaria durante notti senza luna e... beh, io non dico che adoro gli universali ma insomma, mi piace contare su degli elementi invariabili (medico francese).

Penso che una parte del problema risieda nel grado di chiarezza e di rigore del loro linguaggio e nelle fondamenta empiriche della loro argomentazione (...) Credo che le statistiche siano un aiuto, un supporto alle loro tesi (antropobiologo inglese).

Le due testimonianze tracciano una linea di demarcazione abbastanza netta tra un approccio olistico, descrittivo e qualitativo ed una scienza a vocazione universale, basata su dati obiettivi, verificabili e sperimentabili. I sostenitori di questa grande separazione sono soprattutto i medici francesi ed inglesi che criticano il preteso camuffamento sotto forma di scienza di ciò che non è altro che qualche descrizione in bello stile. Ma nonostante la pretesa coerenza che questi signori cercano di dare al loro discorso, in virtù d'una formazione nelle scienze dette esatte o «dure», esistono delle ambiguità che domandano d'essere esplicitate.

In primo luogo il biologico è identificato all'universale, il culturale sarebbe particolare e relativo. Ma l'equivalenza tra universalismo e metodi quantitativi è scalzata da un'antropologia che ha come chiave di volta proprio la riflessione sugli universali (ovvero alcune invarianti del pensiero simbolico o dell'ordine sociale) e che si basa al tempo stesso sul comparatismo e sull'approccio olistico, contestuale: ad esempio l'etnologo cerca di mettere insieme degli elementi più generali - il tabù dell'incesto - ed altri particolari - il ruolo dello zio materno nelle società. Quest'ambivalenza su ciò che l'antropologia possa o debba essere lo si ritrova nelle citazioni precedenti: da un lato l'idea di una disciplina astratta, intrappolata nella costruzione di modelli svincolati da ogni osservazione empirica; dall'altro il racconto di viaggio confinato nel ristretto regno del gioco verbale e della descrizione evocatrice.

In secondo luogo: siamo sicuri che l'approccio clinico sia sempre «ben strutturato, consistente, affidabile e utile» come lo definisce uno dei medici intervistati? L'esercizio della medicina segue sempre delle procedure sperimentalmente accettate e rigorosamente scientifiche? Quest'ultimo punto ci mette al cuore del problema perchè introduce una differenza di base tra ricerca e clinica, teoria ed applicazione.

1. *L'impossibile produzione di certezze.* Quando il clinico fa una diagnosi e sceglie una cura, non fa della ricerca fondamentale, ma applica a dei casi particolari alcune leggi prese a prestito da scienze eterogenee (fisiologia, patologia, chimica, psicologia, ecc.) . Non gli si chiede d'inventare nuove regole, ma di spiegare fatti specifici facendo ricorso a delle teorie accreditate. La clinica, secondo il filosofo della medicina G. Federspil non è e non può essere una scienza nel senso tradizionalmente attribuito a questa parola. Essa non dispone di leggi o teorie e si risolve in una

serie infinita di casi clinici, come lo mostra la consultazione di un qualunque manuale di clinica medica. Si tratta dunque di una serie di spiegazioni di avvenimenti nel quadro di teorie generali (G. Federspil, 1980:199-200).

Il medico sperimenta, nella sua pratica quotidiana, la differenza tra conoscere teoricamente e ri-conoscere praticamente. In un confronto astuto tra il metodo del clinico e quello del detective, il filosofo Massimo Baldini afferma che entrambi essi sono chiamati a «risolvere degli esercizi e non già dei problemi» in cui «un problema è una domanda che, per essere soddisfatta, richiede una teoria nuova (o una teoria non ancora conosciuta da chi si pone il problema), mentre un esercizio è una domanda che presuppone già una teoria risolutiva. Il problema esige una scoperta da farsi; l'esercizio si esegue perchè una scoperta è già stata fatta» (M. Baldini 1995:18, la distinzione tra problema ed esercizio è di Dario Antiseri). Come il detective il medico che formula una diagnosi è chiamato a risolvere un esercizio a più soluzioni, tra le quali egli sceglie la più probabile.

La domanda fatta silenziosamente agli antropologi si situa in questa procedura di ri-conoscimento e sussume l'idea che gli esempi etnologici funzionino come punti di riferimento: se non come casi clinici, almeno come casi per la clinica. All'etnologo si chiede allora di assumere il compito di un cartografo e di stabilire una quadrettatura del territorio culturale, sociale, a volte psichico, dell'ammalato straniero, oggetto della preoccupazione clinica. Ma l'antropologo può ragionevolmente rispondere ad un tale immaginario sulla propria disciplina? Può fornire dei modelli che non siano implicitamente falsi, espressione di una coerenza artificiale?

Alla fine dell'Ottocento il clinico Murri scriveva che: «la parte del medico pratico non è quella del poeta, che concepisce la tragedia e la scrive; né quella dell'attore che rappresenta Edipo: è quella dello spettatore che sa da una scena ricostruire tutto l'avvenimento» (A. Murri citato da M. Baldini 1995:17). Il metodo antropologico si propone, al contrario, d'integrare l'invenzione dell'autore, la messa in scena dell'attore e lo sguardo del pubblico; vuole moltiplicare le possibilità di comprensione offerte al solo spettatore e mostrare che esistono diverse soluzioni a seconda dell'osservatorio da cui si guarda il problema e del livello di complessità a cui s'intende risolverlo. Invece di selezionare le risposte all'esercizio, l'antropologia moltiplica le soluzioni possibili.

Le scienze umane possono allora essere: o criticate perchè non producono certezze, o considerate come un dispositivo intellettuale che allevia il medico dalla conformità a soluzioni univoche o a modelli considerati troppo rigidi. Come afferma un medico britannico:

Sono sensibile al pacchetto di metafore attraverso cui le persone mi parlano della loro vita e cerco, per quanto possibile, d'identificare e stabilire delle connessioni tra la diagnosi, il trattamento ed il loro modo di essere (...) anche se so che si tratta di un modello falso, o non sperimentato (...) Come dire è meno stressante perchè non cerco di imporre un unico modo di fare, un modello unitario, ma di dare ad ognuno un modello flessibile.

Il registro delle incomprensioni legate all'impossibile ricerca di certezze differisce quindi tra i clinici che sono sempre confrontati ai risultati pratici delle loro riflessioni ed i ricercatori che, pur nel campo biomedico, non hanno l'ansia del tempo breve e devono confrontarsi a problemi e non ad esercizi a soluzioni multiple.

2. *L'ansia del tempo breve.* I medici intervistati accusano gli etnologi di non produrre degli esempi scientificamente validi e rappresentativi. D'altronde gli antropologi si sentono spinti a raccontare aneddoti su aneddoti per rendere più corpose le proprie argomentazioni senza capire che la richiesta di esempi non è (solo) fame di pittoresco, ma risponde ad un bisogno di riferimenti che permettano, nel tempo estremamente ridotto della visita, d'identificare delle ripetizioni, dei riferimenti, dei casi. Due grandi ostacoli intervengono in questa collaborazione. Il primo è il tempo: i due tipi di professione lavorano su ritmi sfasati, tra l'imperativo clinico del presto e bene, se non dell'urgenza, ed i tempi lunghi dell'osservazione etnografica. A volte, quando l'antropologo arriva ad avere dei risultati per lui soddisfacenti le condizioni della popolazione migrante osservata sono già cambiate ed i suoi esempi hanno un valore metodologico, ma non per forza pratico.

Il secondo ostacolo si situa proprio nello scarto tra teoria e applicazione. Accusati da un operatore di essere più fedeli alle teorie che preoccupati dai risvolti applicativi del proprio sapere, gli antropologi sono invece convinti che i terapeuti sono «ossessionati dai risultati», anche a prezzo di errori madornali: ad esempio la confusione tra una categoria scientifica astratta e la sua espressione concreta nell'esperienza dell'ammalato.

3. *Soggettivismo metodologico.* Queste inquietudini sono meno forti nel dialogo con rappresentanti del sapere biomedico non impegnati nell'attività clinica. Il rimprovero che questi fanno agli scienziati sociali è di aver rinunciato alle grandi teorie e al comparatismo su grande scala, il che impedisce di tessere dei rapporti con le scienze della vita. In questo caso la frattura non porta sulla dimensione temporale - la ricerca richiede tempi lunghi - ma sul restringimento dell'orizzonte geografico: l'antropologia è considerata una somma di particolarismi, centrata su un soggettivismo metodologico che non facilita il lavoro di équipe e sull'assenza di indicatori stabili e condivisi che permettano una lettura quantitativa dei fenomeni culturali e della loro distribuzione. Anche in questo caso il conflitto porta sull'opacità delle regole del gioco e sulla necessità di mettere a punto dei parametri e delle scale d'osservazione in comune.

3.3. *Joint venture o gioco di guerra?*

Per me è un vantaggio stare in due dipartimenti, al differenza tra i due è enorme ma...per esempio qui (Istituto d'Antropologia Sociale) le segretarie non mi battono a macchina le lettere, sono al servizio di tutto l'istituto. Nelle facoltà di Medicina i medici sono in servizio, ma le segretarie passano il loro tempo a battere a macchina la corrispondenza (...) le stanze sono diverse, ho un tappeto, delle poltrone, le finestre sono pulite, tutto è rimesso a nuovo ogni anno, c'è un ufficio informazioni per i pazienti e persone che li accompagnano nel mio studio (...) e ciò che capita è che i medici che hanno una formazione d'antropologo quasi sempre tornano alla medicina, perchè si è pagati meglio, è un lavoro sicuro, la gerarchia è chiara e via di seguito; è molto difficile passare un anno a fare dell'antropologia in quanto medico e conservare un interesse reale in seguito. Se non fossi stato piuttosto *anti-medical* già dall'inizio, non sarei mai arrivato a fare ciò (medico britannico).

Poltrone, tappeti, segretarie che battono a macchina: ecco una messa in scena dei luoghi della clinica che spiega al tempo stesso ricchezza e statuto sociale elevato. Sicuramente questa descrizione è molto lontana dall'esperienza italiana e, in particolare, dal lavoro in sordina, con pochi mezzi e spesso ancor meno riconoscimento sociale, effettuato da tanti medici che si occupano di pazienti immigrati e conoscono, come gli antropologi inglesi, stipendi ridotti, precarietà lavorativa, subordinazione professionale. D'altra parte è importante segnalare un'occasione di conflitto che, negli altri paesi europei, ha una certa importanza e che genera delle forme di resistenza corporativa ogni qualvolta l'etnologo attraversa la frontiera del territorio biomedico. Una gran parte degli informatori afferma, infatti, che una modalità di difesa consiste nel tollerare l'antropologo finchè resta un *outsider*, la ballerina di servizio, la cui eccentricità sfiora solo superficialmente i centri decisionali e le risorse finanziarie.

1. *La gestione dei fondi.* Il potere sembra, in primo luogo, esercitarsi nell'accesso e nella gestione delle risorse economiche. Una grande discrezione circonda la differenza di retribuzione tra medici ed antropologi, spesso su incarichi di formazione della stessa importanza. Solo alcuni olandesi, con la consueta pragmaticità di questo popolo, vi fanno riferimento. Una delle immagini più interessanti è quella della *joint-venture*, evocata da un antropologo di Leiden a proposito della sua collaborazione con un gruppo di tropicalisti.

Il ricorso all'espressione *joint-venture* rende bene l'immagine di quelle collaborazioni provvisorie in cui i due partner s'impegnano a supportare le rispettive carenze e penetrare in un territorio proibito (cf. il modello d'insediamento delle imprese occidentali nell'Europa dell'Est). Così ci si potrebbe chiedere fino a che punto il gran partenariato tra scienze umane e biomedicina a

proposito dell'AIDS - di cui io stessa ho approfittato - non derivi piuttosto dal desiderio di «dividere la torta» rispetto ad un'improvvisa ed irresistibile consapevolezza dell'importanza di studi interdisciplinari. Ma parlare di *joint-venture* significa anche suscitare tutta una serie di conflittualità sul potere di decisione, sulla maggioranza delle azioni (e quindi il controllo sui profitti), sulla libertà di stabilire un'identità del gruppo di lavoro, gli obiettivi, le strategie. In breve, e brutalmente, su chi ha il comando. Il che può tradursi talora in gioco di guerra.

Nel mio lavoro, o in altre campagne di prevenzione, ho solo bisogno di conoscere i suoi argomenti, la sua posizione, se vuole collaborare con noi o no, ovvero: è un amico o un nemico? (antropologa olandese).

2. *La formazione dei giovani medici ed il controllo sul loro lavoro.* Si tratta del secondo zoccolo corporativo. Molti intervistati fanno riferimento alla difficoltà d'introdurre nel corso di laurea in medicina una formazione complessiva in scienze umane che non s'arresti a delle sessioni specifiche su tale o tale popolo, su argomenti esotici o limitativamente alla medicina per immigrati. Il campo che suscita maggiore interesse è quello della relazione di cura. Ma proprio per questo la formazione deve svolgersi sotto il controllo di professionisti della medicina o d'insegnanti che ne indossino simbolicamente l'uniforme.

Mi vesto come un medico, comincio presentando la storia di un caso clinico, ho l'abitudine di dire frasi tipo «Noi medici sappiamo che...» ok? ed infine posso introdurli alle scienze sociali. (medico britannico)

Ma al di là dei conflitti legati alla relazione terapeutica la difficoltà più profonda risiede, a mio avviso, nella finalità della formazione medica, in particolare in quell'esercizio di controllo dell'incertezza che deriva dall'atto medico. I lavori di R. Fox sulla formazione dei giovani medici mostrano fino a che punto il processo d'apprendimento è finalizzato a padroneggiare le emozioni e le aleatorietà legate all'attività clinica (R. Fox; 1974; 1989). In un settore in cui la necessità di dominare gli eventi attraverso delle decisioni rapide non lascia idealmente posto all'incerto, questo moltiplicatore d'incertezze che è l'antropologia acquisisce con difficoltà un diritto incontestabile di cittadinanza.

Tuttavia, in questi discorsi, la classe medica è presentata più compatta, solidale ed omogenea di quanto non sia in realtà: nel discorso degli antropologi (e spesso indipendentemente dalle loro reali convinzioni) l'universo dei terapeuti è presentato come una confraternita dalle gerarchie nette, dagli schemi concettuali e valoriali ben strutturati. Allo stesso tempo, se l'appartenenza al mondo medico stabilisce dei legami saldi tra i suoi componenti, essa impone anche che si debba rendere conto ai colleghi del proprio lavoro, forse più di quanto non sia richiesto ai rappresentanti delle scienze sociali.

Secondo un medico anglo-indiano l'intellettualismo astratto di alcune descrizioni etnologiche respinge i medici perchè si situa al di qua di ogni verifica disciplinare. Questo spirito di corpo che si fonda sull'efficacia ed il rigore è implicitamente associato alla condivisione di un potere professionale ed economico e ai tentativi di una difesa corporatista da un lato e dell'altro. Infatti la struttura del potere medico, il controllo che esercita sui nuovi arrivati e la sua capacità di mobilitare delle risorse è considerata all'origine della posizione ancillare dell'antropologo. Non essendo ammesso a far parte dell'universo medico - e rifiutando evidentemente di accedervi - l'etnologo si trova a volte nella condizione di chi «vende un servizio», con tutte le implicazioni peggiorative che sono dietro questa doppia parola: vendersi (il mercato) e servizio (la subordinazione).

3. *La salvaguardia della purezza disciplinare e la paternità teorica.* Ma anche il ricercatore in scienze sociali spiega un sistema di protezione che si basa però più su un corporatismo intellettuale che professionale.

Se noi teniamo tanto alla nostra identità d'antropologo, è precisamente perchè noi non abbiamo una sola teoria che ci è propria. La nostra identità ci viene dalle culture che noi studiamo (A. Zempléni in AMADES 1992:93)

Ma proprio l'appartenenza fondata sulle identità altrui, sulla relazione di campo e sul paradigma etnografico (l'osservazione partecipante e la descrizione) rende più facile la banalizzazione della disciplina. Numerosi antropologi lamentano una confusione tra pratica etnografica e pratica medica in un contesto esotico, sia esso quello dei Paesi in via di Sviluppo o la relazione terapeutica con il paziente immigrato, come se il solo fatto di avere un contatto con l'alterità fosse sufficiente per acquisire delle conoscenze o un metodo antropologico. L'uso, da parte dei medici, di parole come «cultura», «osservazione partecipante», «relazione di campo» suscita delle resistenze nelle scienze sociali, e non solo per una forma di ripiego identitario o di salvaguardia di una paternità teorica, ma perchè il carattere centrifugo e sfuggente di questi concetti è iscritto nella loro fondazione e nel loro uso. Basti pensare che quando Kroeber e Kluckhohn analizzarono il concetto di cultura in un testo ormai classico, l'inventario dei vari significati dati a questo nome repertoriava centinaia di sfumature differenti!

L'immagine dominante che struttura questo rischio di depossessione intellettuale è senza dubbio quella che invoca la purezza. Come nella seguente testimonianza in cui un medico - né etnologo, né psichiatra convenzionale - si sente incastrata tra due purezze:

Noi non siamo degli antropologi, non cerchiamo la purezza assoluta dei sistemi, li prendiamo così, come i nostri pazienti li enunciano (...) È vero che talvolta gli antropologi sbandierano una specie di purezza culturale che non esiste (...) Ma anche con gli altri, gli psichiatri, beh ce ne sono di estremamente critici, che affermano che non facciamo più della psichiatria, per non parlare degli psicoanalisti che sono i più puntigliosi sulla purezza delle loro tecniche di lavoro. (medico francese).

Questa preoccupazione per la purezza è evidente nel caso di un'etnologa francese ed una olandese che dichiarano delle resistenze a leggere la stampa medica specialistica nel timore d'essere «contaminate» o «dominate» dalla visione del corpo veicolata dalle scienze biologiche. Quest'immagine di penetrazione capillare e coercitiva del sapere medico, lungi dallo sfociare in un'analisi critica dei paradigmi scientifici e dei protocolli di ricerca, ne riafferma implicitamente il potere e l'intoccabilità.

Io temo di non arrivare più ad ascoltare molto bene ciò che le persone mi dicono (pausa) avevo paura di essere troppo incastrata in un sapere (...) ho paura che se io stessa so cosa accade dal punto di vista medico non avrò più un ascolto così, così... e poi io affronto questi argomenti molto lentamente, a partire da categorie piuttosto indefinite, ponendo poche domande, nulla di formale (...) e soprattutto guardo, anche dei dettagli insignificanti che alla fine danno delle informazioni preziose (etnologa francese).

L'autenticità dell'antropologia risiede allora in una vocazione alla ricerca ultra-qualitativa, molto lontana dallo zelo di certezze della clinica e basata su un obiettivo radicalmente diverso. La costruzione di categorie flessibili a mano a mano che si avanza nella conoscenza lascia campo aperto ad un ascolto che si vuole sempre non-finito ed indefinito - segnalato qui da una vana ricerca di aggettivi - e ad uno sguardo d'osservazione e d'obiettivazione che ridà un senso perfino all'insignificante. Quest'atteggiamento è più diffuso presso gli antropologi francesi legati da forti vincoli d'appartenenza intellettuale e immersi in una tradizione che ha coniugato, più che in Italia, specializzazione geografica e divisione del lavoro scientifico.

Tuttavia lo zelo incessante d'affinamento concettuale, ad esempio nei lavori di un medico ed antropologo olandese di grande levatura intellettuale come Annemiek Richters, e la volontà di rendere trasparente questo sguardo antropologico in cui si specchia il mondo degli altri, rischiano d'essere interpretati come un soliloquio:

Gli antropologi sono dei solitari, in teoria sono degli individui che negoziano con l'alterità, ma spesso non riescono ad immaginare che possano esistere altre identità professionali oltre alla propria (medico francese).

La rinuncia ad affrontare criticamente il sapere biomedico - sapere identificato in modo troppo univoco all'insieme dei suoi dispositivi istituzionali - rischia di essere interpretata come un'ammissione tacita del suo maggiore potere di strutturazione concettuale. Questi discorsi mettono allora in scena una medicina che invade il territorio indifeso delle scienze sociali e riaffermano lo scarto tra una scienza a base biologica «dura» ed un'etnologia «morbida» (o molle com'è detto nelle altre lingue della ricerca). Da cui una serie d'opposizioni (forte/debole; quantitativo/qualitativo; scienza/narrazione) che declinano la medicina al maschile e l'antropologia sociale al femminile. Fino a chiedersi se l'interesse della medicina per l'antropologia non sia legata ad una femminizzazione della professione con il rischio di una perdita di prestigio, ma anche di un nuovo sguardo posato sulla realtà.

Il fallimento della convivenza scatta, allora, quando l'asimmetria percepita tra i due campi non è tematizzata, messa sul tappeto e quando la rinuncia al dialogo disegna o delle strategie d'esclusione (la negazione della differenza attraverso il rifiuto) o di collusione (la negazione della differenza per eccessiva identificazione). Ma accanto a barriere innalzate esistono frontiere che cedono? Qual è una via di mezzo tra la *joint venture* e la strategia bellica?

4. Convivenze che cambiano

Solo un terzo degli informatori afferma di aver cambiato il proprio modo di lavorare. Di questi 22 testimoni, 12 sono degli antropologi e 10 dei medici. Ma raramente questa metamorfosi è esplicitata: incertezza e silenzio aleggiano quando si chiede «cosa si è imparato». «Strana domanda», qualcuno risponde. Infatti la disponibilità ad imparare dall'altro e quindi a porsi sotto il suo temporaneo controllo è evocata solo da quei rari etnologi e medici che dispongono di una doppia formazione o che sono sfuggiti alla tentazione del fai-da-te intellettuale. Si tratta di ricercatori che hanno percorso tutto il pellegrinaggio che va dall'avvicinamento, alla sottomissione, all'affrancamento e alla rielaborazione critica che ogni scienza impone ai propri accoliti: dall'umiltà dello studente alla messa in discussione dei paradigmi disciplinari.

4.1. Iper-informazione e paralisi dell'atto di cura

Secondo un piccolo gruppo di medici intervistati la prospettiva antropologica smonta a tal punto il meccanismo della diagnosi, prognosi, terapia che risulta difficile, in seguito, gestire «spontaneamente» la relazione di cura. Un'etnologa olandese descrive lo smarrimento del coniuge psichiatra quando, consapevole del sistema di credenze e di ritualità al cuore del rapporto con il paziente, non «crede» più nell'efficacia del suo operato. Altri medici affermano di dover tutto dimenticare quando sono di fronte al malato, dal momento che gli automatismi appresi al tempo della propria formazione diventano l'unica risposta possibile alla paralisi da iper-informazione:

Se penso a tutto quello che c'è dietro ad una domanda di cura, mi sento paralizzata, è come camminare con la consapevolezza di ogni movimento che si fa. (medico italiano).

La difficoltà a tradurre quest'insieme di conoscenze in azione è considerata come una delle ragioni che fanno, del rapporto tra medici ed antropologi, un «discorso muto», che si sviluppa soprattutto nel campo delle «malattie croniche o mentali, malattie che non possono davvero essere guarite» (medico italiano). L'inazione è presentata come l'altra faccia di ciò che un'informatrice chiama come «il piacere della diagnosi»: l'antropologia vi si configura come una sollecitazione supplementare ad approfondire gli aspetti cognitivi di una medicina che, nella sua tradizione ippocratica, si articola intorno all'identificazione dei fenomeni, alla loro nomina, alla

descrizione delle loro specificità. È come se, alla nosografia clinica, si sovrapponesse una nuova griglia tassonomica di tipo culturale, in cui l'una arricchisce l'altra.

È interessante vedere come l'impressione di stare tra due sistemi sia condiviso soprattutto da quei medici che lamentano il carattere positivista e normativo dell'antropologia, la già citata matematica sociale. In questi casi l'impossibilità di tradurre in pratica il sapere non deriva tanto dalla quantità di dati o dalla percezione della limitatezza dei propri quadri teorici, quanto dall'incertezza tra due modelli di spiegazione di cui si riconosce, allo stesso modo, la validità. La paralisi sembra allora il prodotto di un eccesso quasi caotico d'informazioni e di due griglie d'interpretazione dei fatti rette da diversi principi di coerenza interna. Questo campo caotico fa « saltare » quei dispositivi di controllo dell'incertezza di cui si è parlato e mette in scena un'altro tipo di paralisi, quella legata al contesto pratico del proprio agire: regole amministrative, funzioni gerarchiche, procedure, protocolli definiti.

Incoerenze del sistema di cura ed incoerenze epistemologiche conducono talvolta il medico a considerare l'abbandono della propria professione o ad entrare in conflitto con l'istituzione. Questa doppia paralisi è raccontata e vissuta soprattutto dai medici italiani incontrati. Come il dottore che parla di paralisi: ad ognuno dei nostri incontri si dice sempre più stanca dei vincoli organizzativi. Vincoli che l'antropologia le avrebbe mostrato e che le sono divenuti insopportabili: i rapporti di dominazione, lo scarto tra il tempo consacrato alla pratica e quello « rubato » per la ricerca, una domanda quasi fittizia di presa in carico del paziente in un sistema di cura che annulla l'individualità dei malati.

4.2. Nuovi strumenti per curare meglio

Secondo un altro gruppo d'informatori il sapere etnologico destruttura il cosiddetto paradigma biomedico senza sfociare per questo nella costituzione di un vero modello alternativo: esso genera piuttosto quella falsa consapevolezza epistemologica, a cui si è già fatto riferimento. Per un medico italiano scienze sociali e biomediche si prestano parole e idee per dare dei contorni a problemi che sfuggono ad ogni tentativo di definizione. L'antropologia medica sarebbe allora un campo di migrazioni concettuali che permette di formulare delle ipotesi che non troverebbero altrove il loro posto:

In ogni campo ci sono degli oggetti talmente indeterminati ed indeterminabili che li si può definire solo in via provvisoria, e neanche con gli strumenti della propria disciplina, ma attraverso delle parole-chiave tradotte da discipline più vaste e da teorie più generali. (medico italiano).

All'antropologia spetta così di dare un linguaggio all'indicibile: essa permette d'identificare quel set di metafore attraverso il quale l'ammalato esprime il proprio disagio, o di formulare nuovi codici per nuovi concetti. Ad essa spetta anche il compito di rivelare l'artificialità di modelli troppo rigidi mostrandone la storicità, la contingenza, la relatività. Ad esempio essa permette di rivalutare una medicina d'ispirazione ippocratica che prende in considerazione, al di là dell'intervento tecnico, le diversità individuali, sociali, ecologiche.

Uno psichiatra francese dichiara di aver appreso dalle scienze sociali ad ascoltare l'ammalato straniero cogliendo i diversi registri simbolici del suo discorso grazie al « il rigore e all'impegno a situare ogni fatto nel suo contesto ».

La possibilità d'affrancarsi da paradigmi troppo rigidi e di liberare l'ascolto e lo sguardo conduce ad uno slittamento di principio dal vero all'efficace: ad un fatto non corrisponde per forza un'etichetta scientifica ed esistono dei limiti imposti dal campo relazionale che non si può non accettare: « per esempio che esistono dei soggetti tabù che, in una comunità di lingua diversa, non posso affrontare » (medico italiano). Questo riconoscimento dei propri limiti e la consapevolezza che esistono pratiche, gesti, parole che « funzionano » anche se non sono scientificamente vere e

provate costituisce anche una sfida al sentimento d'onnipotenza di chi, da un lato e dall'altro, nutre l'illusione del controllo totale e senza sbavature dell'altro.

4.3. Mimetismo intellettuale e sottigliezze metodologiche

Gli antropologi che dichiarano aver imparato qualcosa dal mondo medico mettono in valore soprattutto lo sforzo di chiarezza, l'importanza di dare sempre dei contorni precisi al proprio linguaggio, d'affinamento dei concetti, la moltiplicazione degli strumenti di ricerca : ad esempio il ricorso a dati statistici o a tecniche come il *focus group*.

Spesso è la necessità di produrre risultati considerati efficaci e tangibili in poco tempo ad orientare gli antropologi verso lo strumento statistico. Tuttavia il ricorso all'inchiesta quantitativa resta ancora molto rara : un etnologo olandese interessato a porre le fondamenta di un'etno-epidemiologia sente di « rompere un tabù » e di varcare un passaggio che lo metterà parzialmente in conflitto con alcuni suoi colleghi.

Alcuni antropologi italiani ed olandesi affermano che il passaggio attraverso la medicina implica una riconsiderazione del proprio campo disciplinare ed il recupero di una concezione allargata dell'antropologia quale sapere-ponte tra scienze naturali e scienze sociali :

Quando ho cominciato a lavorare con loro (i medici) mi sono reso conto che non dovevo proporre una diluizione delle conoscenze ma, come dire, mostrarmi all'altezza della nostra tradizione di ricerca che include una dimensione biologica (antropologo italiano).

D'altra parte il recupero di una dimensione biologica è talvolta strumentale : adottare un linguaggio convincente, guadagnarsi il rispetto dei medici per essere ammessi a conferire con loro, « essere un camaleonte », dice un antropologo britannico. Ma il mimetismo accentua la vocazione proteiforme dell'antropologia e contribuisce all'indeterminatezza circa i suoi scopi, i suoi metodi, gli oggetti della sua riflessione.

La capacità d'indossare i panni del proprio interlocutore, o almeno di sostenerne il discorso, ha un risvolto pratico : essa permette di avere accesso ai centri decisionali, alle discussioni sui finanziamenti e d'acquisire una legittimità istituzionale. Con la consueta disinvoltura che caratterizza gli olandesi al riguardo, un antropologo descrive l'importanza che ha una ricercatrice in scienze biologiche all'interno del suo gruppo di lavoro.

Ha studiato biologia, conosce questo campo ed è rispettata dai medici, non è come (pausa) come noi, di cui pensano che non siamo interlocutori affidabili, lei lo è. Per questo credo che sia una buona cosa che lei sia biologa, per ragioni strategiche, dal momento che è un partner più sicuro per discutere di tutto ciò.

Queste parole profumano di concretezza e disincanto. E, ancora una volta, evocano un'immagine dell'antropologia medica come una *joint-venture*, in cui la collaborazione con l'altro professionale rappresenta un « cavallo di Troia » per accedere in territori altrimenti inaccessibili. Ma mostra anche un'imposizione della mimesis che svilisce il sapere antropologico ed una relazione egemonica tra sistemi di pensiero.

4.4. Due saperi in crisi: percezione dei limiti e nuovi interrogativi

Coinvolto nel processo di cura, l'etnologo comincia ad interrogarsi sulle conseguenze pratiche della propria ricerca e a chiedersi: applicazione o neutralità? impegno o distanza scientifica? Un'antropologa olandese racconta in modo estremamente coinvolto e coinvolgente il malessere che l'attenaglia quando, davanti allo schermo del proprio computer, deve tradurre un'esperienza dolorosa in materiali di studio:

Beh, a volte si è di fronte a gente come (pausa), malati, bambini handicappati o qualcuno che non può parlare e poi si vedono dei genitori che arrivano con questi bambini e si è (pausa). Io sono sempre molto commossa, toccata (pausa) E poi ritornare (pausa), ritornare al proprio computer o alla macchina da scrivere e (pausa) prendere distanza e usare tutto ciò solo come materiali etnografici, lo trovo molto doloroso. E così uno arriva a coinvolgersi in questo mondo medico, nella ricerca di guarigione (...) per questa ragione preferirei talvolta tornare ad essere un antropologo sperduto nel suo villaggio, si è più liberi di lasciare una parte di sé laggiù, intellettualmente si può essere (pausa) quando la ricerca di campo finisce, si può tagliar corto con le proprie emozioni e chiudere con delle situazioni così penibili.

Il sentimento di essere lacerata tra relazione e scrittura prende forma in un discorso frammentato, rotto dall'emozione. Le pause frequenti, le frasi incompiute danno un'eco particolare alla nostalgia infine espressa di un certo tipo di lavoro etnografico, in cui la lontananza nel tempo e nello spazio permette di prendere le distanze. Tuttavia la percezione di una frattura tra il momento della partecipazione e quello dell'elaborazione intellettuale evoca anche i dilemmi di un sapere «scoppiato». La frammentazione legata alla specializzazione scientifica è amplificata per contrasto con quell'antropologia di villaggio in cui nulla è separato: né l'oggetto della ricerca, né la vita dei cittadini, né la coscienza del ricercatore. Un antropologo britannico sottolinea, al contrario, la sua reazione contro un'antropologia «romantica», «idealista», «olista», che il suo lavoro in un ospedale inglese avrebbe messo a dura prova.

Le due testimonianze lasciano così filtrare un processo di corrosione innescato dall'incontro tra i due saperi: processo che sfocia talvolta in esiti completamente divergenti e che vanno dal recupero di un'etnologia tradizionale - talvolta con la reinvenzione di una tradizione etnologica - alla volontà di gettare le fondamenta d'una antropologia critica e pragmatica.

Così le contraddizioni implicite e silenziose di una medicina che ambisce allo stesso tempo alla globalità e all'iperspecializzazione si riflettono nello specchio di un'antropologia di cui si critica talvolta lo specialismo, talvolta l'olismo.

Una legge del taglione paradossale ed ironica avvicina e separa i due campi del sapere: ognuno riconosce nell'altro la malattia da cui è colpito. Malattia che si rivela con forza solo quando si è direttamente messi a confronto con i modi di fare dell'altro e con i limiti dei propri. Così G. Guille-Escuret raffigura l'etnologia come un'ammalata al cui capezzale litigano scienziati, militanti, intellettuali, tecnocrati: «quando una scienza si rassegna a scegliere tra il rifugiarsi nella sua torre d'avorio o lo sposare il proprio oggetto di studio in uno slancio di compassione, la malattia non risiede forse già nella sua costituzione più che in ciò che essa osserva?». (G. Guille-Escuret; 1996:17-18).

L'incontro e la contaminazione tra saperi rivela, come una cartina al tornasole, i limiti e le contraddizioni interni ad ogni disciplina. Limiti silenziosi, non detti, ovvi che diventano tutto fuorché naturali quanto si scontrano con altri limiti ed altre incoerenze: incoerenze concettuali nel caso della pratica medica, metodologiche e d'obiettivo per quanto riguarda l'esercizio dell'antropologia.

5. Conclusione: specchi indiscreti

L'immagine che conservo di questo inventario d'opinioni e d'esperienze è quella del telefono senza fili. La parola declamata alla fine del girotondo - «antropologia» - porta con sé tutti i significati accumulatisi nel passaggio da un orecchio all'altro. Significati molto eterogenei all'origine d'attese e malintesi. La polisemia del concetto - questa vastità mal definita che porta il nome di «scienza dell'uomo» - costituisce una specie di schermo tra i due gruppi d'interlocutori: antropologi e medici sembrano parlarsi attraverso un *moucharabieh* - quella griglia che orna e protegge l'intimità delle case arabo-musulmane - costituito dall'insieme di rappresentazioni che ci si fa della «parte avversa». Rappresentazioni spesso fondate su stereotipi: un medico descrive

l'etnologo che impersona il piccolo re locale nel suo villaggio sperduto, l'antropologo evoca l'immagine del medico dispotico dal potere senza limiti.

In realtà la convivenza rivela tutta una serie di differenziazioni interne che restano non dette finché il confronto con l'altro non le rende trasparenti: etnologia *versus* antropologia, psichiatria *versus* medicina organica, clinica *versus* ricerca, ricerca pura *versus* ricerca applicata, e via di seguito. La difficoltà di dire l'ultima parola nasce da questa segmentazione senza fine. Questa contaminazione tra saperi allude, allo stesso tempo, alla tentazione del riduzionismo e alla sua impossibilità, racconta uno zelo di purezza disciplinare e l'inevitabile contaminazione delle idee e delle tecniche di lavoro.

Per riassumere :

1. *Una convivenza più rappresentata che reale* : ad un'antropologia medica senza medicina (ideale di alcuni etnologi), corrisponde un'antropologia senza antropologi (ideale di molti medici). La tentazione di sbarazzarsi di questi puntigliosi ricercatori impegnati in sottigliezze intellettuali di dubbia efficacia terapeutica è anche legata all'idea di una condizione etnologica che autorizzerebbe tutti coloro che sono interessati all'Uomo a fregiarsi del titolo d'antropologo, secondo la formula di Terenzio: « *homo sum, nihil humanum a me alienum puto* », « sono un uomo e nulla di ciò che è umano mi è estraneo ».

2. *Il discorso sui malintesi : un gioco di difesa ed attacco*. Il primo fattore di crisi sottolineato è il rischio di riduzionismo e lo scontro tra due verità. Gli antropologi sono accusati di cercare una matematica sociale e d'essere sedotti dalla tentazione del terapeutico, i medici d'affermare un'egemonia di cui le scienze sociali sarebbero l'ostaggio. La posta in gioco è quella dell'appropriazione dell'altro - paziente o informatore - all'interno di due spazi « sacri » : la relazione di cura e quella etnografica. La necessità di proteggere questo territorio da incursioni indiscrete sarebbe una delle ragioni dell'incomprensione semantica, attraverso un codice di comunicazione che esclude i non-iniziati.

Un altro ordine d'incomprensioni risiede nelle diverse finalità dei due saperi : l'uno centrato sull'azione, l'altro sulla riflessione. Così le sfasature sul piano del tempo, ma anche del soggetto di studio - l'individuo *versus* la cultura - produce una specie di disincanto verso un'antropologia che non può dare leggi, ma solo fornire qualche chiave di lettura. Tuttavia, nello specchio di un'etnologia non affidabile, effimera, sembra riflettersi il disagio di una clinica che non può essere ridotta ai soli quadri teorici biomedici e che cerca dei punti di riferimento per padroneggiare l'incertezza presente nella relazione con il paziente, soprattutto quando quest'ultimo non appartiene alla cultura del terapeuta e porta con sé tutta l'opacità di un corpo, di una parola, di un'identità diversa.

Esiste poi una frattura d'ordine metodologico : ad esempio molti antropologi criticano la dissezione delle culture in tanti comportamenti separati, senza più coerenze e risposdenze nel modello globale di vita dell'ammalato. I tratti culturali rassomigliano a frammenti di cellule, nucleotidi, filamenti nervosi da manipolare e ricombinare a piacere. Questa decontestualizzazione è un « peccato mortale » dal punto di vista etnografico. D'altronde la purezza metodologica di cui gli antropologi talvolta si vantano è considerata una specie di vallo contro l'invasione di una classe medica molto strutturata e potente. Soprattutto in Francia ed in Gran Bretagna questa corporazione fonda il suo potere su due dispositivi : la gestione delle risorse e la formazione. L'etnologo rischia così d'essere relegato ad una funzione ancillare nei confronti di una biomedicina facente atto della sua larga legittimità. Ma quest'aspetto interessa marginalmente i medici e gli antropologi italiani impegnati nella medicina delle migrazioni, e se il conflitto è forte nella società francese, gli olandesi mostrano invece una maggiore tendenza alla negoziazione.

3. *Le convivenze riuscite.* Coloro che sfuggono alla finzione di una collaborazione virtuale sono soprattutto i rari medici-etnologi e gli ancor più rari antropologi-medici, ovvero coloro che dispongono di una doppia formazione. Per i medici l'antropologia libera da alcuni modelli troppo rigidi di lettura dei fenomeni, anche se questa crisi epistemologica dà luogo a due esiti : ad una cura più efficace, ovvero un « saper mettere insieme le cose », come ha detto un medico italiano, oppure ad una « paralisi » legata all'interruzione degli automatismi terapeutici. Gli antropologi riconoscono raramente il valore euristico della collaborazione con l'altro sapere, ma i vantaggi emergono soprattutto sul piano dell'affinamento metodologico e concettuale. Si impara anche « ad adattarsi » al discorso dei dottori, ma questa sfiducia nelle possibilità reali d'incontro e l'opzione mimetica amplifica il carattere proteiforme della disciplina e la confusione sui suoi obiettivi.

Ambigue convivenze, dunque, che disegnano due modi di guardarsi nell'altro : giocare allo « specchio, specchio delle mie brame chi è la più bella del reame ? » tra mele fatate e filtri avvelenati, oppure, più realisticamente, scrutare nello specchio indiscreto dei saperi altrui quelle contraddizioni e quelle potenzialità che ci aiutano a costruire, insieme, un'antropologia medica critica.

Opere citate

- A.M.A.D.E.S., *Interventions sanitaires et contextes culturels*. Toulouse, A.M.A.D.E.S., 1990.
- *Où en est l'anthropologie médicale appliquée?* Toulouse, A.M.A.D.E.S., 1992.
- Barthes R., *Le bruissement de la langue. Essais critiques IV*, Paris, Seuil, 1984.
- Diasio N., *La science impure. Anthropologie et médecine en France, Grande Bretagne, Italie, Pays Bas*, Paris, PUF, 1999
- Diasio N., *Patrie provisoire. Etnografia del corpo in una società di mutanti*, Milano, Franco Angeli, in via di pubblicazione.
- Federspil G., *I fondamenti del metodo in medicina clinica e sperimentale*. Padova, Piccin, 1980.
- Fox R., *Experiment perilous: physicians and patients facing the unknown*. Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 1974.
- *The sociology of medicine: a participant observer's view*. Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1989.
- Gruenais M.E., Anthropologie médicale appliquée, In: Baré J.F. (dir) *Les applications de l'anthropologie. Un essai de réflexion collective depuis la France*, Paris, Karthala, «Hommes et sociétés», 1995, 179-220.
- Guille-Escuret G., *L'Anthropologie, à quoi bon? Chercheurs, techniciens, intellectuels et militants*. Paris, L'Harmattan, 1996.
- Healing and the body politic: dilemmas of doctoring in ethnography fieldwork, *Anthropological Quarterly*, 1996, 96, n 3.
- Miracle A.W., The making of Shamans and Applied Anthropologists, *Practicing Anthropology*, 1982, 5, n 1.
- Young A., The Anthropologies of Illness and Sickness, *Annual Review of Anthropology*, 1982, 11, 257-285.
- Zanini P., *Significati del confine. I limiti naturali, storici, mentali*, Milano Mondadori, 1997.

IL PROGETTO "TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI E DELLE CITTADINE MIGRANTI" DELL'AZ. UNITA' SANITARIA LOCALE DI PARMA

**D.SSA ADELE TONINI -
Asl Parma, responsabile del progetto**

Premessa:

La comunicazione che segue e' la partecipazione dell'esperienza in corso a Parma nel campo dell'assistenza sanitaria agli stranieri immigrati. E' la relazione su un lavoro svolto e su un progetto molto piu' grande ancora in cantiere e quindi in via di costruzione. Come sempre, quando si lavora con passione, sono necessari entrambe gli aspetti: l'urgenza di essere pragmatici ed operativi e la preoccupazione di "pensare avanti", di inserire quello che si fa in un quadro piu' ampio, senza aspettare pero' per darsi da fare che tutti i passaggi del percorso siano perfettamente definiti, nella consapevolezza che solo la riflessione sull'esperienza concreta permette di costruire in modo efficace e duraturo.

La storia:

E' inaugurato nell'aprile di tre anni fa' il CONSULTORIO per le DONNE IMMIGRATE ed i loro bambini, uno spazio dedicato, preciso, nell'ambito di una delle sedi della rete di consultori dell'AREA SALUTE DONNA dell'AUSL di Parma. Si tratta della prima iniziativa strutturata di tipo sanitario, e per di piu' in ambito pubblico, rivolta agli immigrati sul territorio provinciale (negli anni precedenti c'era stata solo qualche timida iniziativa da parte del volontariato, presto naufragata). La struttura del consultorio e' semplice, si avvale di personale che gia' lavora nel servizio (1 GINECOLOGA, 1 OSTETRICA, 1 ASSISTENTE SANITARIA PEDIATRICA, 1 ASSISTENTE SOCIALE) o comunque in altri servizi dell'Azienda (1 PEDIATRA, 1 SPECIALISTA IN MALATTIE INFETTIVE) e di MEDIATRICI CULTURALI messe a disposizione dall'amministrazione comunale.

L'attivita' del consultorio subisce in progressivo incremento, probabilmente per la formula particolarmente indovinata dello staff (ben evidenziata nelle locandine pubblicitarie " TROVERAI SOLO PERSONALE FEMMINILE..."), attenta ad eliminare in partenza un grosso ostacolo culturale-religioso per una grossa fetta dell'utenza potenziale, poi per l'indubbia dedizione ed attenzione del personale. Nei primi 18 mesi di attivita' sono 289 le donne e 67 i bambini, appartenenti a 35 etnie diverse, che accedono almeno una volta al servizio, un terzo di queste sono sprovviste di permesso di soggiorno e quindi non possono iscriversi al SSN.

Affiorano ben presto pero' i "NODI CRITICI" dell'iniziativa:

- a) mancano percorsi codificati e raccordi consolidati con il resto della rete assistenziale AUSL e Ospedaliera per cui le donne non in regola con l'iscrizione al SSN trovano difficolta' ad accedere anche alle prestazioni diagnostiche urgenti e necessarie garantite dalla normativa vigente
- b) mancano lo scambio di informazioni fra i servizi e la possibilita' di passaggi semplificati tra gli stessi, costringendo spesso le operatrici ad "accompagnare l'utente" perche' non si perda nel labirinto

Soprattutto si riflette sulle difficolta' incontrate, si pensa al futuro e a come passare da questa fase pionieristica alla possibilita' per tutti gli immigrati stranieri di fruire agevolmente di tutti quei servizi dell' AUSL garantiti loro dalle leggi ma in gran parte vietati nei fatti..

Nell'ultimo anno di attivita' il Consultorio organizza inoltre per il proprio personale un'attivita' di formazione continua sui temi dell'interculturalita' , dei fenomeni migratori e dei loro attori, chiamando appositamente un esperto di antropologia ed etnopsichiatria.

Il progetto

All'inizio di quest'anno si preparano i programmi futuri, ma ormai il solo ambito del Consultorio comincia a rivelarsi "stretto". Il problema della tutela della salute degli immigrati emerge in tutta la sua vastita', come problema non solo limitato all ' assistenza alle donne e all'infanzia, ma a tutta la popolazione immigrata, chiamando in causa tutti i servizi dell'AUSL.

Si delinea cosi', piano piano, il "Progetto speciale per la tutela della salute dei cittadini e delle cittadine immigrate" inteso come momento indispensabile per il passaggio dall'esperienza del Consultorio (e grazie ad essa!) all'integrazione piena degli immigrati stranieri nella fruizione dei servizi del SSN, come strumento per diffondere le competenze adeguate all'accoglienza, nel rispetto della specificita' delle culture, ed alla corretta lettura dei bisogni.

Si individua come punto di partenza obbligato il COINVOLGIMENTO FATTIVO DEI SERVIZI E DELLE AREE PROGETTUALI DELL'AUSL, NONCHE' DELLA MEDICINA GENERALE E DELLA SPECIALISTICA CONVENZIONATA.

Si propone come metodo di lavoro lo stesso gia' sperimentato nel CONSULTORIO DONNE IMMIGRATE, e cioe':

- l'analisi della presenza e dell'utilizzo dei servizi:
- a) quali etnie, gruppi vi accedono e quali no
- b) quali sono i bisogni espressi

- l'analisi delle difficolta' incontrate dagli operatori

- l'analisi dei NODI CRITICI:
 - a) difficolta' nella lettura dei bisogni ed adeguatezza delle risposte fornite
 - b) problemi di carattere strutturale/organizzativo.

Le conoscenze cosi' acquisite costituiscono il presupposto per l'attivazione della RETE TRA I SERVIZI, nonche' lo strumento indispensabile affinche' l'AUSL possa:

- assumere in modo consapevole il problema della tutela della salute delle popolazioni migranti fra le proprie competenze, stabilendone i confini e ricercando le necessarie interazioni territoriali, sia a livello istituzionale che non, per l'accoglienza della complessita' del problema
- stabilire i propri obiettivi
- individuare le strategie adeguate
- definire i tempi e i risultati attesi
- destinare le risorse necessarie.

Obiettivi:

Si individuano come obiettivi prioritari:

.1) TUTELA DELLA SALUTE DELLE DONNE IMMIGRATE con particolare riferimento

a:

- tutela della maternita'
- prevenzione e cura delle patologie in gravidanza
- controllo della fertilita' e prevenzione delle IVG
- prevenzione e cura delle problematiche legate al fenomeno della prostituzione, con p.r. alle malattie sessualmente trasmesse e all'HIV
- prevenzione e cura delle malattie infettive (epatiti e TBC)
- protezione della salute riproduttiva con particolare attenzione alle situazioni di mutilazioni genitali femminili

.2)TUTELA DELLA SALUTE DEL BAMBINO, con particolare attenzione alle cure sanitarie preventive, prioritarie e all'educazione sanitaria

(Questi due primi obiettivi specifici si pongono in diretta continuazione con il lavoro gia' svolto dal Consultorio Donne Immigrate e rappresentano CONCRETI OBIETTIVI CLINICI il cui conseguimento e' reso possibile dalla struttura del consultorio stesso, unica struttura operativa "dedicata" al progetto)

Inoltre:

.3)MONITORAGGIO DI ALCUNE PATOLOGIE, a comparazione con la popolazione generale residente nel territorio di competenza, finalizzato alla riduzione delle disuguaglianze in termini di morbidita' e mortalita' tra i gruppi sociali

.4)COSTRUZIONE DI UNA RETE TRA I SERVIZI:

la messa in rete dei diversi servizi dell'AUSL che erogano prestazioni idonee al raggiungimento degli obiettivi sopraindicati costituisce una garanzia di coordinamento dei diversi interventi cosi' da:

- leggere e analizzare i bisogni emergenti
- strutturare percorsi di accoglienza ed assistenza adeguati in una logica di programmazione complessiva, che sappia cogliere le specifiche necessita' e le prioritari
- effettuare controlli di efficienza ed efficacia

.5)UTILIZZO APPROPRIATO DELLE RISORSE:

come evidenziato in precedenti esperienze, in contesti diversi, anche al di la' delle difficolta' linguistiche, il non riconoscimento delle specificita' culturali e la mancanza di metodologie appropriate in grado di decodificare l'espressione dei sintomi e dei bisogni sono causa di inefficacia degli interventi, accompagnata ad inadeguato utilizzo delle risorse.

In particolare si assiste a:

- elevata quota di errori diagnostici
- difficolta' nella diagnosi, con ricorso ad accertamenti strumentali e diagnostici inutili ed impropri
- ricorso a strutture improprie (es. al Pronto Soccorso perche' non si conoscono i percorsi assistenziali o questi non sono facilmente accessibili)
- ricoveri impropri, soprattutto in relazione a supposte patologie in gravidanza

- impossibilita' di monitoraggio delle malattie emergenti

Tutto cio' comporta, innanzitutto una inadeguata risposta sanitaria (misconoscimento, con conseguente ritardo diagnostico ed evoluzione sfavorevole di patologie per le quali diventa poi necessario il ricovero ospedaliero), un aumento dei rischi per la salute, oltre che un dispendio inutile di risorse umane, professionali ed economiche.

(Rispetto a questi obiettivi l'esperienza del Consultorio si caratterizza come esperienza pilota, stimolo ed occasione di formazione per gli operatori degli altri servizi)

Strumenti operativi:

A) PERSONALE

e' quello gia' operativo nel consultorio:

Una GINECOLOGA per 16 ore settimanali, con funzioni anche di educazione sanitaria e, al momento, di responsabile e coordinatrice della struttura

Una OSTETRICA per 36 ore settimanali

Un'ASSISTENTE SANITARIA PEDIATRICA per 18 ore settimanali, con funzioni anche di raccordo tra il consultorio ed i servizi pediatrici territoriali

Un MEDICO PEDIATRA per 8 ore settimanali, con funzioni principalmente, data l'esistenza di una buona rete di assistenza pediatrica territoriale, di educazione sanitaria e di assistenza/sostegno alle madri nei primi mesi di vita del bambino, nei casi particolarmente a rischio

Un'ASSISTENTE SOCIALE per 36 ore settimanali, elemento centrale per l'accoglienza, la prima lettura dei bisogni, l'integrazione fra le attivita' interne ed esterne al servizio

Un MEDICO SPECIALISTA IN MALATTIE INFETTIVE per 12 ore settimanali, con compiti, oltre che clinici, di educazione sanitaria e di monitoraggio delle patologie emergenti, c.p.r.a quelle trasmesse per contagio sessuale

MEDIATRICI LINGUISTICO-CULTURALI

B) SISTEMA INFORMATIVO (da costruire) per rilevare e sistematizzare tutte le informazioni necessarie all'analisi ed al monitoraggio delle caratteristiche dell'utenza, dei flussi della stessa, dei bisogni e delle attivita'...

C) CONSULENZA di tipo demografico, per confrontare i dati di popolazione con quelli di attivita' dei servizi. Questo incarico e' affidato ad una ricercatrice universitaria con competenze adeguate.

D) RICERCA, intesa come strumento conoscitivo finalizzato anche alla verifica del raggiungimento degli obiettivi (errori diagnostici, ricoveri impropri)

E) SUPERVISIONE. Continuando la positiva esperienza del Consultorio e' attivo un corso di formazione per gli operatori ed i referenti, tenuto da un medico etnopsichiatra, con formazione antropologica al fine di:

- valutare i difetti di comunicazione dovuti alle differenze delle culture, credenze, codici comunicativi ed abitudini

- sviluppare un corretto atteggiamento di ascolto ed una corretta interpretazione delle richieste, finalizzati ad una assistenza sempre piu' adeguata ed efficace.

Metodo di lavoro:

Caratteristiche essenziali sono:

- importanza del COUNSELLING, inteso prima di tutto come capacita' di ascolto dei bisogni e conseguente individualizzazione delle risposte, nel rispetto delle specificita' culturali dell'utente
- INTERDISCIPLINARIETA', per poter decodificare la complessita' dei problemi
- LAVORO DI COMUNITA', tensione costante a coinvolgere nel lavoro le comunita' di appartenenza, per favorire l'accesso delle etnie non facilmente raggiungibili e comprendere meglio i contesti culturali
- LAVORO IN RETE
- VERIFICA E VALUTAZIONE dell'attivita', del processo e degli esiti.

Durata del progetto, tappe e scadenze:

Lo sviluppo del progetto e' previsto nell'arco di due anni e prevede le seguenti tappe e scadenze specifiche:

-a breve termine:

visibilita' maggiore del Consultorio donne immigrate per consentire l'accesso allo stesso anche alle etnie finora non raggiunte (es. cinesi e filippine)

individuazione degli altri servizi che costituiscono i punti di snodo della rete

-a medio termine:

diffusione delle conoscenze, delle competenze e metodologie di lavoro negli altri servizi

definizione di un protocollo di approccio e di intervento

raggiungimento delle diverse etnie

-a lungo termine:

"normalizzazione" della rete, intesa come apprendimento del know-how ed acquisizione delle metodologie di intervento nei confronti delle popolazioni migranti come competenza propria nei servizi sanitari dell'AUSL

acquisizione delle differenze e delle specificita' nell'espressione dei bisogni da parte delle popolazioni migranti, nella salvaguardia dei loro usi e costumi, come un vero e proprio diritto

riduzione degli errori diagnostici, dei ricoveri impropri ecc.

Conclusioni:

Il Progetto e' nella fase di avvio.

Si sono riuniti in un GRUPPO DI COORDINAMENTO AZIENDALE i responsabili delle varie aree e servizi ed i referenti per il Progetto in ognuno dei cinque distretti dell'AUSL per cominciare a scambiarsi dati e a raccogliere notizie, ad evidenziare i problemi...in una parola a COSTRUIRE LA RETE.

E' partita anche la nuova serie di incontri di FORMAZIONE-SUPERVISIONE che avra' cadenza bimestrale.

Ma ben al di la' degli obiettivi esplicitati il "PROGETTO PER LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI IMMIGRATI" sembra stia mobilitando una serie di energie e di iniziative con effetti contagiosi e moltiplicativi:

- una nuova attenzione alla legislazione sui diritti all'assistenza sanitaria per gli stranieri irregolari (mai applicata nella nostra AUSL)
- il coinvolgimento dell'area della medicina di famiglia come "porta di accesso" e "primo filtro" per il Servizio Sanitario anche per gli irregolari

soprattutto una RINNOVATA ATTENZIONE AI PROBLEMI SANITARI DEGLI STRANIERI IMMIGRATI e la COSTRUZIONE DI UN QUADRO AMBIENTALE E STRUTTURALE tale da permettere a future iniziative specifiche in questo campo di trovare immediatamente fertile terreno e facili contatti e sinergie.

FLUMEN MAURIZIO BRUSCHI

. Il problema del controllo dei flussi migratori da parte di cittadini di altri paesi verso l'Italia costituisce una delle questioni centrali da prendere in considerazione per consentire una corretta pianificazione dello sviluppo sociale ed economico del sistema Italia.

Fornire notizie precise ed attendibili sulle tendenze e sui macro flussi di questo fenomeno agli Enti preposti alla formulazione di politiche riguardanti la gestione del problema rappresenta l'esigenza primaria da perseguire per governare questo fenomeno.

Infatti, allo stato, il "dato" immigrazione risulta particolarmente disomogeneo e fortemente frazionato sugli Enti statali che gestiscono centralmente e sul territorio le varie casistiche di intervento/servizio nei confronti degli stranieri immigrati.

I momenti in cui lo straniero immigrato viene a contatto con le autorità Statali, Nazionali o Locali, possono essere i più vari e differenti: dal centro di accoglienza, alla Azienda Sanitaria Locale, dal datore di lavoro, al commissariato di Polizia, dalla aula di giustizia, all'INPS. La grande varietà delle situazioni di interazione tra l'immigrato e lo Stato rendono di conseguenza le informazioni acquisibili particolarmente eterogenee, da ciò consegue una oggettiva difficoltà per definire un sottoinsieme di informazioni comuni.

Un possibile elenco di Enti che trattano informazioni sugli extracomunitari è il seguente:

- ❑ Ministero Interno
- ❑ Ministero Lavoro
- ❑ INPS
- ❑ Regioni
- ❑ Ministero Sanità
- ❑ Ministero Grazia e Giustizia
- ❑ Ministero della Pubblica Istruzione
- ❑ ISTAT

Obiettivo della realizzazione è l'acquisizione effettiva di questi dati, che a seconda della disponibilità alla collaborazione o delle capacità operative dei singoli Enti potranno essere ricevuti dati in formato più o meno adattabile alle necessità in questione (Es.: una estrazione opportunamente pilotata di un sottoinsieme di dati oppure una copia del DB da elaborare successivamente).

Tali informazioni al termine della ricezione dagli Enti proprietari delle informazioni reperibili (e disponibili), saranno sottoposte ad un processo di normalizzazione per renderle compatibili e confrontabili tra di loro. Si verrà quindi a creare un sotto insieme di informazioni comuni a cui dovranno essere relazionate le informazioni caratteristiche della singola fonte di provenienza. Il risultato finale presenterà quindi un mosaico di informazioni provenienti dalle più disparate fonti dati ma armonizzato e reso interrogabile.

La costruzione di una base di dati che raccoglie le informazioni di interesse per lo studio del fenomeno è altrettanto importante per realizzare e rappresentare le diverse possibili aggregazioni delle informazioni contenute nei dati e tal fine il sistema dovrà mascherare la complessità delle operazioni sottostanti e dovrà essere utilizzabile anche da parte un utente non specializzato.

SALUTE E IMMIGRAZIONE. UN MODELLO TEORICO-PRATICO PER LE AZIENDE SANITARIE

NICOLA PASINI E MARIO PICOZZI

Fondazione Cariplo ISMU - Milano

Enti Promotori:

- Fondazione Cariplo ISMU (Iniziativa e Studi sulla Multietnicità)
 - Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Università dell'Insubria.
- Possibile collaborazione con il Centro di Bioetica della Georgetown University, Washington.

Finalità del progetto

Il tema immigrazione-salute ci costringe a riflettere in termini di medicina transculturale, nel senso che determinati comportamenti, patologie, pratiche mediche vengono considerati come fenomeni socialmente e culturalmente determinati. In tal senso, parlare di salute e conseguentemente di malattia relativamente al tema dell'immigrazione rimanda a una definizione culturale di entrambi i concetti. Ci si trova di fronte a nuove sfide non solo per quanto concerne le categorie epistemologiche del pensiero della medicina occidentale, ma anche rispetto ai sistemi di riferimento delle professioni e delle tecnologie mediche, ai modelli organizzativi nelle strutture ospedaliere, alle scelte compiute dalle direzioni sanitarie e dai singoli operatori.

I problemi sottesi alla medicina transculturale esigono un'analisi interdisciplinare (biomedicina, bioetica, antropologia, psicologia, sociologia), che sappia integrare saperi e prospettive diverse. I contributi dell'antropologia medica contemporanea mostrano le differenti tradizioni mediche e mettono a confronto le varie prospettive mediche in ordine al rapporto salute/malattia/terapia. L'interpretazione interdisciplinare determina la complessità dell'oggetto di studio, non riducibile a un solo modello basato sulla percezione psico-fisica dello 'star male e dello star bene', ma anche attraverso una costruzione culturale che investe il contesto sociale di riferimento (solo per fare alcuni esempi, la differente percezione del disagio e malessere tra autoctoni e migranti, il variare del comportamento clinico tra i gruppi etnici, le diverse risposte alle strategie terapeutiche ecc.).

Occorre altresì che l'analisi empirica, necessaria e indispensabile per inquadrare il problema, sia assunta in una riflessione teorica che motivi e fondi le conseguenti scelte pratiche. La stessa relazione medico-paziente e la relazione di quest'ultimo con i servizi sanitari non può dunque prescindere dall'intreccio tra variabili strutturali e dimensioni culturali che può facilitare l'accesso e l'assistenza sanitaria di gruppi 'svantaggiati', ferme restando la complessità e la difficoltà nell'analizzare il problema. Difficoltà che, data l'incompatibilità tra specificità culturali diverse, comportano spesso incomprensioni da parte degli operatori sanitari.

In questo contesto, oltre alle risposte che le istituzioni di welfare devono fornire in termini di politiche pubbliche, vi è, quindi, una grossa responsabilità per coloro che sono chiamati ad adottare scelte gestionali e ad individuare i relativi criteri che supportano tali scelte.

Assistiamo infatti a scelte quotidiane dettate dall'urgenza, non inquadrare in un adeguato modello di riferimento e quindi soggette alla precarietà, al mutamento continuo, facilmente destinate a ingenerare contraddizione e confusione.

La stessa riflessione teorica, peraltro non sufficientemente indagata, difficilmente si lascia istruire dalla prassi e si sforza di offrire attuazioni pratiche di quanto concettualmente elaborato. Il

rischio è che sia l'Ente Ospedaliero sia il singolo operatore "reciti a soggetto", senza alcun aiuto e supporto.

L'obiettivo del progetto di ricerca si propone innanzitutto di fornire alle Direzioni Sanitarie delle Aziende Sanitarie Ospedaliere, delle Aziende sanitarie Locali e ai loro Comitati etici, a cui compete la responsabilità delle scelte di gestione e amministrazione dell'assistenza sanitaria, un modello teorico che tenga conto del ruolo dei valori, delle norme, delle credenze, delle concezioni del bene dei vari gruppi etnici e culturali, al fine di analizzare e comprendere i vari significati dati da ciascun gruppo alla salute e alla malattia. Tale modello teorico deve costituire il punto di riferimento su cui fondare le ragioni di scelte operative. In secondo luogo, si vogliono fornire indicazioni pratiche che istruiscano e rendano praticabile tale modello, in un contesto di reciprocità e sinergia tra teoria e prassi, attraverso un dialogo multidisciplinare che veda la partecipazione di tutti gli attori interessati (dagli operatori agli utenti) mediante un approccio sia *top down* che *bottom up*.

Sarà così possibile che in questo quadro le singole Unità Operative, i loro direttori, i singoli operatori sanitari trovino le indicazioni e le motivazioni per saper rispondere ai quesiti che l'attività sanitaria quotidiana impone, nella speranza che esse siano in sinergia e coerenza con l'attività e le scelte dell'intera Azienda.

In un sistema così costruito sarà realmente possibile anche per il singolo utente extracomunitario maggiorenne, appartenente a una cultura diversa da quella occidentale, conoscere i criteri teorici e metodologici, nonché le relative scelte pratiche prese all'interno delle Aziende, al fine di essere in grado di poter decidere autonomamente se e dove farsi assistere.

Metodologia: la ricerca sarà condotta su due fronti, che procederanno in modo da intersecarsi continuamente:

1. La rilevazione empirica di quanto accade oggi nell'assistenza sanitaria, con questionari rivolti ad alcune Aziende Sanitarie Ospedaliere e ad alcune Aziende Ospedaliere Locali distribuite sul territorio lombardo, e ad altre strutture pubbliche e private che in Italia si occupano di assistenza sanitaria agli immigrati. Tale rilevazione si pone una duplice finalità: conoscere la realtà ospedaliera e lasciarsi istruire da esso in ordine alle domande e alle prospettive emergenti per la costruzione di un quadro teorico adeguato.

Alcune delle questioni oggi più rilevanti circa l'assistenza sanitaria agli stranieri, individuate anche dall'analisi della letteratura internazionale, e che saranno oggetto della nostra indagine, sono:

- a) Incomprensione culturale e linguistica tra medico e paziente migrante;
- b) il credo religioso;
- c) la famiglia e il gruppo di appartenenza;
- d) il rapporto uomo-donna;
- e) le varie fasi del ciclo di vita, in particolare gravidanza, nascita, maternità;
- f) le medicine non convenzionali

Le Aziende individuate come primo campione da analizzare sono le seguenti:

- Policlinico di Milano;
- Istituti Clinici di Perfezionamento di Milano;
- Azienda Ospedaliera Fondazione Macchi di Varese;
- Azienda Ospedaliera di Legnano.

E' già stata richiesta una prima disponibilità ai direttori sanitari. Tali Aziende permettono di analizzare un campione sufficientemente adeguato della realtà sanitaria rivolta agli immigrati sia nella città di Milano sia nella provincia.

2. lo studio interdisciplinare del problema (con riferimento agli aspetti sanitari, etici, sociali, psicologici, deontologici e giuridici), attraverso incontri seminariali, per fornire un quadro teorico di

riferimento in grado di motivare e fondare determinate scelte pratiche, in risposta a quanto emerso dall'indagine empirica.

Obiettivo:

- a) Elaborazione di percorsi multipli per l'assistenza sanitaria agli immigrati indirizzati alle Direzioni Sanitarie delle Aziende Ospedaliere e delle Aziende Sanitarie Locali, e ai relativi Comitati Etici.
- b) Convegno nazionale (ottobre 2001) in cui illustrare la ricerca e la proposta elaborata.

STAFF:

PROF MARIO TAVANI

**ORDINARIO DI MEDICINA LEGALE E DELLE ASSICURAZIONI
DIRETTORE DIPARTIMENTO DI MEDICINA E SANITÀ PUBBLICA
UNIVERSITÀ DELL'INSUBRIA**

DOTT. MARIO PICOZZI

**RICERCATORE DIPARTIMENTO DI MEDICINA E SANITÀ PUBBLICA
UNIVERSITÀ DELL'INSUBRIA**

DOTT. SSA ROBERTA SALA

**COLLABORATRICE DIPARTIMENTO DI MEDICINA E SANITÀ PUBBLICA
UNIVERSITÀ DELL'INSUBRIA**

DOTT. SSA FRANCESCA SELVAGIO

**SPECIALIZZANDA IN MEDICINA LEGALE E DELLE ASSICURAZIONI
DIPARTIMENTO DI MEDICINA E SANITÀ PUBBLICA
UNIVERSITÀ DELL'INSUBRIA**

DOTT. DANIELA BLASOTTA

**SPECIALIZZANDO IN MEDICINA LEGALE E DELLE ASSICURAZIONI
DIPARTIMENTO DI MEDICINA E SANITÀ PUBBLICA
UNIVERSITÀ DELL'INSUBRIA**

DOTT. NICOLA PASINI

RESPONSABILE SEZIONE SALUTE FONDAZIONE CARIPLO I.S.MU.

DOTT. MARCO MAZZETTI

COLLABORATORE AMBULATORIO CARITAS DI ROMA E DELLA FONDAZIONE CARIPLO I.S.MU.

LE CONDIZIONI DI SALUTE DEGLI IMMIGRATI NELL'AREA MILANESE, 1998-1999¹

NICOLA PASINI,
Fondazione Cariplo I.S.M.U - Milano

Una parte dell'indagine condotta nel 1998 e analizzata nel 1999 ha riguardato le condizioni di salute degli immigrati provenienti dai Paesi in Via di Sviluppo (PVS) e dall'est Europa.

Nella parte del questionario volta principalmente a conoscere le condizioni di salute degli immigrati (campione rappresentativo di 1000 persone), si è voluto anche verificare quali siano le principali patologie cui sono soggetti e se i problemi generali relativi alla salute siano un problema di massima importanza come lo sono altri problemi quali lavoro, casa, lingua, integrazione sociale e così via. Tale indagine diventa rilevante per comprendere se il concetto 'effetto migrante sano' si sta modificando oppure no.

Una domanda del questionario somministrato agli stranieri chiedeva di elencare in ordine di importanza i tre problemi maggiormente sentiti, ad eccezione del lavoro. Le risposte hanno messo in evidenza che l'assistenza sanitaria non è considerata un problema prioritario dagli stranieri. Infatti, a Milano solo il 3,6% ritiene che il primo problema da segnalare sia l'assistenza sanitaria. In generale, la salute occupa l'ottavo posto sui nove *items* previsti dal questionario. Per quanto riguarda il territorio della provincia di Milano, il problema dell'assistenza è segnalato dal 4,3%. E' riscontrabile pertanto una sostanziale similitudine di risposte, tale da poter affermare che tra capoluogo e provincia non vi è particolare differenza.

Una più sensibile diversificazione nelle risposte si ha già in relazione alla seconda delle priorità segnalate che, per il capoluogo, vede l'assistenza sanitaria come ambito problematico al secondo posto delle opzioni date con l'11%, laddove in provincia essa rappresenta un problema solo per il 4%. Come terzo problema attuale segnalato nelle risposte l'assistenza sanitaria compare, per la città di Milano, nel 4% dei casi, mentre per gli altri comuni della provincia nel 2,5%.

Un altro fattore rilevante ai fini dello studio delle condizioni di salute degli stranieri è costituito dall'iscrizione al Servizio sanitario nazionale (SSN). A questo proposito va ricordato che l'attuale normativa (*L. 40, 6 marzo 1998 e successivo testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione giuridica dello straniero*) è volta a dare cittadinanza sanitaria anche a coloro che si trovano ancora in situazioni di irregolarità o clandestinità. Va inoltre ricordato che, a nostro avviso, già prima dell'attuale legge, con il Dls 18/11/1995 n. 489 del 1995 e successive reiterazioni, in forza dell'art. 13 (poi ridefinito come art.11) si registrò una svolta per una nuova concezione della politica sanitaria per gli immigrati; si parlò infatti di 'sdoganamento' del diritto alla salute, dal momento che le cure mediche venivano garantite a tutti gli immigrati presenti sul territorio nazionale, a prescindere dal loro status giuridico.

La nuova legge disciplina in modo differente la condizione degli iscritti al SSN da quella di coloro che non lo sono, anche se in entrambi i casi le cure mediche vengono garantite; infatti gli artt. 32 e 33 parlano rispettivamente di "assistenza per gli stranieri iscritti al SSN" (art.32) e di "assistenza sanitaria ai non iscritti al SSN" (art.33). I primi sono considerati alla stessa stregua dei cittadini italiani, i secondi possono accedere alle cure o dietro pagamento delle prestazioni, secondo le tariffe fissate dalle regioni, o, se indigenti, possono accedervi gratuitamente; i costi sostenuti dalle ASL vengono imputati al Ministero dell'Interno per le prestazioni urgenti o/e essenziali, mentre, per le altre, tali costi vengono sostenuti dal Fondo Sanitario Nazionale.

¹ La presente relazione è una sintesi estratta dalla parte monografica dedicata al tema della salute del rapporto statistico dell'Osservatorio sull'immigrazione straniera nell'area milanese, periodo 1998-1999 a cura della **Provincia di Milano e della Fondazione Cariplo I.S.MU).**

Va detto inoltre che, a garanzia del generale e universale diritto alla salute, anche gli immigrati clandestini che necessitano di cure possono accedere alle strutture sanitarie senza segnalazione da parte di quest'ultime alle autorità competenti.

A tale proposito, i dati relativi all'iscrizione al SSN evidenziano per entrambi i territori una proporzione di iscritti pari al 61% circa. All'omogeneità territoriale non corrisponde, però, anche quella di genere: infatti, sia a Milano sia nella provincia, le donne risultano maggiormente iscritte, rispettivamente per una quota del 70% e 76% contro il 55,5% e 54% dei maschi.

Relativamente all'area di provenienza si può verificare la presenza di uno scenario variegato. Infatti, a Milano la proporzione di iscritti al SSN nel collettivo asiatico è doppia (72,8%) rispetto a quella degli est europei, mentre le altre aree di provenienza si collocano fra questi estremi. Tale situazione si ripresenta anche negli altri comuni della provincia dove, in questo caso, sono gli altri africani a detenere la percentuale più alta di iscritti (77,7%) contro il 43,2% degli est europei.

Tab. 1 Percentuale di iscritti al Servizio sanitario nazionale nel 1998 a Milano (A) e negli altri comuni della provincia (B) secondo l'area di provenienza

| Area di provenienza | A | B |
|---------------------|-------------|-------------|
| Est Europa | 36,2 | 43,2 |
| Nord Africa | 57,2 | 54,8 |
| Altri Africa | 59,5 | 77,7 |
| Asia | 72,8 | 70,2 |
| America Latina | 61,2 | 69,5 |
| <i>Totale</i> | <i>61,0</i> | <i>61,1</i> |

Fonte: n/elaborazioni su dati Osservatorio Fondazione Cariplo-I.S.MU. - Provincia di Milano.

Tra coloro che sono in possesso del permesso di soggiorno a Milano il 72% è anche iscritto al SSN. Tale dato evidenzia una lacuna dal punto di vista delle procedure burocratiche e organizzative per l'accesso ai servizi sanitari. In provincia la proporzione è più elevata, infatti l'82% di chi ha il permesso di soggiorno è anche iscritto al SSN.

Una domanda del questionario verteva sulla condizione di salute fisica e psicologica, e in particolare la sua variazione positiva o negativa dall'arrivo in Italia. Pur tenendo presente la definizione culturale di salute propria di ciascuna tradizione o etnia, nel senso che determinati comportamenti, patologie, pratiche mediche vengono considerati come fenomeni socialmente e culturalmente condizionati, i problemi della salute degli immigrati sono, come è noto, suddivisibili in problemi di importazione, problemi di adattamento e problemi di acquisizione. I primi sono i problemi di salute che l'immigrato porta con sé dal proprio paese di origine, i secondi sono relativi alla difficoltà di inserimento dell'immigrato in un nuovo contesto socio-culturale, e comprendono per lo più disagi di natura psicosomatica, malesseri dovuti allo sradicamento dal proprio ambiente, cui si associano le incertezze riguardo al futuro e l'instabilità di una nuova forma di vita; i terzi sono dovuti principalmente ai fattori di rischio cui l'immigrato va incontro per le precarie condizioni igieniche e di vita in cui viene a trovarsi.

Per quanto riguarda la città di Milano, in relazione alla salute fisica il 35% delle risposte indica un suo miglioramento dall'arrivo in Italia, il 10,5 % indica un peggioramento, mentre il 54,5% sostiene che non vi è stato alcun sostanziale cambiamento. In provincia registriamo i seguenti dati: il miglioramento si dà nel 24,4 % dei casi, un peggioramento nel 18%, una stabilità nel 57,4% dei casi. E' evidente una differenziazione delle risposte tra Milano e provincia: in generale, per la metà degli intervistati la situazione è sostanzialmente invariata dopo l'avvento in Italia, in Milano è invece per la restante parte migliorata mentre, al contrario, in provincia sembra prevalere un netto peggioramento. Se tra Milano e provincia è manifesta una differente condizione di salute fisica, per quanto riguarda quella psicologica rileviamo in generale una stabilità (il 47,5 % per il capoluogo e 46,5 % per la provincia); sono scambiati invece gli indici di miglioramento e di peggioramento: a

Milano il 29,5 % segnala un miglioramento delle proprie condizioni, in provincia solo il 25%; il peggioramento è più sensibile in provincia (28,6%) che a Milano (23%). In generale, circa il 50% della popolazione intervistata conferma una condizione di salute buona, a sostegno delle considerazioni relative alle risposte alla prima domanda, che non segnalavano il problema dell'assistenza sanitaria tra i maggiormente avvertiti. Questo dato avrà ulteriore conferma in seguito, quando si osserveranno i disturbi di cui gli intervistati soffrono attualmente.

Tab. 2 Valori percentuali delle condizioni di salute degli stranieri presenti nel 1998 a Milano (A) e negli altri comuni della provincia (B).

| | <i>Salute fisica</i> | | <i>Salute psicologica</i> | |
|---------------|----------------------|------------|---------------------------|------------|
| | <i>A</i> | <i>B</i> | <i>A</i> | <i>B</i> |
| Migliorata | 35,0 | 24,4 | 29,4 | 24,9 |
| Peggiorata | 10,5 | 18,2 | 23,0 | 28,6 |
| Invariata | 54,5 | 57,4 | 47,6 | 46,5 |
| <i>Totale</i> | <i>100</i> | <i>100</i> | <i>100</i> | <i>100</i> |

Fonte: n/elaborazioni su dati Osservatorio Fondazione Cariplo-I.S.MU. - Provincia di Milano.

A questo punto, è stata indagata la tipologia dei soggetti o agenzie cui gli immigrati fanno maggior riferimento in caso di bisogno. In entrambi i contesti, ossia a Milano come in provincia, la prima soluzione tentata è cercare aiuto presso la propria comunità (a Milano per il 33%, in provincia per 35%). In entrambi i contesti, segue, come prima istanza, la ricerca di un medico (27% Milano, 31,8% provincia). Inoltre, se in provincia si opta come prima soluzione per il Pronto Soccorso nell'8%, seguita dalla ricerca di aiuto presso gli italiani (7,7%), dal rivolgersi ad una farmacia (6,5%) e dal rimanere nella propria abitazione in attesa che il malessere passi da solo (6,2 %), a Milano come prima soluzione il 12,4 % si rivolge alla farmacia, il 10 % chiede aiuto agli italiani, il 5% rimane a casa propria, i 5,1% si rivolge ad agenzie di volontariato.

Prendendo in considerazione i servizi o i medici cui gli intervistati fanno ricorso, per sé o per i propri familiari e il giudizio a essi attribuito sono state rilevate alcune interessanti caratteristiche.

Tab. 3A Percentuali di utilizzo di servizi (o medici) di cui si sono avvalsi gli stranieri o i familiari presenti a Milano nel 1998.

| | <i>Mai</i> | <i>Una volta</i> | <i>Più volte</i> | <i>Totale</i> |
|-------------------------------|------------|------------------|------------------|---------------|
| Medicinali | 53,2 | 7,9 | 38,9 | 100 |
| Assistenza medico generico | 51,0 | 10,2 | 38,8 | 100 |
| Assistenza medico di | 73,0 | 9,5 | 17,5 | 100 |
| associazioni o organizzazioni | | | | |
| Pediatra | 87,9 | 1,2 | 10,9 | 100 |
| Assistenza specialistica | 77,8 | 4,8 | 17,4 | 100 |
| Ricovero ospedaliero | 88,4 | 6,5 | 5,1 | 100 |
| Pronto soccorso | 76,9 | 15,2 | 7,9 | 100 |
| Assistenza sociale | 94,2 | 3,5 | 2,3 | 100 |
| Servizi tossici/alcolisti | 99,3 | 0,4 | 0,3 | 100 |
| Medico privato | 98,2 | 0,9 | 0,9 | 100 |
| Medico della comunità o etnia | 97,6 | 1,3 | 1,1 | 100 |

Fonte: n/elaborazioni su dati Osservatorio Fondazione Cariplo-I.S.MU. - Provincia di Milano.

Tab. 3B Percentuali di utilizzo di servizi (o medici) di cui si sono avvalsi gli stranieri o i familiari presenti negli altri comuni della provincia nel 1998.

| | <i>Mai</i> | <i>Una volta</i> | <i>Più volte</i> | <i>Totale</i> |
|--|------------|------------------|------------------|---------------|
| Medicinali | 42,2 | 10,2 | 47,6 | 100 |
| Assistenza medico generico | 47,6 | 9,3 | 43,1 | 100 |
| Assistenza medico di associazioni o organizzazioni | 75,0 | 9,6 | 15,4 | 100 |
| Pediatra | 84,7 | 0,4 | 14,9 | 100 |
| Assistenza specialistica | 82,9 | 4,8 | 12,3 | 100 |
| Ricovero ospedaliero | 78,6 | 15,2 | 6,2 | 100 |
| Pronto soccorso | 55,4 | 23,0 | 21,6 | 100 |
| Assistenza sociale | 89,6 | 6,4 | 4,0 | 100 |
| Servizi tossici/alcolisti | 100 | - | - | 100 |
| Medico privato | 89,0 | 4,2 | 6,8 | 100 |
| Medico della comunità o etnia | 94,7 | 2,4 | 2,9 | 100 |

Fonte: n/elaborazioni su dati Osservatorio Fondazione Cariplo-I.S.MU. - Provincia di Milano.

Tab. 4A Opinione sulla qualità delle prestazioni e sul trattamento ricevuto dagli stranieri o dai familiari presenti a Milano nel 1998 (valori percentuali).

| | <i>Negativa</i> | <i>Discreta</i> | <i>Ottima</i> | <i>Totale</i> |
|---------------------------------------|-----------------|-----------------|---------------|---------------|
| Acquisto medicinali | 12,3 | 36,6 | 51,1 | 100 |
| Assistenza medico generica | 5,3 | 35,9 | 58,8 | 100 |
| Medici di associazioni o gruppi | 1,7 | 41,6 | 56,7 | 100 |
| Assistenza pediatrica | 3,3 | 22,5 | 74,2 | 100 |
| Assistenza specialistica | 0,7 | 21,3 | 78,0 | 100 |
| Ricovero ospedaliero | 1,6 | 27,3 | 71,1 | 100 |
| Pronto soccorso | 7,2 | 56,0 | 36,8 | 100 |
| Assistenza sociale | 7,0 | 50,2 | 42,8 | 100 |
| Servizi per tossici o alcolisti | 19,2 | 26,0 | 54,8 | 100 |
| Medico privato | 2,7 | 30,6 | 66,7 | 100 |
| Medico della propria comunità o etnia | | 82,2 | 17,8 | 100 |

Fonte: n/elaborazioni su dati Osservatorio Fondazione Cariplo-I.S.MU. - Provincia di Milano.

Tab. 4B Opinione sulla qualità delle prestazioni e sul trattamento ricevuto dagli stranieri o dai familiari presenti negli altri comuni della provincia nel 1998(valori percentuali).

| | <i>Negativa</i> | <i>Discreta</i> | <i>Ottima</i> | <i>Totale</i> |
|---------------------------------------|-----------------|-----------------|---------------|---------------|
| Acquisto medicinali | 6,2 | 29,1 | 64,7 | 100 |
| Assistenza medico generica | 2,9 | 32,2 | 64,9 | 100 |
| Medici di associazioni o gruppi | 2,5 | 44,4 | 53,1 | 100 |
| Assistenza pediatrica | 0,8 | 27,2 | 72,0 | 100 |
| Assistenza specialistica | 4,8 | 31,9 | 63,3 | 100 |
| Ricovero ospedaliero | 7,1 | 38,7 | 54,2 | 100 |
| Pronto soccorso | 8,4 | 43,9 | 47,7 | 100 |
| Assistenza sociale | 15,8 | 44,7 | 39,5 | 100 |
| Servizi per tossici o alcolisti | | 100,0 | | 100 |
| Medico privato | 3,4 | 24,3 | 72,3 | 100 |
| Medico della propria comunità o etnia | | 39,6 | 60,4 | 100 |

Fonte: n/elaborazioni su dati Osservatorio Fondazione Cariplo-I.S.MU. - Provincia di Milano.

Con riferimento all'acquisto di medicinali, a Milano il 38,9 % vi ricorre più volte, mentre in provincia vi ricorre il 47,6%; a Milano è anche più alta la percentuale di coloro che non hanno mai acquistato medicinali (53,2%), mentre solo il 7,9% li ha acquistati una sola volta; in provincia il 42,2% non ha mai fatto uso di medicinali, mentre il 10% è ricorso una sola volta all'acquisto. Alla domanda relativa all'opinione data sull'acquisto dei medicinali, la maggior parte delle risposte, in entrambi i contesti, è positiva (il 51% a Milano e il 64,7% in provincia la trovano ottima; il 36,6 % a Milano e il 30% in provincia la trovano discreta, il 12% a Milano e il 6 % in provincia la trovano cattiva).

Per quanto riguarda l'assistenza medico generica, a Milano il 51% degli intervistati non si è mai recato dal medico di base; il 39% vi si è recato più volte, mentre il 10% vi ha fatto ricorso una sola volta; in provincia il 47,5 % non è mai andato al medico di base, il 43% vi è andato più volte, mentre il 9% ci è andato una sola volta. Questi risultati si prestano a vari tipi di considerazione; una prima, che avvalora l'ipotesi già formulata, per cui la maggior parte degli immigrati non sembra aver bisogno di assistenza; la seconda, per cui essi non sono a conoscenza della possibilità di avvalersi della competenza di un medico di base; infine, come terza ipotesi interpretativa, forse meno probabile dal momento che circa il 40% degli intervistati ha fatto 'più volte' riferimento al medico generico, si potrebbe mostrare un'assenza di fiducia nei confronti della medicina 'occidentale'. Circa le opinioni degli intervistati sull'assistenza medica generica è per quasi il 60% ottima a Milano, e quasi per il 65% in provincia; a Milano è detta discreta per il 36% e cattiva per il 5%, mentre in provincia è discreta per il 32% e cattiva per il 3%. Pare dunque che coloro che fanno riferimento all'assistenza del medico di base ne hanno una buona opinione in entrambi i contesti.

In entrambi i contesti si registra che solo un terzo degli intervistati ricorre all'assistenza di organizzazioni o gruppi specifici. In particolare, a Milano il 73% non è mai ricorso a tali organizzazioni, il 9,6% vi ha fatto ricorso una volta sola, il 17,6% vi ha fatto ricorso più volte. In provincia il 75% non vi ha mai fatto ricorso, il 9,6% una volta sola, il 15% più volte. Le opinioni relative a tale tipo di assistenza medica sono molto positive in entrambi i contesti: è ottima per il 56,7% a Milano e per il 53,1 % in provincia; è discreta per il 41,6% a Milano e per il 44% in provincia. Percentuale molto ridotta (circa l'1%) è quella delle opinioni cattive.

In conclusione il giudizio nei confronti dell'assistenza medico generica e delle associazioni di volontariato è in entrambi i casi positiva, anche se in misura maggiore per la prima.

L'assistenza pediatrica è pressoché irrilevante in entrambi i contesti, l'88% non vi è mai ricorso a Milano, l'85% in provincia; coloro che hanno avuto un primo 'contatto' con l'assistenza pediatrica vi ha poi fatto più volte ricorso (l'11% a Milano e il 15% in provincia). Quanto alle

opinioni su questo tipo di assistenza, è ottima a Milano per il 74% e in provincia per il 72%; è discreta per il 22% a Milano e per il 27% in provincia. Tuttavia, si può prevedere che l'assistenza pediatrica sarà in futuro molto più interessata dagli immigrati; è in forte crescita la proporzione di neonati figli di immigrati; seppure tale fenomeno riguardi una parte fondamentale del ciclo di vita e presupponga interventi mirati in termini di tutela igienico-sanitaria, la specialità pediatrica non è stata ancora individuata agli immigrati come elettiva, dal momento che fanno per lo più ricorso, anche per problemi pediatrici, alla medicina generale.

Inoltre, pochi stranieri hanno fatto ricorso all'assistenza specialista: il 78% a Milano, l'80% in provincia non se ne è mai servito e i pochi che lo hanno fatto, hanno espresso un'opinione largamente positiva: il 78% a Milano e solo il 63% in provincia, dove il 32% la definisce discreta.

Percentuali ancora maggiori di non utilizzo si manifestano in corrispondenza dei ricoveri ospedalieri: l'88% degli stranieri presenti a Milano non ha mai avuto un ricovero, contro il 78,6% in provincia. A Milano, inoltre, è stato ricoverato una volta sola il 6,5%, più volte il 5%. In provincia è stato ricoverato una volta sola il 15% mentre il 6% più volte. L'opinione espressa sul ricovero ospedaliero è ottima per il 71% a Milano e discreta per il 27%; è ottima in provincia per il 54% e discreta per il 38%. Il 7% degli intervistati in provincia ha espresso un giudizio negativo in merito a questa esperienza.

Un contatto analogo al ricovero è costituito dal ricorso alle cure del pronto soccorso. A Milano il 77% non si è mai recato al pronto soccorso, una volta sola il 15% e più volte l'8%; in provincia il 55% non è mai andato al pronto soccorso, ci è andato una volta sola il 23% e più volte il 21%. L'opinione che viene data al Pronto Soccorso è a Milano ottima per il 37%, discreta per il 56% e il 7% la dichiara cattiva. In provincia il 48% la ritiene ottima, il 44% discreta e l'8,4% cattiva.

L'assistenza sociale è un 'servizio' di scarsissimo riferimento sia a Milano sia in provincia (rispettivamente il 94 e 90%). Anche i servizi riservati a tossicodipendenti e ad alcolisti, così come l'utilizzo del medico privato e del medico appartenente alla propria comunità o etnia vedono più del 90-95% degli intervistati in entrambi i contesti a non avervi mai fatto ricorso.

L'ultimo quesito rivolto dal questionario è quello relativo ai disturbi accusati dagli intervistati. In entrambi i contesti si verifica la prevalenza dell' "effetto migrante sano". Infatti, a Milano l'86,4% non soffre di alcun disturbo; seguono disturbi dell'apparato digerente (2,6%), problemi di carattere ortopedico-traumatologico (1,6%), problemi psicologici e sociali (1,2%), problemi odontoiatrici (1,2%) e così via. In provincia si registra una percentuale inferiore di coloro che non hanno mai accusato alcun disturbo (78,6%); seguono problemi di carattere ortopedico-traumatologico (3,6%), disturbi dell'apparato digerente (2,9%), disturbi psicologici-sociali (2,7%).

I risultati dell'indagine, sembrano confermare che non esista una particolare problematicità nell'ambito dell'assistenza sanitaria.

Tab.5 I principali disturbi degli stranieri presenti nel 1998 a Milano (A) e negli altri comuni della provincia (B)

| | <i>A</i> | <i>B</i> |
|--|------------|------------|
| Nessuno | 86,4 | 78,6 |
| Apparato digerente | 2,6 | 2,9 |
| Apparato respiratorio | 0,7 | 2,4 |
| Sangue/org. Emopoietici | - | 0,4 |
| Apparato cardio-vascolare | 1,7 | 0,6 |
| Sistema cutaneo | 0,7 | 0,1 |
| Apparato uro-genitale | 0,3 | 0,4 |
| Apparato ostetrico-ginecologico/mammario | 0,2 | 1,1 |
| Sistema endocrino-metabolismo | 1,3 | 1,2 |
| Malattie infettive | 0,2 | 1,4 |
| Ortopedici/traumatologici | 1,6 | 3,6 |
| Sistema nervoso/neuropsichiatrici | 1,2 | 2,3 |
| Patologie oculistiche/apparato visivo | 0,4 | 1,1 |
| Patologie otorinolaringoiatriche | 0,3 | - |
| Patologia odontoiatriche | 1,2 | 0,4 |
| Psicologici/sociali | 1,2 | 2,7 |
| Sintomi mal definiti | - | 0,8 |
| <i>Totale</i> | <i>100</i> | <i>100</i> |

Fonte: n/elaborazioni su dati Osservatorio Fondazione Cariplo-I.S.MU. - Provincia di Milano.

ORGANIZZAZIONE DEL CENTRO ODONTOIATRICO CARITAS IN RAPPORTO ALL'EMERGENZA MEDICA: LA SCHEDA DI TRIAGE PER IL PRONTO SOCCORSO AMBULATORIALE.

ALESSANDRO TREVISAN

Emergenza uguale organizzazione !! È questa la massima che vige in tutti i presidi sanitari di Primo e Pronto Soccorso.

Questa regola è anche valida per tutti i luoghi pubblici e privati dove vi è un grande afflusso di cittadini e per le aziende che hanno molto personale nel proprio organico. È per questo che lo stato ha emanato delle leggi che tutelino la sicurezza nei luoghi di lavoro, istituendo la figura del medico competente e tutta una serie di regole a cui attenersi scrupolosamente. Mi riferisco ovviamente alla legge 626.

Prendo questo come esempio per rimarcare il discorso dell'organizzazione.

A mio avviso infatti l'importanza della legge citata, al di là di qualsiasi tipo di giudizio tecnico in merito, è da attribuirsi proprio al fatto che per la prima volta si è cercato di regolamentare e quindi organizzare quella che può essere l'emergenza intesa nella sua più ampia accezione, dall'incendio alla persona che si sente male.

Naturalmente l'emergenza che a noi interessa più da vicino è quella medica.

Sempre più spesso ci capita di discutere, insieme ai colleghi Odontoiatri, di come per noi sanitari sia alto il rischio di dover fronteggiare delle possibili emergenze mediche senza l'ausilio di colleghi specialisti a cui far riferimento a differenza di ciò che può avvenire in Ospedale.

In virtù dell'uso quotidiano degli anestetici locali ed una serie di medicinali che vengono prescritti, il nostro lavoro non è scevro da rischi.

A questo poi dobbiamo aggiungere che l'età media della popolazione è tendenzialmente più alta; avremo sempre più pazienti odontoiatrici con patologie croniche e quindi con una storia anamnestica generale e farmacologica degna di nota.

Tutto questo comporta una maggiore attenzione nei riguardi della gestione clinica dei pazienti ed un'aggiornamento continuo sulle procedure e sui farmaci di pronto soccorso.

Il nostro obiettivo, come medici, è sempre stato la salute del paziente e quindi garantirgli il migliore servizio sanitario utilizzando tutti i mezzi che abbiamo a disposizione.

È per tutti i motivi suddetti che da tempo abbiamo organizzato anche all'interno del C.O.C (Centro Odontoiatrico Caritas) a Roma, una zona dedicata all'emergenza medica dove sono presenti : 1) una bombola di ossigeno; 2) un monitor defibrillatore; 3) un'armadietto di Pronto Soccorso posto sul corridoio d'accesso ai due studi operatori con tutto l'occorrente (dal pallone Ambu ai farmaci d'urgenza);

Un ruolo fondamentale assume, a mio avviso per una buona organizzazione dell'emergenza la conoscenza del "Triage Medico". Termine francese che significa selezione, scelta, sembra sia stato coniato dal Dott. Jean Dominique Larye capo-chirurgo dell'esercito Napoleonico. Egli fu il primo a sentire l'esigenza di organizzare una valida strategia per poter offrire la massima assistenza medica a tutti i feriti nel campo di battaglia.

Tale metodo di selezione fu poi acquisito da grandi Associazioni Mediche per poter gestire le Maxiemergenze. Da qualche anno i DEA (Dipartimenti di Emergenza ed Accettazione) hanno messo in pratica i loro protocolli di Triage, così come lo ha fatto il Sistema di Emergenza Sanitaria 118. L'auspicio è quello di avere nel giro di poco tempo un Triage che sia universalmente adottato su tutto il territorio Nazionale e non solo nei DEA; per il momento però si deve ancora diffondere l'importanza e la validità di questo Sistema; una volta divulgato questo concetto quando si parlerà

di emergenza o se ne presenterà una, i sanitari di tutte le specialità adotteranno le stesse procedure e quindi gli stessi protocolli.

Intanto, mentre aspettiamo questo momento, vorrei contribuire allo sviluppo del Triage e quindi all'organizzazione delle Emergenze Mediche anche nel campo Odontoiatrico.

La scheda medica di triage per il Pronto Soccorso Ambulatoriale che presento è il frutto di alcuni anni di lavoro nel campo dell'emergenza. Ho cercato, con questa scheda, di agevolare tutti gli operatori sanitari che si apprestano ad intervenire in una ipotetica situazione critica avendo vissuto personalmente l'esperienza clinica in tutte le situazioni: come operatore Odontoiatrico che per primo deve gestire l'evento, come medico dell'ambulanza ed infine come Medico di guardia di Pronto Soccorso.

Infatti con la corretta compilazione avremo la possibilità, in primis, di monitorizzare la persona bisognosa con il rilievo di tutti i parametri vitali e quindi in base a questi decidere la terapia ed il trasferimento ospedaliero più idoneo (triage). La stessa però sarà molto utile sia al personale dell'ambulanza che al Medico di Guardia di Pronto Soccorso che troverà tutte le indicazioni sulla scheda dall'anamnesi, alla visita e all'eventuale terapia eseguita.

Tutto questo in un paziente veramente critico significa velocizzare il sistema di emergenza con un guadagno di minuti preziosi che sicuramente possono fare la differenza per far pendere l'ago della bilancia in favore della salvezza del nostro paziente.

La scheda è strutturata e concepita in modo tale da essere compilata subito nella sua parte iniziale, quando veniamo cioè a conoscenza della situazione anamnestica del nostro paziente a rischio per patologia cronica, ed una parte in un secondo tempo, se mai si verificasse un'emergenza medica (parametri vitali ed esame obiettivo del preciso momento).

La propongo come strumento da tenere pronto all'occorrenza, come promemoria, per far sì che non ci dimentichiamo tutte quelle informazioni che nel contesto generale sono di fondamentale importanza (mi riferisco ai dati anamnestici ed ai parametri vitali). Perché pensare ad un'eventuale Emergenza Medica significa aver cura dei nostri pazienti, di noi stessi e del nostro lavoro. Significa organizzarsi mentalmente e materialmente per calarci, qualora ce ne fosse bisogno, in una situazione critica dove è molto facile che ci sfugga il controllo della situazione; specialmente per chi, come noi, non vive e lavora quotidianamente nel Pronto Soccorso.

Ho iniziato con affermazione che alla base di tutto c'è l'organizzazione; orbene concludo col dire che questa scheda non ha la pretesa di essere la risoluzione di tutta l'organizzazione dell'emergenza medica nello studio odontoiatrico ma solo il primo mattone che viene messo nelle fondamenta di un'edificio che dobbiamo costruire quotidianamente con tanta pazienza e dedizione, senza mai tralasciare nulla avendolo dato per scontato.

Questo vuole essere anche un momento di riflessione, così è stato per me qualche anno fa quando mi immaginavo una situazione critica, per capire se dobbiamo fermarci ed approfondire qualcosa.

LA DIMENSIONE TRANSCULTURALE IN ODONTOIATRIA Diagnosi e terapia nel paziente immigrato e nomade

R. SANTOPADRE
Centro Odontoiatrico Caritas, Roma

Introduzione

La crescente presenza di individui provenienti da paesi stranieri sul territorio italiano, pone anche la categoria degli operatori sanitari nella circostanza di dover prestare particolare attenzione a tale fenomeno. Questo stato di cose, infatti, incide sulla frequenza con la quale gli immigrati fruiscono di una prestazione sanitaria, evenienza questa che si sta manifestando sia in ambito pubblico che privato coinvolgendo così migliaia di operatori.

Il fenomeno dell'immigrazione soprattutto extraCEE si è intensificata nei primi anni '80. Al 31 dicembre 1998, su 1.250.214 soggiornanti, la graduatoria della presenza straniera vede al primo posto l'Europa (481.061 persone e 38.5%) seguita dall'Africa (360.050 persone e 28.8%), dall'Asia (241.232 persone e 19.3%), dall'America (164.040 persone e 13.1%), dall'Oceania (2.823 persone e 0.2%) e Apolidi (1.009 persone e 0.1%) con un aumento dal 1997 del 13.5%. Di questi, i cittadini non comunitari sono 1.078.613 (86.3%) (3).

La peculiarità dei flussi migratori in Italia è rappresentata dal polimorfismo (lavoratori, studenti, esuli, rifugiati politici), dalla clandestinità e dalla elevata instabilità (immigrazione di transito e immigrazione pendolare) (5).

Assistenza sanitaria

L'esperienza di migliaia di operatori sanitari si sta rivelando di fondamentale vitalità per la cultura medica italiana attraverso l'arricchimento di dati scientifici ma soprattutto attraverso l'osservazione di ciò che emerge dalla differenza etnica e culturale sul piano relazionale confermando così l'unicità del rapporto medico-paziente. Come sostiene Jaspers uno dei rischi di una medicina troppo tecnicizzata è quello di perdere di vista l'uomo. Ci si deve "prender cura" del paziente che è ben diverso di "farsi carico" (1).

Occorre dunque dedicarsi prima di tutto e con maggiore impegno all'unità psico-fisica "uomo" evitando quell'approccio rigido e spersonalizzato che troppo spesso caratterizza tale rapporto non adatto a nessun paziente ed in particolare a queste persone di diversa cultura ed etnia.

Peraltro, è stato già scritto che ... "in ogni rapporto medico-paziente le due persone implicate, se non sono di differenti culture, sono almeno molto spesso membri di sottoculture diverse o, addirittura divergenti. In questo senso allora tutta la psichiatria potrebbe essere considerata transculturale" (1).

E' bene considerare inoltre che il suffisso *trans* dovrebbe indicare "una direzione di cambiamento nel processo di osservazione di determinati fenomeni scientifici, come se insomma si passasse attraverso (trans) e non sopra i modi di pensare e le loro espressioni (o manifestazioni) culturali " (1).

E' bene, nell'approccio al paziente, lasciare in secondo piano l'indagine sintomatologica, avviando un ascolto empatico di quella che è la sua storia attraverso domande sul suo paese d'origine, i suoi legami familiari, i suoi progetti, che soddisfi il suo bisogno di riconoscimento come essere umano semplicemente di una "cultura diversa": in condizioni di stress il bisogno di contatto e di riconoscimento è maggiormente avvertito soprattutto da coloro che provengono da culture africane. Peraltro "...lo straniero accetterebbe una diversa chiave di lettura della sua malattia operando così la propria "mediazione culturale" "(8).

Il dedicare quel tempo in più proprio all'inizio, accennando qualcosa di sé, aumenterebbe l'efficacia dell'iter diagnostico e terapeutico rispettando nel contempo il progetto migratorio e le sue finalità.

A volte, come scrive Mazzetti, tenere presente questo elemento consente successi sorprendenti nella loro rapidità, non solo allo psichiatra ma anche a chiunque si occupi della salute dell'immigrato. L'ascolto diviene terapeutico di per sé; "...senza "riportargli l'anima", non c'è cura dei sintomi che possa davvero guarirli"(8).

La realtà odontoiatrica

L'incontro con questa nuova utenza ha rappresentato un forte impatto culturale che ha posto anche la categoria dei dentisti di fronte a una nuova realtà.

Visto che, l'impostazione diagnostico-terapeutica al paziente straniero si baserebbe su di un "... modello rappresentato dalla rigidità di un approccio tradizionale legato alla propria formazione tecnica e culturale" (8) , il rischio è che si potrebbe incorrere nell'errore di negare che il problema dentale, così come viene vissuto dal paziente, possa essere manifestato differentemente da quanto appreso nel corso degli studi, e così anche la sua necessaria compliance. Infatti "...si deve tener conto del "sistema di riferimento culturale" di chi si rivolge a noi: in caso contrario si rischia di "curare" la malattia ma non il paziente..." (8).

In ambito odontoiatrico l'incontro tra dentista e paziente immigrato o nomade è ormai una realtà quotidiana che trova la sua maggiore espressione presso alcuni servizi di odontoiatria rivolti esclusivamente ad una utenza straniera a causa di un servizio sanitario spesso di difficile fruibilità oppure negato.

Tra questi, il ruolo svolto dalla Area sanitaria della Caritas romana, attraverso il servizio di odontoiatria funzionante dal 1985 per opera del dottor M. Falcucci, è stato finora di significativa importanza.

Presso le nuove strutture del Centro Odontoiatrico Caritas (C.O.C.) in funzione dal gennaio 1989 nella zona della Basilica di S.Paolo, sono stati accolti lo scorso 1999, 789 nuovi pazienti, di cui l'85% rappresentato da immigrati extraCEE raggiungendo così al 23/12/1999 un totale di 11.842 cartelle odontoiatriche.

Una odontoiatria senz'altro diversa nella scelta delle soluzioni terapeutiche ma paradossalmente uguale nell'iter conoscitivo a quello del paziente autoctone se si dà il giusto valore al momento dell'incontro con "l'altro". In altre parole alla definizione della *disease* si dovrebbe arrivare solo dopo e attraverso una indagine sul *comportamento di malattia* ovvero sul come il nostro interlocutore sta vivendo il proprio *sentirsi malato* (ilness).

E, ciò che è emerso dalla semplice osservazione clinica degli operatori volontari del C.O.C., è stata proprio la variabilità di atteggiamento di fronte alla medesima patologia a seconda della provenienza del paziente.

Senza soffermarci dunque sul rilievo dello stato di salute orale dei vari gruppi di appartenenza etnica, vogliamo sottolineare come sia chiaramente stata notata una poliedricità del *comportamento di malattia* riguardo la bocca e i denti a seconda di molte variabili etniche, culturali, religiose e legate allo status migratorio.

Così come si presenta variabile il valore dato alla salute orale dai diversi gruppi etnici di utenti, anche la concezione e richiesta di estetica dentale si è dimostrata finora disomogenea e addirittura mutevole a seconda della *mediazione culturale* in corso della persona immigrata. Un esempio di ciò è rappresentato dal rifiuto di sostituire con corone del colore naturale dei denti corone protesiche in metallo già presenti e deteriorate, accettando invece tale proposta solo una volta resisi conto del diverso giudizio estetico ricevuto dagli abitanti autoctoni di questo paese ospite.

Anche la tradizione religiosa pone dei limiti alla terapia farmacologica di supporto obbligando ad esempio ad una attenta programmazione la terapia exodontica nel paziente musulmano in periodo di ramadan.

Un elemento comune a tutti gli utenti immigrati di qualsivoglia cultura essi siano, rimane comunque il dolore dentario vissuto come minaccia all'attività lavorativa quotidiana che, seppur precaria, , rappresenta come in un puzzle, un ulteriore tassello del proprio "*progetto migratorio*".

Una considerazione a parte va fatta riguardo il bisogno di salute espresso dalla popolazione zingara: in questo caso la malattia sarebbe vissuta come un tabù e la patologia dentaria verrebbe affrontata ricorrendo all'intervento odontoiatrico solo in caso di urgenza dolorosa (6).

Una terapia odontoiatrica di lunga durata, risulterebbe molto scomoda se si tengono ben presenti la caratteristica migratoria ed il disagio economico e sociale che accompagnano queste persone: un indaginoso ed articolato piano di trattamento con conseguenti cure di lunga durata e molteplici sedute, mal si adatterebbe alle loro ben note necessità ed aspettative, ovvero la ricerca di un' occupazione e di una integrazione sociale. Dall'altra parte il dentista, il quale, al fine di raggiungere il proprio progetto, deve riuscire a non lasciarsi invadere dal forte impatto culturale per raggiungere gli obiettivi tecnici della cura.

Dunque un approccio terapeutico di rapida esecuzione è quello che prevede interventi risolutivi che possano esaurirsi in un'unica seduta o nel minor numero possibile di esse e che non rendano necessarie successive terapie aggiuntive.

Considerazioni conclusive

Secondo Geraci ..."un ambito su cui tutti gli operatori sanitari dovranno "reimparare" a muoversi sarà quello relazionale, del rapporto interpersonale, della comunicazione con il paziente non solo verbale, della capacità di un lavoro in rete, del confronto interdisciplinare, che al di là della asetticità dei reparti o degli iter diagnostici-terapeutici ci permetterà di incontrare e se necessario curare questi nuovi cittadini (3).

Pertanto, alla luce di quanto finora esposto, abbiamo modo di ritenere che ogni disciplina medica, ed in questo caso quella odontoiatrica, debba essere inquadrata anche in una sua dimensione transculturale, ritenendo così lecito che si possa parlare di "*odontoiatria transculturale*".

Bibliografia:

1. Ancora A.: *La dimensione transculturale della psicopatologia*. Roma: EUR, 1997
2. Barbato E., Lonoce A., Tartaglia P.: *Problematiche sociosanitarie e risvolti odontostomatologici relativi al fenomeno immigrazione in Italia*. Prevenzione & assistenza dentale 1998; 3: 27-35
3. Caritas di Roma: *Immigrazione , Dossier statistico '99* .Roma: Anterem Ed., 1999
4. Di Caccamo P., Maggiore B.: *La domanda di prestazioni odontoiatriche nella popolazione immigrata*. Atti IV Consensus Conference sulla immigrazione, Palermo, 1996
5. Frighi L., Mazzetti M.: *L'immigrazione extracomunitaria in Italia: problemi di Igiene mentale*. Rivista Sperimentale di Freniatria, CXVI, 6: 1143-1149
6. Geraci S., Maisano B., Motta F.: *Salute Zingara*. Roma: Anterem Ed., 1998
7. Geraci S.: *Immigrazione e salute: un diritto di carta?* Roma: Anterem Ed., 1996
8. Mazzetti M.: *Strappare le radici*. Roma: L'Harmattan Italia, 1996
9. Rebaudi A. et Altri: *Igiene e profilassi nei pazienti extracomunitari*. Parodont e Stomatologia Nuova 1990; 3bis.
10. Rebaudi A. et altri: *Epidemiologia di focolai carioidi in un campione di popolazione extracomunitaria*. Il Dentista Moderno 1993; 9: 1483-1495

SPORTELLO INFORMATIVO TELEFONICO IN LINGUA STRANIERA
800 - 27 21 21: la risposta in diretta dell'Azienda USL di Bologna al bisogno informativo degli stranieri
Buongiorno,..Sportello telefonico informativo Posso esserle utile?, .. mi dica!

SONIA CAVALLIN Responsabile URP Presidio Ospedaliero Maggiore-Bellaria
GIOVANNA DALLARI Ufficio Pianificazione Sanitaria Direzione Sanitaria Aziendale
JORA MATO, Mediatrice, Presidente Associazione AMISS.

Da un anno e mezzo è attivo presso l'azienda USL di Bologna il **Numero verde di informazione telefonica**, il servizio è erogato da operatori specificatamente formati nell'area della comunicazione; attraverso la metodologia del **counselling telefonico**; è rivolto a tutti i cittadini, clienti interni ed esterni dell'azienda USL di Bologna, e fornisce informazioni relative oltre che alle strutture aziendali, anche alle altre istituzioni sanitarie pubbliche ed accreditate bolognesi.

Il bacino di utenza è prevalentemente metropolitano, giungono tuttavia numerose richieste anche da ambiti regionali ed extraregionali.

Il **Numero Verde** costituisce una "**carta dei servizi on line**", uno strumento attraverso il quale l'Azienda USL di Bologna offre un'informazione personalizzata e completa, aggiornata in tempo reale e circostanziata sui servizi e sulle prestazioni sanitarie, erogate da presidi ambulatoriali ed ospedalieri pubblici ed accreditati cittadini, migliorandone così l'**accessibilità** nel senso più ampio del termine. Il servizio è attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 8,30 alle ore 16,30; il sabato dalle ore 8,30 alle ore 12,30. Nelle due ultime ore dal lunedì al venerdì, il medesimo servizio viene offerto in **inglese, francese, arabo, albanese e filippino**, grazie alla collaborazione di **mediatori culturali in ambito socio-sanitario** che, formati con un corso di 700 ore realizzato con fondi CEE, prestano la loro opera in attività convenzionale con l'Azienda USL..

Questa proposta informativa in lingua straniera, nasce dalla volontà e necessità di volere fornire **un aiuto concreto** e facilmente accessibile ai molti stranieri presenti nella nostra città.

In realtà per motivi culturali, linguistici o semplicemente di tempo, molti stranieri non sempre riescono ad individuare gli interlocutori corretti ai quali esplicitare i propri bisogni ed ottenere risposte adeguate; spesso pongono all'operatore quesiti complessi o situazioni gravi che sono comunque di non semplice risoluzione, e meritano pertanto un contatto più diretto, almeno dal punto di vista linguistico e culturale.

L'AUSL Città di Bologna ritiene questi bisogni rilevanti e, attraverso questa prima nuova possibilità comunicativa, intende non solo rispondere, ma anche **ascoltare ed ampliare la sua capacità di dialogo con i nuovi cittadini**.

La presenza del servizio in lingua straniera è stata pubblicizzata non solo dai media, ma anche nelle varie sedi di accoglienza bolognese (Ambulatorio Biavati, Sokos, Associazioni di volontariato, Centri di accoglienza, Caritas, ecc.).

La molteplicità di informazioni che caratterizza la complessità dell'area sanitaria ospedaliera e territoriale costituisce la prima difficoltà nel fornire un servizio puntuale e soddisfacente, ma proprio una consuetudine costante ed un accesso sempre più personalizzato e meno burocratizzato, riuscirà a innescare un processo di miglioramento continuo.

GLI ATTORI

La Direzione Aziendale

La Direzione del Servizio Ospedaliero

L'URP - ufficio relazione con il pubblico e comunicazione del Presidio Ospedaliero Bellaria e Maggiore

Le mediatrici dell'associazione A.M.I.S.S. (associazione mediatrici interculturali sociali e

sanitarie)

IL CONTESTO

Il progetto si svolge nell'ambito territoriale della Provincia di Bologna, un territorio con un numero sempre crescente di cittadini stranieri e soprattutto dell'ambito dei paesi non comunitari. La percentuale sempre più alta di questi nuovi cittadini determina la necessità di favorire i loro rapporti con le strutture sanitarie pubbliche, accreditate e del volontariato. A seguito del corso di formazione per Mediatrici Interculturali in ambito Sociale e Sanitario durante il quale è stato effettuato uno stage di 350 ore presso i diversi servizi sociali e sanitari dell'ambito metropolitano, le mediatrici hanno avuto la possibilità di fare una lunga analisi dei bisogni; per dare continuità all'esperienza, si sono costituite in Associazione ed hanno stipulato con l'AUSL Città di Bologna una convenzione per l'attivazione dello sportello informativo telefonico in lingua straniera per due ore al giorno.

IL PERCORSO FORMATIVO

Le mediatrici di A.M.I.S.S. sono un gruppo di donne che hanno seguito il corso di formazione di 700 ore per mediatrici interculturali in ambito sociale e sanitario organizzato dal Comune di Bologna, in collaborazione con l'AUSL Città di Bologna con fondi dell'U.E. per "donne in condizioni di difficoltà".

Prima del corso si è svolta una selezione, basata sul curriculum formativo, delle esperienze ed un colloquio. Tra le esperienze lavorative individuali presenti prima dell'inizio del corso, si possono elencare diverse collaborazioni con i sindacati, nell'ambito della medicina del lavoro.

Il corso consisteva in 700 ore, delle quali 350 sono state dedicate alla formazione teorica e 350 ad attività di stage presso diversi Enti ed Istituzioni sociali e sanitari (Ausl di Bologna città e provincia, Tribunale minorile, Polo interetnico, Sindacato, diversi Comuni della Provincia, ecc...)

Durante lo stage le mediatrici hanno fatto conoscenza anche con tutte le strutture non sanitarie esistenti all'interno dell'Ospedale, come l'URP ed il CUP (centro unificato di prenotazione), in modo da avere una visione quanto più esaustiva della situazione; è stato inoltre possibile monitorare le richieste informative ed anticipare una dettagliata analisi dei bisogni, che ha portato alla stesura del progetto di sportello informativo telefonico.

OBIETTIVI

1. Migliorare l'accesso ai Servizi Sanitari dell'Area Metropolitana bolognese
2. facilitare la comunicazione fra clienti ed operatori
3. il lavoro degli operatori italiani a contatto con l'utenza straniera

ATTIVITA'

- rispondere allo sportello informativo telefonico e fornire mediazione dalle 14.30 alle 16.30, dal lunedì al venerdì nelle seguenti lingue:
 - ✓ albanese
 - ✓ arabo
 - ✓ filippino
 - ✓ francese
 - ✓ inglese
- monitorare, attraverso un'osservazione costante delle richieste, quelli che sono gli ostacoli maggiori nell'accesso ai servizi e quali sono i servizi più richiesti in modo da poter offrire un'informazione specializzata e dettagliata e in futuro proporre degli interventi necessari
- tenere aggiornata l'informazione cartacea sull'iscrizione e l'accesso al SSN
- elaborare il materiale e redigere un opuscolo informativo facilitato per ogni tipologia di

straniero attraverso interventi di mediazione, rendendo così l'informazione più comprensibile

- creare delle guide sui servizi sociali e sanitari di Bologna e le strade da seguire per usufruire di tali servizi
- organizzare incontri con gli operatori italiani delle USL che sono più in contatto con l'utenza straniera
- redigere una carta dei servizi in diverse lingue
- attivare una campagna pubblicitaria sullo sportello informativo adatta a questo tipo d'utenza, organizzata con interventi nei centri più frequentati (luoghi d'incontro delle comunità, strutture ospedaliere specializzate o comunque frequentate da grande numeri di stranieri, Caritas, ISI ecc..)
- fare un'osservazione verbalizzata dei problemi che persistono, monitorando in questo modo i servizi e portare alla risoluzione dei problemi di comunicazione e rapporto su temi interculturali

DESTINATARI INTERMEDI E/O FINALI

- l'utenza straniera
- gli operatori
- la società bolognese, aiutata nel processo d'integrazione

RISULTATI ATTESI

- un numero sempre in crescita di stranieri che useranno questo servizio
- un'attenzione maggiore da parte degli operatori italiani alla mediazione interculturale
- un miglioramento della qualità dell'informazione ottenuta dall'utente straniero.

ALCUNI RISULTATI DELL'ESPERIENZA

Lo sportello informativo telefonico in lingua straniera ha cominciato a funzionare il 22 marzo 1999 ed è stato gestito da 3 mediatrici dell'AMISS in collaborazione con gli operatori italiani dell'azienda USL. L'esperienza ha consentito di evidenziare le principali problematiche presentate dall'utenza straniera nel campo sanitario ed anche di raccogliere la richiesta che il servizio sia più diffusamente conosciuto attraverso i mezzi d'informazione più vicini agli stranieri, cioè la necessità di una campagna pubblicitaria pensata e organizzata per l'utenza straniera e l'apertura di un servizio di sportello per il pubblico. Il servizio ha contribuito a facilitare le relazioni tra gli operatori italiani e l'utenza straniera che, per motivi culturali e linguistici risultava in qualche caso molto difficile.

ALLO SPORTELLINO INFORMATIVO TELEFONICO AZIENDALE DOTATO DI NUMERO VERDE SONO GIUNTE NEL CORSO DELL'ANNO 57.733 CHIAMATE CON UN INCREMENTO RISPETTO LO SCORSO ANNO DEL 204,3%.

Le categorie analizzate sono rappresentate da richiesta di chiarimenti relativamente ad: accesso, apertura agenda, informazione, assistenza sanitaria e reclami.

La tipologia di richieste più ricorrente è relativa a chiarimenti rispetto alle aperture agende per le prestazioni da prenotare tramite CUP.

Lo sportello telefonico curato dalle mediatrici culturali dal 1 luglio al 31 dicembre ha ricevuto 289 chiamate. La lingua maggiormente utilizzata è arabo, seguono nell'ordine filippino, albanese, pakistano e francese.

Anche in questo sportello le maggiori informazioni riguardano le modalità di iscrizione al SSN e l'autocertificazione.

CONSIDERAZIONI SUL VALORE EPIDEMIOLOGICO DELLE INFORMAZIONI RACCOLTE IN UNA POPOLAZIONE DI IMMIGRATI NELLA CITTÀ DI BOLOGNA.

**N. NICOLI ALDINI, I. POGGIALI, V. MIGLIORI, F. DE SANTIS,
P.P. CASTELLANI, F. DI GRACI, C. GARAU, F. FALCO,
N. TOMMASINI, M.G.PALOTTI, L. BARBIERA, A.M. MANCINI.
Ambulatorio "I. Biavati" – Confraternita della Misericordia di Bologna**

RIASSUNTO

Negli ultimi dieci anni sono affluiti all' Ambulatorio "I. Biavati" della Confraternita della Misericordia di Bologna oltre 10.000 pazienti immigrati sprovvisti di ogni altra forma di assistenza sanitaria. Le informazioni di carattere epidemiologico provenienti da una casistica così numerosa non possono tuttavia essere trasferite al più ampio contesto dell' immigrazione nell' area metropolitana senza una preliminare valutazione del rapporto esistente fra la popolazione assistita dall' ambulatorio e la presenza straniera a livello cittadino. Per questo si è proceduto ad un raffronto fra alcuni parametri di carattere demografico rilevanti sul piano sanitario (distribuzione per età, sesso e provenienza), nei due gruppi posti a confronto. I risultati dimostrano come esistano significative differenze nella composizione delle due popolazioni. Ciò da un lato conferma la difficoltà di trasferire su più ampia scala i rilievi effettuati nei pazienti dell' Ambulatorio, ma al contempo rende più evidente l' importanza che le informazioni provenienti da un campione numericamente limitato, ma non omogeneo rispetto al complesso della popolazione straniera presente nella città, possono assumere nella definizione di un profilo sanitario degli immigrati a Bologna.

Introduzione. Obiettivi e metodi della ricerca

L' ambulatorio "I. Biavati" è stato istituito nel 1978 dalla Confraternita della Misericordia di Bologna allo scopo di offrire assistenza alle persone in condizioni di povertà grave, non in grado di usufruire in modo adeguato del servizio sanitario pubblico. A partire dalla seconda metà degli anni ottanta, con il progressivo incremento della presenza straniera nella città e nella sua provincia, esso è divenuto il principale punto di riferimento per le persone immigrate sprovviste di assistenza sanitaria (1,2,3). Attualmente esso opera in regime di convenzione con l' Azienda USL della Città di Bologna. Dal 1990 ad oggi i pazienti immigrati registrati dall' Ambulatorio sono stati oltre 10.000.

Le notizie raccolte per ogni paziente all' atto della prima visita e delle visite successive hanno consentito l' elaborazione di informazioni di carattere nosologico, sociale e demografico. E' stato possibile così delineare un profilo epidemiologico relativamente alle principali patologie osservate (tab.1), e definire una serie di correlazioni di carattere sanitario e sociale, che sono state oggetto di contributi già in precedenza pubblicati (4,5,6,7,8).

Tuttavia le indagini epidemiologiche basate sui dati provenienti da gruppi numericamente limitati e relativamente selezionati di immigrati, come nel caso degli assistiti dall' Ambulatorio "I. Biavati", non possono essere considerate necessariamente rappresentative dell' intera realtà sanitaria legata alla presenza straniera a livello locale o nazionale.

Come osservato da alcuni autori (9), l' esistenza di due popolazioni di immigrati, quella regolare e quella irregolare, con caratteristiche di integrazione nella società molto diverse fra loro, comporta la possibilità di manifestazioni differenti anche sul piano sanitario nei due gruppi. D' altra parte la componente "irregolare" della popolazione immigrata tende come logico a fare riferimento ai servizi offerti dai centri di volontariato sociale, piuttosto che a quelli pubblici. Si ha anche modo di ritenere, in accordo con quanto rilevato da Geraci, che *"là dove operano centri medici volontari ben attrezzati non è raro il caso di immigrati che, pur iscritti al Servizio Sanitario Nazionale, preferiscono rivolgersi a tali*

centri per essere effettivamente curati, e cioè con maggiore comprensione delle loro esigenze". (10). Questa indeterminazione nel modo di distribuirsi degli assistiti fa sì che la generalizzazione dei dati che provengono sia dai servizi pubblici che da quelli del volontariato sociale possa condurre ad una visione non corretta della realtà esistente.

Per questa ragione si è cercato di valutare il rilievo che le osservazioni dell' Ambulatorio "I. Biavati" possono assumere rispetto al più ampio contesto della presenza straniera a Bologna, indicando con il termine di *rappresentatività epidemiologica* il rapporto fra le informazioni raccolte presso l' Ambulatorio e quelle riferibili all' intera città.

Il confronto è stato condotto fra il campione costituito dalla popolazione straniera regolarmente presente a Bologna ed il campione rappresentato dagli assistiti dell' Ambulatorio "I. Biavati", considerando anni omogenei nel periodo 1995-1997.

Nell' impossibilità di disporre di dati relativi al profilo sanitario generale della popolazione immigrata a Bologna, sono stati considerati come significativi alcuni parametri di carattere demografico, sicuramente verificabili in entrambi i gruppi e rilevanti dal punto di vista sanitario. Essi sono il *sex*, l' *età* e la *provenienza* dei soggetti.

Per quel che riguarda l' Ambulatorio Biavati, le informazioni di carattere sociale e demografico sono state raccolte all' atto della prima visita e riportate nella cartella clinica individuale. Le informazioni relative alla città di Bologna provengono dai dati dell' anagrafe, elaborati dall'Ufficio Statistica del Comune (11).

Risultati.

Nell' anno 1997 assunto come riferimento, gli stranieri regolarmente presenti nella città di Bologna assommavano a 10.979 persone, pari al 2,9% dell' intera popolazione. Nello stesso anno l' Ambulatorio "I. Biavati" ha prestato assistenza a 1513 pazienti.

Per quello che riguarda la suddivisione del campione in base al *sex* (tab. 2), nell' anno 1997 si è osservata nella popolazione straniera a Bologna una prevalenza sia pur contenuta della componente maschile (54,6%) rispetto a quella femminile (45,4%).

Netta è risultata invece la predominanza dei maschi nel gruppo degli assistiti dall' Ambulatorio "I. Biavati", con un rapporto percentuale dell' 80,6 contro il 19,4 delle femmine.

La distribuzione secondo le classi di *età* (tab. 3) ha messo in evidenza un andamento molto simile delle relative curve, anche se in questo caso non è stata possibile una perfetta comparazione in quanto il criterio di suddivisione delle fasce di *età* considerate differisce leggermente. Pur con questo limite è evidente in entrambi i campioni considerati l' andamento gaussiano della suddivisione delle classi, con un picco che si colloca nella terza - quarta decade di vita.

La provenienza analizzata in rapporto alle diverse aree continentali (tab.4), ha dimostrato la presenza fra gli assistiti dell' Ambulatorio di una maggiore quota di immigrati originari dei paesi africani rispetto all' intera popolazione straniera della città. Abbastanza equilibrato è risultato il rapporto per quel che riguarda i paesi asiatici, mentre la presenza europea e americana è nettamente inferiore nell' Ambulatorio "I. Biavati" rispetto all' area metropolitana nel suo complesso.

Confrontando le principali nazionalità (tab, 5), si osserva come i gruppi magrebino ed indo-pakistano siano più rappresentati presso l' Ambulatorio, mentre nettamente inferiori rispetto alla percentuale cittadina risultano il gruppo cinese ed i soggetti provenienti dalle Filippine.

Discussione e conclusioni

I dati fino qui considerati sono sicuramente limitati, ma esprimono parametri verificabili quantitativamente in modo certo, e comunque rilevanti ai fini di qualsiasi indagine epidemiologica.

Il confronto dei due gruppi dimostra come esistano evidenti differenze fra il profilo demografico complessivo degli assistiti dell' ambulatorio "I. Biavati" e la popolazione staniera presente a Bologna, almeno per quel che riguarda le variabili prese in esame in questa indagine preliminare.

Questo conferma l' ipotesi che non si possano compiere proiezioni dirette delle informazioni dall' ambito più limitato dell' Ambulatorio a quello più ampio della città, e come le due popolazioni vadano piuttosto analizzate in modo complementare.

Dei tre parametri demografici considerati uno solo, quello dell' età, è apparso pressochè sovrapponibile nei due gruppi. La differenza riscontrata nella distribuzione per sesso può invece verosimilmente essere almeno in parte spiegata dalle discrepanze osservate nella provenienza dei pazienti. Infatti le nazionalità in cui è predominante la componente femminile a livello cittadino, quella filippina e quella somala, sono scarsamente rappresentate fra i pazienti dell' Ambulatorio, mentre le due nazioni percentualmente prevalenti fra questi, Marocco e Pakistan, fanno registrare, almeno a livello cittadino, una bassa componente femminile.

Infine il diverso profilo delle nazionalità è certamente ricollegabile al fatto che i due differenti punti di rilevazione, quello rappresentato dall' anagrafe cittadina e quello rappresentato dall' Ambulatorio, abbracciano popolazioni con caratteristiche diversificate in funzione principalmente del livello di integrazione sociale. Questa è certamente maggiore fra i soggetti regolarmente presenti in città, censiti a livello istituzionale e quindi stabili, ma è certamente inferiore nei soggetti che, proprio per il fatto di trovarsi in condizioni di precarietà, ed essendo spesso solo temporaneamente presenti nel territorio metropolitano, devono ricorrere ad un centro di primo soccorso quale è l' Ambulatorio. Proprio fra questi ultimi predominano gli immigrati da alcuni paesi africani ed asiatici, che hanno dato in questi anni un forte contributo al flusso di stranieri non solo a Bologna ma anche nell' intera penisola.

Rimarrebbe da discutere quale sia l' area reale di "sovrapposizione" fra i due gruppi che abbiamo considerato. Questo rappresenta, al momento, un elemento che non è possibile determinare quantitativamente in modo attendibile.

Risulta dunque confermata la necessità della conoscenza e del confronto fra entrambe le realtà, quella più limitata ma significativa rappresentata dai pazienti dell' Ambulatorio e quella più ampia ed articolata della presenza straniera regolare a Bologna, per tracciare un profilo più completo delle condizioni sanitarie dell' immigrazione nell' area metropolitana.

Bibliografia

- 1) Nicoli Aldini N., Petio C., Stirpe D., Mancini A.M. *I primi dieci anni di attività dell' ambulatorio per poveri "Irnerio Biavati"* in: Guidicini P., Pieretti G. (a cura di) *Città globale e città degli esclusi*. Franco Angeli, Milano, 1998.
- 2) Mancini A.M., Nicoli Aldini N., Magnoni I., Petio C., Campogrande L., Stirpe D. Ansaloni L., Bonasera M. *Assistenza sanitaria agli immigrati nel Poliambulatorio "I. Biavati" della Confraternita della Misericordia di Bologna*. Difesa Sociale, 5: 165-76, 1991
- 3) Nicoli Aldini N. *Venti anni di malattie della povertà a Bologna* Atti del Convegno: L' Emilia Romagna di fronte ai problemi sanitari dell' immigrazione, Cappelli ed, marzo 2000
- 4) Mancini A.M., Nicoli Aldini N., Petio C., Mancini M.G. *Le malattie della povertà nella regione Emilia Romagna. L' esperienza bolognese dell' Ambulatorio "I. Biavati" della Confraternita della Misericordia* in: L Benedetti, M. La Rosa, A. Grandini (a cura di) *Emilia Romagna: quale sviluppo? Rapporto sulla situazione regionale 1986-1987* Franco Angeli Milano, 1987.
- 5) Mancini A.M., Bartolini M.T., Nicoli Aldini N., Petio C., Campogrande L.. *Malattie carenziali ed infettive in condizioni di estrema povertà. Riemergenza di patologie obsolete*. In: P.P. Donati (a cura di) *La cura della salute verso il 2000*. Franco Angeli, Milano, 1989.

- 6) Cicognani M., Bonasera M., Ansaloni L., Ghedini G., Grasso S., Menegatti M., Chattat R., Nicoli Aldini N., Mancini A.M. *Disagio sociale e malattie negli immigrati extracomunitari a Bologna*. Atti della II Consensus Conference sull' Immigrazione, Palermo, 1992
- 7) Nicoli Aldini N., Bonasera M., Menegatti M., Stirpe D., Mancini A.M. *Problemi sanitari degli immigrati: l' esperienza dell' Ambulatorio "I. Biavati" a Bologna* . In : Non solo immigrato. Scenari migratori, diritti e innovazioni nelle politiche locali. Cappelli ed, Bologna, 1992
- 8) Germanò G., Nicoli Aldini N., Poggiali M.,Petio C., Mancini A.M. *Indici di trasformazione in una popolazione di immigrati: correlazioni sociali ed epidemiologiche* Atti della III Consensus Conference sull' immigrazione, Palermo, 1994
- 9) Cattaruzza M.S., Marceca M., Osborn J.F. *Epidemiologia e migrazione in Italia: problematiche epidemiologico-statistiche*. Annali di Igiene, 7(3): 157-63, 1995
- 10) Geraci S, Pittau F. *La legislazione italiana e l' assistenza sanitaria agli stranieri: situazione italiana e prospettive*. In: Geraci S. Argomenti di medicina delle migrazioni Peri Tecnes, 1995.
- 11) *La società Multietnica – Annuario Statistico*. Istituzione dei Servizi per l' Immigrazione , Bologna, 2, 1997

Indirizzo degli autori:

Ambulatorio "I. Biavati" della Confraternita della Misericordia
Strada Maggiore 13 40125 Bologna. Tel e fax 051 226310

NATI A NOVARA CON GENITORI IMMIGRATI NEL PERIODO 1984-1999

M.ZAFFARONI, R.OSELLO, A.C.CIGIOLOTTI, M.BINOTTI, L.STRIGINI, A.ZAVALLONE, G.BONA
Clinica Pediatrica di Novara
Università del Piemonte Orientale "Amedeo Avogadro"

Il flusso migratorio dai Paesi in via di Sviluppo verso l'Italia e gli altri Paesi industrializzati ha mostrato un progressivo incremento negli ultimi anni. Il costante aumento del numero di bambini con genitori immigrati che nasce ogni anno in Italia contribuisce a contenere il calo demografico generale del nostro Paese (1,2).

Al fine di valutare il numero e la frequenza dei neonati con genitori extracomunitari (EC), e di valutare in particolare il loro stato di salute, sono stati studiati tutti i bambini EC nati presso la sezione di Neonatologia della Clinica Pediatrica di Novara negli ultimi sedici anni.

Su un totale di 15234 bambini nati nel periodo Gennaio 1984-Dicembre 1999, 591 di essi, pari al 3,87%, avevano almeno un genitore straniero proveniente da Paesi in via di sviluppo.

La percentuale di neonati EC negli ultimi sedici anni è progressivamente aumentata (Figura 1); nel quinquennio 1984-1988 la percentuale è stata pari a 1,1% su un totale di 5131 nati; negli anni 1989-1993 è stata del 2,9% su un totale di 4304 nati e negli anni 1994-1998 è stata 6,5% su un totale di 4676 neonati. Nello scorso anno su 1238 nati la percentuale di EC era del 8,8%.

Per quanto concerne il Paese di provenienza dei genitori EC, sono state valutate le diverse aree geografiche di appartenenza: Nord Africa (34%), Paesi dell'Est Europeo (15,6%), Africa Nera (11,7%), Asia (12,7%), America Latina (9,3%); il 16,7% dei neonati avevano genitori appartenenti a gruppi nomadi (Figura 2).

L'età materna era in media di 27,6 anni (range 14-43 anni), mentre i padri avevano un'età media di 33,3 anni (range 19-53 anni).

I dati relativi alla parità delle madri hanno evidenziato che il 44,1% dei neonati EC era primogenito, il 30,7% aveva un fratello e il 25,1% aveva 2 o più fratelli (fino a 7). Si rileva come le madri Nomadi presentano un maggior numero di figli rispetto a quelle di altre minoranze.

La nascita è avvenuta con parto eutocico nel 69,8% dei bambini EC, nel 24,3 % con parto cesareo, nel 5,8% con parto distocico (ventosa ostetrica o forcipe).

L'età gestazionale media è risultata di 38,9 settimane (range 24-43 settimane). I nati EC ad un'età gestazionale inferiore o uguale a 37 settimane sono stati 78 (pari al 13,2%); undici neonati (pari al 1,8%) avevano un'età gestazionale inferiore o uguale a 32 settimane.

La maggiore incidenza di nascite pretermine è stata evidenziata fra i neonati con genitori Nomadi (circa un bambino ogni 5 nati).

Il peso alla nascita era inferiore a 2500 grammi in 47 neonati EC pari al 7,9%; in otto bambini (1,3%) il peso era inferiore a 1500 grammi; 31 neonati (5,2%) presentavano invece un peso superiore a 4000 grammi.

La valutazione dello stato di salute dei neonati non ha mostrato in generale significative diversità tra i neonati con genitori immigrati e bambini italiani, tuttavia i neonati EC hanno presentato maggiore incidenza di Asfissia e mortalità perinatale.

In particolare, è risultata più alta l'incidenza di asfissia neonatale tra i bambini appartenenti alle minoranze etniche dei Nomadi e dell'Africa Nera (2,3 % e 2,5% rispettivamente).

Nella presente casistica sono registrati 5 bambini nati morti (0,8% sul totale dei nati); altri 6 bambini sono deceduti nei primi giorni di vita (1,01% sul totale dei nati vivi).

Il più alto tasso di mortalità è stato osservato fra i bambini del gruppo Nomade (tre bambini con Sindrome di Potter deceduti subito dopo la nascita).

Analizzando l'area geografica di provenienza dei genitori, nel corso di questi sedici anni si sono osservate alcune modificazioni relative ai flussi migratori dei diversi gruppi etnici. Negli ultimi 16 anni

a Novara sono progressivamente i neonati con genitori immigrati da Nord Africa, Africa Nera, Asia, e America Latina (Tabella 1).

Il gruppo proveniente dall'Europa dell'Est, non rappresentato da alcun neonato nel quinquennio 1984-1989, è andato via via crescendo negli ultimi anni. Per contro si è rilevata una diminuzione progressiva del numero di neonati appartenenti al gruppo etnico dei Nomadi che sono passati da 39 negli anni 1984-1988 a 14 negli ultimi cinque anni.

In conclusione, lo studio retrospettivo sullo stato di salute dei nati nella città di Novara, analogamente a quanto rilevato dal Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Immigrato ha permesso di osservare che i neonati figli di immigrati presentano maggiore incidenza di Asfissia neonatale e problemi legati alla prematurità rispetto agli italiani.

La presente ricerca conferma inoltre elevati tassi di mortalità perinatale e neonatale precoce nei figli di immigrati EC superiori rispetto alla popolazione italiana (1-3).

E' possibile ritenere che un maggiore e adeguato controllo delle condizioni sanitarie della madre durante la gestazione possa ridurre l'incidenza di nascite pretermine e dei nati di basso peso.

Molte donne EC non conoscono il loro stato immunitario nei confronti degli agenti patogeni del gruppo TORCH poiché, per motivi economici, culturali o per difficoltà all'accesso ai Servizi Sanitari, non si sottopongono a esami sierologici di controllo prima del concepimento o durante la gravidanza.

La tutela della salute materna, il monitoraggio delle gravidanze a rischio, la prevenzione del parto pretermine, delle infezioni e dell'asfissia perinatale possono certamente ridurre la mortalità e la morbilità tra i nati di genitori immigrati in Italia.

Bibliografia

- [1] Zaffaroni M. et al. "Un argine alla natalità: i neonati figli di immigrati", Riv Ital Pediatr, 1999; 25: (Suppl. 3) 17-20.
- [2] "Dossier statistico", Caritas Diocesana di Roma, 1999; Ed. Antereum.
- [3] Ziino L., Catalano G., Ziino O. "Dati anamnestici e clinici relativi a neonati extracomunitari ricoverati presso la divisione di medicina perinatale e neonatologia dell'Ospedale Villa Sofia", Atti Convegno "Stress feto-neonatale", 75-79 Varese, 1995.
- [4] ISMU "Quinto rapporto sulle migrazioni 1999", Franco Angeli Editore, Milano, 2000.

Tabella 1 - Nascite di bambini di diversi gruppi etnici
dal 1984 al 1999 a Novara

| NATI | 1984-1988 | 1989-1993 | 1994-1999 |
|--------------------|------------------|------------------|------------------|
| Nordafrica | 10 | 36 | 157 |
| Africa Nera | 3 | 15 | 49 |
| Asia | 2 | 13 | 58 |
| America | 3 | 12 | 39 |
| Europa Est | 0 | 10 | 85 |
| Nomadi | 39 | 40 | 20 |
| Totale | 57 | 126 | 408 |

INDAGINE SULLA POPOLAZIONE EXTRACOMUNITARIA IRREGOLARE, REPERITA NELLE AREE DISMESSE DAL GRUPPO DI "MEDICINA DI STRADA" DEL NAGA (MILANO), NEL PERIODO GENNAIO-MARZO 2000, E RAFFRONTO CON INDAGINI PRECEDENTI : DATI SOCIO-DEMOGRAFICI E SANITARI.

**PIERFRANCO OLIVANI
NAGA - Milano**

INTRODUZIONE

Il problema « salute dell'immigrato in Italia » si è drasticamente modificato negli anni più recenti. Allo stato attuale il D.L. 286/98, il relativo regolamento di attuazione (D.P.R. 394/99) e la Circolare Ministeriale n°5 del 24 marzo 2000 affermano in modo chiaro il diritto alla salute per tutti, ponendo su un piano di assoluta parità l'immigrato regolare ed il cittadino italiano e fornendo all'immigrato irregolare forme di assistenza sanitaria identiche o comunque valide.

L'applicazione di queste leggi, peraltro rese esplicite solo recentissimamente (la Circolare Ministeriale è stata diramata il 24 marzo u.s.), avviene tuttora con ingiustificati ambiti di discrezionalità da parte degli Enti periferici. Ciò comporta il persistere dell'incoerenza fra una legislazione che, prima nel mondo, afferma il diritto di ogni uomo alle cure mediche e la situazione di fatto che tende ancora a negare questo diritto.

D'altra parte anche per certe categorie di cittadini italiani il diritto alla salute resta ancora in parte teorico : mi riferisco sia alle fasce a reddito bassissimo o nullo, (per le quali l'obbligo al ticket limita drasticamente l'accesso ai servizi sanitari), sia al persistere di una impostazione arcaica dell'apparato burocratico, per cui certi diritti di tipo ricognitivo vengono di fatto considerati costitutivi. Cioè il diritto insorge comunque con il verificarsi dei requisiti previsti dalla legge : nel caso specifico, anche in assenza di una formale iscrizione al SSN, qualsiasi cittadino italiano, come qualsiasi immigrato regolare, ha pur sempre il diritto all'assistenza sanitaria.

La grande immigrazione in Italia è iniziata attorno agli anni '80; dalla metà degli anni '80 la nostra associazione (il Naga) ha cominciato a promuovere il principio del diritto alla salute per tutti : sono state intraprese alcune iniziative, fra le più visibili :

1 l'ambulatorio, rivolto a tutti coloro che non sono iscritti al SSN (negli ultimi anni siamo arrivati a 20.000 prestazioni/anno)

2 le iniziative in campo legislativo che hanno portato, anche con il contributo del Naga, all'attuale situazione in tema di normativa sanitaria per gli immigrati.

In tempi più recenti abbiamo pensato di rivolgere la nostra attività da un lato ai problemi inerenti all'effettiva attuazione delle suddette normative sanitarie, dall'altro a prendere contatto con le fasce più emarginate degli immigrati irregolari e dei cittadini italiani (clochards), cioè, con quelle persone che non si rivolgono spontaneamente neppure ai nostri ambulatori. A tale scopo abbiamo creato un'unità di strada che, recandosi con un camper attrezzato nelle aree dismesse, stabilisce un contatto diretto, fornendo, nell'immediato, un supporto sanitario e svolgendo un compito di informazione sia sanitaria che sociale riguardo ai diritti, alle procedure burocratiche ed alle possibilità di assistenza predisposte, per queste persone, dal volontariato e dalle strutture pubbliche. Il servizio è iniziato nel mese di gennaio u.s ; riportiamo qui i primi dati socio-sanitari che si riferiscono al periodo 1 gennaio- 31 marzo 2000, confrontandoli, dove è possibile, con i dati più recenti, abitualmente raccolti presso l'ambulatorio del Naga.

MATERIALI E METODI

L'equipe di « medicina di strada » del Naga è formata da circa 20 persone : fra queste 6 medici, 2 infermieri, 1 avvocato ed 1 logista, (gli altri svolgono compiti di accoglienza). Ci si avvale di un camper attrezzato con letto, tavolo e armadio per i medicinali (il camper è in comune con il nostro « gruppo nomadi »). La scelta delle aree dismesse, usate come dormitorio, è affidata ad alcuni di noi che, profondi conoscitori della città, hanno già da tempo individuato i siti e vi hanno compiuto sopralluoghi preliminari. L'arrivo dell'unità mobile è preannunciato 1-2 gg.prima. L'Autorità di Pubblica Sicurezza è al corrente della nostra attività ma, di comune accordo, non vengono specificate le aree di destinazione. Le uscite (in orari serali : 20.30-22.30), (attualmente 1 volta alla settimana), coinvolgono i 2/3 circa dell'equipe. Tutti i membri portano, durante l'attività, un bracciale di riconoscimento. Giunti sul posto, mentre alcuni entrano nell'edificio per avvisare del nostro arrivo e per compiere le prime visite, altri iniziano a visitare sul camper le persone che mano a mano affluiscono ; altri ancora, all'esterno del camper, posizionano un tavolino ed alcune sedie, danno indicazioni riguardo ai problemi extrasanitari (soprattutto legali) o ai quesiti burocratici.

Le visite mediche vengono eseguite dopo che i volontari dell'accoglienza hanno compilato la parte generale della cartella sanitaria (analoga a quella da sempre in uso presso l'ambulatorio del Naga). Per i successivi controlli e per eventuali approfondimenti diagnostici il Paziente viene indirizzato all'ambulatorio del Naga o alle Strutture Pubbliche competenti.

Per coloro che richiedono semplicemente farmaci di base o pongono quesiti non sanitari non viene compilata la cartella clinica ma, in un apposito elenco, si segnalano : nome, età, nazione e tipo di richiesta.

I dati sanitari, registrati sulle cartelle, sono stati elaborati per problema (metodo SOAP) ; le codifiche usate sono quelle della « International classification primary care » (ICPC) nella sua versione italiana. Questa classificazione permette di codificare la diagnosi, o in mancanza, anche solo il sintomo principale della malattia. Le codifiche sono composte da una lettera che individua l'apparato(respiratorio,cutaneo, ecc.), da un numero che si riferisce al tipo di malattia (infettiva,traumatica,ecc.) e da un secondo numero che individua la malattia stessa. I dati sono stati successivamente inseriti in un archivio computerizzato, sottoposti a controllo qualitativo ed elaborati utilizzando i programmi Excel ed Access. In un numero ristretto di casi non è stato possibile attribuire alcuna codifica al problema per incompletezza della cartella o perché illeggibile.

Nei grafici sono riportati, come confronto, anche i dati raccolti presso l'ambulatorio Naga, relativi all'anno 1999.

RISULTATI

VISITE TOTALI (fig.1)

Il numero delle visite mediche varia da uscita ad uscita : indicativamente 10 per serata (più altri 10-15 non visitati ma semplicemente contattati per altri motivi). In base all'attività finora svolta, prevediamo di eseguire 500 visite mediche/anno.

[Dai dati raccolti nell'ambulatorio del Naga per il 1999, solo il 10% degli irregolari dell'area milanese vive negli insediamenti abusivi. Dai dati ISMU 1998 gli immigrati irregolari a Milano variano fra i 16.500 e i 27.500, quindi nelle aree dismesse vivrebbe una popolazione di 1.600 – 2.750 persone ; non è dunque azzardato prevedere che con la nostra attività se ne possa contattare anche il 50%.]

DATI SOCIO-DEMOGRAFICI

SESSO (fig. 2)

I maschi sono il 96%. I dati sono profondamente diversi da quelli più generali raccolti presso l'ambulatorio del Naga (maschi 65%). Pensiamo che questa selezione sia dovuta sia al tipo di alloggio particolarmente disagiato, sia al fatto che vi possa anche essere una presenza femminile maggiore di quella da noi registrata ma più nascosta.

ETA' (fig.3)

Nell'ambito fra i 15 ed i 44 anni sono compresi il 91,4 % della popolazione visitata. Il dato è in analogia con quanto rilevato presso l'ambulatorio Naga. Sono naturalmente assenti i minori e gli anziani, sia per le condizioni di vita inadatte, sia perché in queste aree dismesse si ritrovano, come vedremo, soprattutto gli immigrati irregolari appena arrivati e non i nuclei familiari che si ricostituiranno solo in seguito.

PROVENIENZA (fig.4)

Questi dati riguardo alle nazioni di provenienza hanno un significato molto relativo: questa popolazione tende a vivere raggruppata per etnia e noi abbiamo scelto i campi da visitare, selezionando quindi a priori il campione. Possiamo solo osservare una netta prevalenza di popolazioni dell'Est Europa.

DATA DI ARRIVO IN ITALIA (fig. 5)

Più del 60% delle persone incontrate è arrivato in Italia da meno di un anno, ed un altro 20% da meno di 2 anni. Si tratta quindi, rispetto ai dati più generali del nostro ambulatorio, di una popolazione di recentissima immigrazione che probabilmente vive questa situazione alloggiativa in modo del tutto temporaneo, in attesa di una sistemazione migliore.

STATO CIVILE (fig. 6)

Il 54 % risulta coniugato, (quasi nessuno peraltro ha attualmente il coniuge con sé). Il dato, apparentemente elevato, non ha termini di paragone con nostre statistiche precedenti in quanto non è mai stato da noi rilevato. I dati reperibili nel Dossier Statistico '99 della Caritas, riferiti però agli immigrati in generale, capovolgono questo rapporto (45%).

ISTRUZIONE (fig. 7)

Si mantiene costante, anche in questa popolazione di recentissima immigrazione, il dato del 50% di immigrati irregolari in possesso di un titolo di studio di scuola media superiore o di una laurea. Non ci sono finora risultati casi di analfabetismo. Il campione è sovrapponibile con i dati generali dell'ambulatorio Naga.

ATTIVITA' LAVORATIVA ATTUALE (fig. 8)

I disoccupati rappresentano solo poco più di 1/3 della popolazione incontrata, mentre il resto è suddiviso in egual misura fra lavoro fisso e lavoro saltuario. La situazione lavorativa è senza dubbio migliore di quella rilevata più in generale nella popolazione di clandestini dell'ambulatorio del Naga (50% di disoccupati).

Pensiamo che ciò sia dovuto alla maggior disponibilità ad ogni tipo di lavoro dell'immigrato appena arrivato e al fatto che in questa popolazione sono scarsissimi i nuclei familiari.

DATI SANITARI (fig. 9)

L'insieme delle diagnosi di malattia o, in mancanza di queste, del sintomo principale, costituiscono gli episodi di malattia. Il numero totale degli episodi di malattia è stato 105 e si riferisce a 100 pazienti (come si vede alcuni di essi hanno presentato più di un episodio di malattia nel periodo considerato). (La capacità di diagnosi del nostro personale sanitario è risultata soddisfacente se si nota che in 2/3 dei casi si è arrivati ad una diagnosi pur dopo una visita fatta in condizioni di precarietà).

(fig.10)

Gli episodi di malattia (diagnosi o sintomo principale) si distribuiscono in maniera diversa per apparato :

prevalere anche in questa popolazione, (in analogia con quanto visto presso l'ambulatorio del Naga), in primis

l'interessamento dell'apparato respiratorio (37%) [soprattutto faringiti e bronchiti acute], segue l'apparato digerente (17%) [malattie dentarie, gastriti], la cute (16%) [scabbia e micosi] e l'apparato muscolo-scheletrico (12%) [traumatismi soprattutto degli arti e artralgie].

Rispetto ai dati dell'ambulatorio Naga, aumentano di 1/3 le malattie respiratorie e quelle digestive.

PRIME CONCLUSIONI

Vediamo dapprima le peculiarità dei dati raccolti sulla popolazione immigrata reperita negli insediamenti abusivi dal gruppo i « medicina di strada » del Naga, rispetto ai dati raccolti sulla totalità degli immigrati irregolari, abituali frequentatori dell'ambulatorio Naga di Milano nel 1999 :

- netta prevalenza di maschi (96%), rispetto al 65% ;
- epoca di immigrazione più recente : il 62% è immigrato da meno di un anno, contro appena il 7% ;
- livello di occupazione più elevato (62,5%), contro il 50,3% ;
- maggior incidenza delle abituali patologie delle vie aeree (37% contro il 19,7%) e dell'apparato digerente (17% contro il 12,8%).

Da qui si possono tracciare le caratteristiche di un individuo-tipo : maschio, giunto in Italia da pochi mesi, che ha trovato già un lavoro appoggiandosi ai nuclei di connazionali con i quali vive in insediamenti abusivi e che si ammala delle normali patologie del disagio : faringo-bronchiti, odontopatie e gastriti, traumi da lavoro. Sappiamo inoltre, (dagli altri dati, questa volta coincidenti con quelli dell'ambulatorio del Naga), che ha un'età fra i 15 ed i 34 anni, che è sposato e che ha frequentato le scuole superiori.

Dai dati sanitari si evidenzia, ancora una volta, l'assenza di «malattie tropicali o esotiche » o comunque caratteristiche dei paesi del terzo mondo, mentre predominano le « malattie del disagio », in analogia con quelle presenti nelle fasce più basse della popolazione italiana, là ove più facilmente si registra povertà, disagio abitativo-alimentare e lavoro precario.

Dai nostri dati non è però possibile stabilire un confronto corretto fra l'incidenza delle malattie negli immigrati irregolari rispetto alla popolazione italiana, sia per l'esiguità del nostro campione, sia in quanto, mentre per la popolazione italiana le malattie vengono espresse in « numero di casi per abitanti », nella popolazione immigrata irregolare è solo possibile esprimere il « numero dei casi sul totale dei pazienti »,

essendo approssimativo il numero totale degli immigrati cui riferirsi ed essendo la rilevazione della malattia non sistematica, ma estesa solo a chi, in mancanza di un'assistenza sanitaria nazionale, si presenta spontaneamente agli ambulatori del volontariato.

Per quanto concerne infine il riscontro di determinate patologie importanti non infrequenti nella popolazione immigrata, quali TBC e malattie sessualmente trasmesse, dobbiamo constatare che sono praticamente assenti nei gruppi di immigrati da noi osservati. Per la TBC si può rilevare come la fascia di popolazione cui ci riferiamo è in prevalenza di recentissima immigrazione, mentre sappiamo che

questa malattia si sviluppa più facilmente dopo un relativamente lungo periodo di disagi. Per le malattie sessualmente trasmesse, sappiamo, da altre ricerche, che si riscontrano praticamente solo all'interno di comunità ben definite (sudamericani, tossicodipendenti, ecc) : comunità differenti da quelle incontrate nella nostra attività e che, meno facilmente di altre, vivono in alloggi abusivi.

Abbiamo già accennato come le richieste che ci vengono fatte, da parte degli immigrati, durante le uscite, non si limitino all'argomento sanitario : spesso vengono posti quesiti burocratici (come fare le domande di iscrizione al SSN, o di permesso di soggiorno, o come fare ricorso in caso di assegnazione del foglio di espulsione) ; altre volte vengono richieste informazioni legali (come ottenere il pagamento contestato di un lavoro « in nero », o il risarcimento per un infortunio).

Dobbiamo infine sottolineare come questa attività di « medicina di strada » comporti, da parte degli operatori, un'assoluta discrezione riguardo ai luoghi visitati : è di basilare importanza il fatto che le nostre visite non siano in alcun modo occasione di sgomberi da parte delle Autorità preposte.

Figura 1



Figura 2

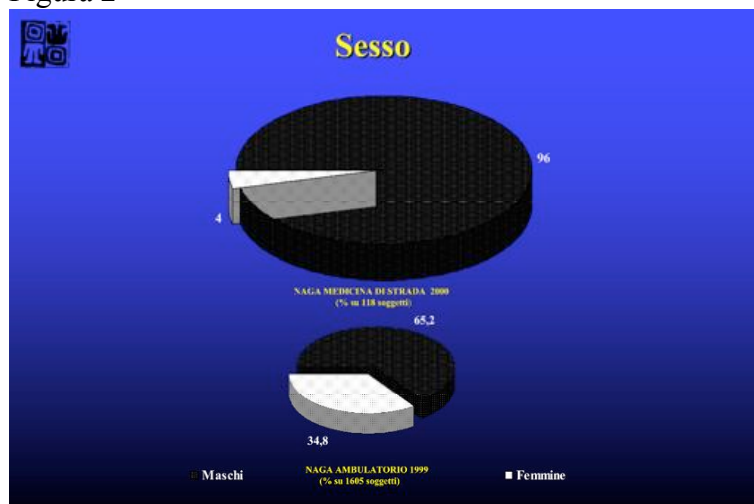


Figura 3

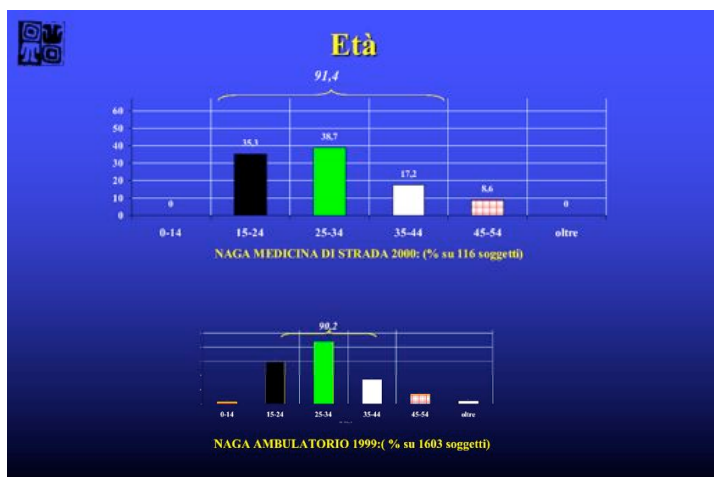


Figura 4



Figura 5



Figura 6

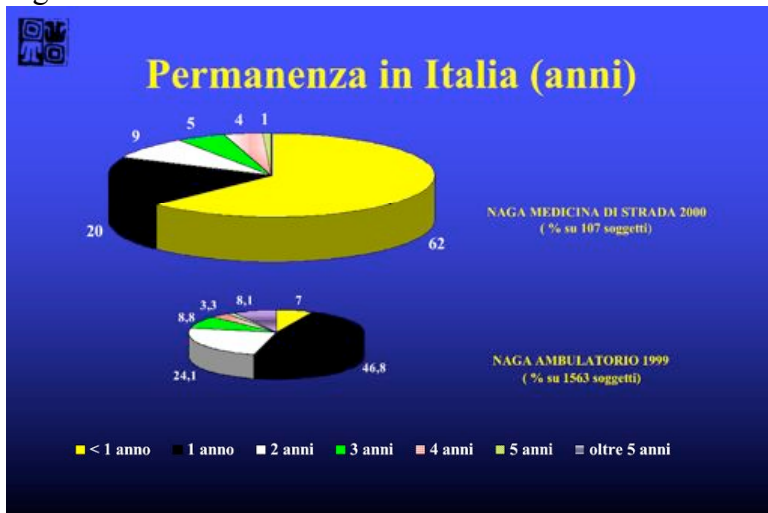


Figura 7

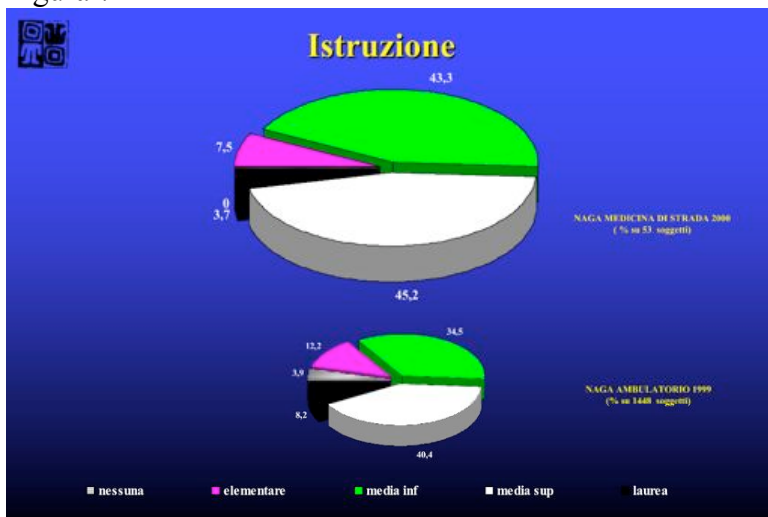


Figura 8



Figura 9



Figura 10



NOMADI A PALERMO

F.GRIPPI, G.BRUNO, M.CRAPANZANO, L.VASSALLO, N.GUGINO, S.PALAZZO
Distretto Sanitario 13 - Palermo

Il campo nomadi a Palermo è situato all'interno del Parco della Favorita. In questa area sottoposta a vincolo ambientale, vive una popolazione che oscillerebbe tra 400 e 600 persone, con un indice migratorio annuale del 20-30%. La comunità comprende 50-80 gruppi familiari, con una presenza di minori di circa il 50% e un'irrilevante presenza di anziani (< 1%) a dimostrazione che l'aspettativa di vita media è bassa.

Da diversi anni il Distretto Sanitario 13 impegna direttamente al campo un'equipe sanitaria di strada per le attività vaccinali e la sorveglianza delle malattie infettive, vista la scarsa propensione all'utilizzo delle strutture sanitarie territoriali. Dal 1998, aggravatosi ulteriormente il degrado igienico-sanitario (già segnalato in diverse occasioni alle autorità cittadine) per lo spostamento della popolazione del campo di Via Messina Marine alla Favorita, si assicura un primo livello di assistenza sanitaria. Attualmente alla Favorita di Palermo vivono tre comunità di nomadi: il nucleo più numeroso (alla Favorita dal 1990) è costituito da rom di religione musulmana d'origine kosovara; gli altri due gruppi di religione cristiano-ortodossa, sono uno d'origine serba e l'altro montenegrino. Il rapporto di fiducia che si è andato instaurando, grazie alla continuità degli interventi e alla stabilità dell'equipe, ha consentito di attivare un programma di interventi e di raggiungere alcuni obiettivi:

- ♦ copertura vaccinale di bambini 0-14 anni
- ♦ sorveglianza epidemiologica TBC
- ♦ controllo delle malattie infettive e parassitarie
- ♦ sorveglianza igienico-sanitaria
- ♦ riduzione delle patologie rilevanti
- ♦ promozione della capacità dei genitori alle cure fisiche, all'igiene quotidiana e alla gestione dei problemi di salute
- ♦ acquisizione crescente del valore della prevenzione.

Sono state attivate anche le procedure di accesso ai servizi di base e di secondo livello per favorire l'acquisizione di un diritto all'assistenza e processi di case management, facendo sì che venisse a determinarsi la presa in carico da parte dei servizi sanitari.

I dati che vengono riportati si riferiscono all'anno 1999. Risulta evidente che le condizioni di degrado e di precarietà del campo insieme alla mancanza di qualsiasi infrastruttura igienica creano riflessi sullo stato di salute delle persone. Infatti tutto il ventaglio delle patologie presenti è riconducibile alla cosiddetta patologia da povertà. Dalle prime visite effettuate (470) sono emerse 651 tipologie di problemi, con patologie prevalenti (vedi tabelle) di tipo dermatologico (micosi, piodermi, verruche, scabbia), pneumologico (prime vie aeree specie tra i bambini nei mesi invernali, mentre tra gli adulti le riacutizzazioni delle BPCO); ancora in età pediatrica prevalgono le diarreie legate anche a problemi di fecalizzazione dell'ambiente. Tra le patologie riscontrate negli adulti, dispepsie, ipertensione e diabete, spesso trascurate dai nomadi. Da segnalare le patologie odontostomatologiche osservabili nella quasi totalità della popolazione.

| PATOLOGIE RISCONTRATE | | |
|-------------------------------|---------------|----------|
| | | |
| | VISITE | % |
| Dermatologia | 177 | 27,2 |
| Pneumologia | 164 | 25,2 |
| Gastroenterologia | 72 | 10,9 |
| Varie | 45 | 6,9 |
| Ortopedia-Reumatologia | 25 | 3,8 |
| Anemia | 20 | 3,1 |
| Cardioangiologia | 24 | 3,7 |
| ORL | 22 | 3,4 |
| Oculistica | 17 | 2,6 |
| Ginecologia | 16 | 2,4 |
| Urologia-Nefrologia | 13 | 2 |
| Diabetologia-Obesità | 10 | 1,5 |
| Traumatologia | 10 | 1,5 |
| Neuropsichiatria | 9 | 1,4 |
| Odontostomatologia | 9 | 1,4 |
| Chirurgia | 3 | 0,5 |
| Patologia Infettiva a rischio | 15 | 2,3 |
| TOTALE | 651 | |

| PNEUMOLOGIA | < 15 anni | > 15 anni |
|--------------------|---------------------|---------------------|
| BPCO | | 13 |
| Prime vie aeree | 90 | 29 |
| Bronchite Acuta | 20 | 10 |
| Polmonite | | 1 |

| GASTROENTEROLOGIA | < 15 anni | > 15 anni |
|--------------------------|-----------|-----------|
| Diarrea | 31 | |
| Ossiuriasi | 15 | |
| Dispepsie Ulcerose e non | | 25 |

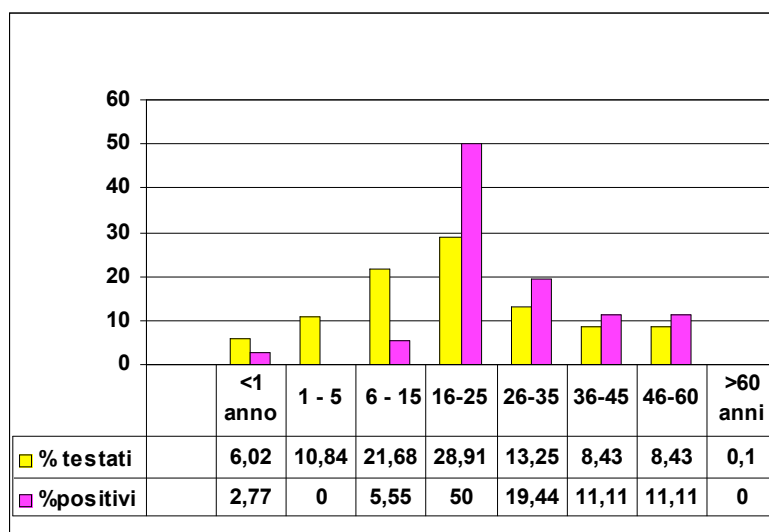
PATOLOGIE A RISCHIO

Tra le patologie evidentemente legate allo stato nutrizionale e alle condizioni di vita preoccupa maggiormente la tubercolosi. Nell'anno 1999 si è avuto un caso di tubercolosi polmonare cavitaria in una giovane donna residente al campo. L'inchiesta epidemiologica avviata con test secondo Mantoux ha coinvolto 83 persone appartenenti all'ambito familiare e alla comunità. E' stata rilevata la presenza di una percentuale di positivi del 43,3% (36 positivi) per cui 28 soggetti hanno effettuato Rx (gli altri 8 sono emigrati o non hanno aderito). Nel corso dello screening sono emersi inoltre due casi di pleurite tubercolare avviati a trattamento specifico. Da sottolineare che tra i positivi soltanto 12 hanno avviato la profilassi antitubercolare poiché esistono enormi resistenze nel restante gruppo ad effettuare qualsiasi protocollo. Non poche sono le difficoltà incontrate nel controllo della patologia, sia per il reperimento dei farmaci che per assicurare l'adesione al trattamento specifico. Sono stati realizzati interventi di educazione sanitaria per aiutare questa comunità nella gestione della malattia e lo stretto contatto quotidiano con l'équipe sta ulteriormente favorendo il processo.

Nell'ambito dei soggetti a rischio va sottolineato il dato che la coorte dei nati 16-25 anni presenta un tasso di positività del 50% nettamente superiore a quello rilevato nella restante popolazione. Le condizioni abitative, le carenze igienico-sanitarie, lo stato nutrizionale hanno certamente favorito il manifestarsi di questa situazione di rischio.

Sono inoltre emersi 12 casi di malattie sessualmente trasmesse inviati presso l'ambulatorio di Medicina delle Migrazioni dell'Istituto di Medicina Interna e Geriatria del Policlinico per gli esami di secondo livello.

Risultati sorveglianza epidemiologica



Test secondo Mantoux (% soggetti testati e positivi)

VACCINAZIONI

Dal 1994 è stata avviata una campagna vaccinale per i minori che dovevano essere avviati alla frequenza scolastica, effettuando una ricerca presso i centri vaccinali per rintracciare eventuali dosi pregresse (quasi inesistenti) e costituire un'anagrafe vaccinale della comunità.

A partire da questo primo gruppo, si è riusciti a sensibilizzare la popolazione circa l'utilità della pratica vaccinale, recuperando una "evasione storica", e nonostante l'elevato flusso migratorio, 43 bambini completavano nell'anno il ciclo di base. La presenza al campo ha permesso di coinvolgere tutta la popolazione priva di questo tipo di copertura immunitaria e tutta la comunità ha dimostrato una crescente consapevolezza sulla necessità di effettuare regolarmente le vaccinazioni.

L'aver realizzato un'anagrafe vaccinale computerizzata e un sistema informativo sul bambino a rischio sociale, che riguarda anche i bambini immigrati, ha permesso anche il recupero di parte di quella evasione vaccinale dovuta al flusso migratorio, con una riduzione progressiva negli anni del drop-out.

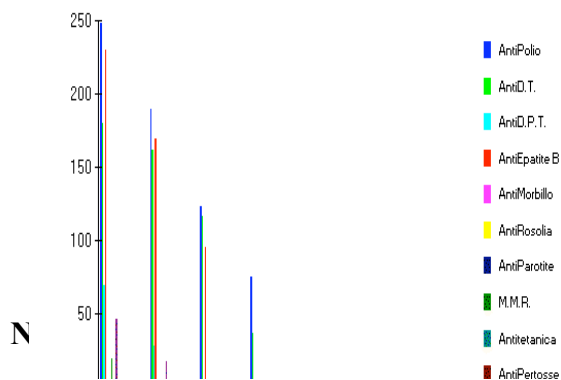
I dati dell'anagrafe vaccinale confermano che:

- ♦ 250 bambini hanno avviato il ciclo vaccinale
- ♦ 130 hanno completato il ciclo di base
 - ♦ circa 60 hanno già effettuato le seconde dosi

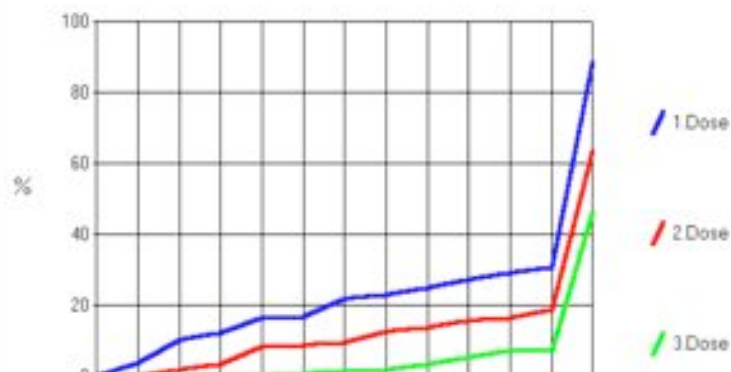
L'evoluzione del livello di consapevolezza raggiunto dalla popolazione risulta evidente anche dall'approccio che i genitori hanno per quanto riguarda le vaccinazioni dei nuovi nati nel loro primo anno di vita.

Da una cross section delle coperture vaccinali raggiunte (vedi tabelle), dalle coorti di nati del quadriennio 96-99, risulta evidente come sia superata quella diffidenza ad avviare anche i nuovi nati alla vaccinazione e come si stia affermando un nuovo approccio alla prevenzione.

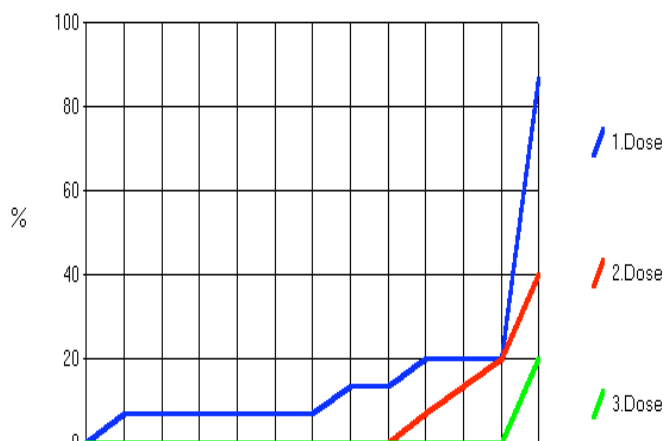
Vaccinazioni Eseguite



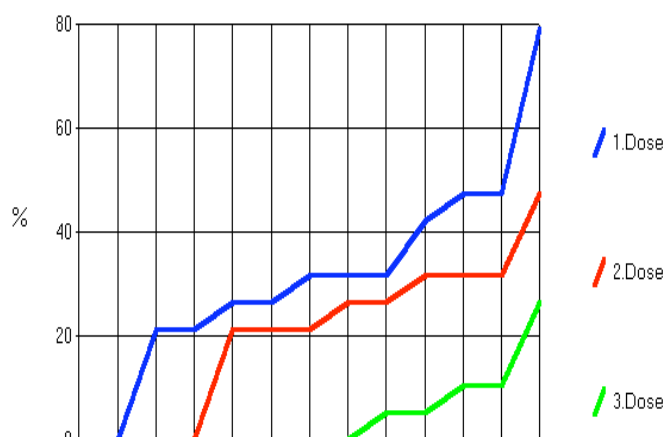
Coperture Vaccinali Anti Polio



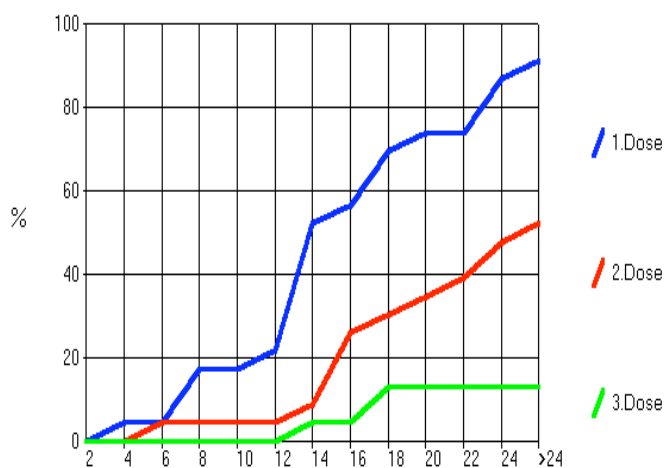
Coperture Vaccinali Anti Polio



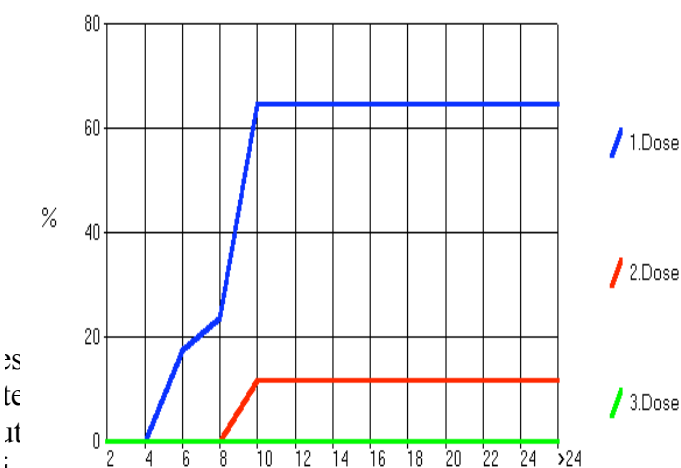
Coperture Vaccinali Anti Polio



Coperture Vaccinali Anti Polio



Coperture Vaccinali Anti Polio



Unità territoriale : R06 - CAMPO NOMADI

Unità territoriale : R06 - CAMPO NOMADI

nell'unità sanitaria di strada, quale primo elemento di approccio alle problematiche sanitarie del campo, strutturando équipe stabili, con personale impegnato allo scopo e con la strutturazione di una unità mobile attrezzata per gli interventi di base. Un secondo livello prevede l'avvio ad un centro sociosanitario per l'accoglienza, l'informazione, le attività ambulatoriali per le cure primarie e l'organizzazione dei canali di invio alla rete dei servizi sanitari e socioassistenziali. In questa struttura dovrebbe prevedersi la presenza di mediatori culturali provenienti dalle comunità nomadi allo scopo di promuovere i processi di interscambio culturale e tutoring. In questo ambito l'attivazione di un

segretariato sociale potrebbe garantire il social support e le attività di tutela al diritto di soggiorno e quant'altro previsto dalla legislazione (scuola, lavoro assistenza). Come ultimo livello si ritiene necessaria l'attivazione di una rete dei servizi attraverso l'istituzione di tutor tra gli operatori per garantire livelli di accoglienza e gli iter diagnostici-terapeutici. In prospettiva sarà necessario che si sviluppi inoltre un coordinamento degli interventi in ambito istituzionale (Comune, Prefettura, Provveditorato, Ausl) con l'attivazione di un gruppo a ciò dedicato perché solo attraverso la risoluzione dei problemi ambientali, sociali, economici, si potrà andare oltre l'attuale situazione.

LE MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI: ESPERIENZA DELL' ISTITUTO DERMATOLOGICO SAN GALLICANO

ALDO MORRONE, GENNARO FRANCO, ISA BUONOMINI, OTTAVIO LATINI
Istituto Dermatologico San Gallicano (IRCCS), Roma

Secondo l' Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), per "*Mutilazione Genitale Femminile si intendono tutte le procedure che comportano la rimozione parziale o totale dei genitali esterni femminili o altri interventi dannosi sugli organi genitali femminili tanto per ragioni culturali che per altre ragioni non terapeutiche.*"

L' origine della pratica è sconosciuta, benché sia nota sin dai tempi dell' antico Egitto. Le motivazioni culturali più spesso proposte a giustifica sono l' onore familiare, l' igiene, la fedeltà al marito, la conservazione della verginità, la protezione contro i sortilegi e la tradizione locale.,

L' OMS suddivide le MGF in 4 tipi: **tipo 1** (asportazione del prepuzio con asportazione parziale o totale del clitoride) **tipo 2** (asportazione del clitoride con asportazione parziale o totale delle piccole labbra); **tipo 3** (asportazione di clitoride, piccole e grandi labbra con cucitura della vulva); **tipo 4**, o "non classificato" (tutte le altre pratiche che cadono sotto la suddetta definizione di MGF) trafittura, perforazione o incisione di clitoride e/o piccole labbra; stiramento di clitoride e/o piccole labbra; cauterizzazione mediante ustione di clitoride e del tessuto circostante; raschiamento del tessuto circostante l' orifizio vaginale (angurya cuts) o incisione della vagina (gishiri cuts); introduzione di sostanze corrosive o erbe nella vagina per causare emorragia o allo scopo di contrarla o restringerla.

Le MGF sono praticate nei paesi del Medio Oriente (i due Yemen, Arabia Saudita, Iraq, Giordania, Siria ed Algeria Meridionale), nel Corno d' Africa (Somalia, Etiopia, Eritrea, Gibuti), nel Mozambico e in altri paesi del Nord e Centro Africa (Kenya, Nigeria, Mali, Alto Volta, Costa d' Avorio, Egitto, Sudan) nonché nelle comunità di immigrati presenti in Europa, Australia e USA.

Attualmente si calcola che circa 134 milioni di persone nel mondo siano state sottoposte ad una delle MGF e che circa 2 milioni di bambine all' anno corrano il rischio di subirla.

In Italia, si è stimato che circa 4-5.000 bambine siano a rischio di subire la MGF

Il Servizio di Medicina delle Migrazioni dell' Istituto Dermatologico San Gallicano ha osservato, nel corso della sua quasi ventennale attività, 147 donne con MGF (86 del tipo 1 OMS, 34 del tipo 2 e 27 del tipo 3). Questa casistica viene qui presentata, con un accenno alle principali complicazioni osservate e ad essa riferibili, unitamente ad alcune considerazioni sull' approccio transculturale a questo problema, utilizzato dagli operatori del Servizio.

Bibliografia

Morrone A., Franco G., *Le mutilazioni genitali femminili*. In: Morrone A., Mazzali M., Pistolese A., *Oltre il colore della pelle*, Roma, Bagatto Libri, 1999

LE PERSONE SENZA FISSA DIMORA: TRA MITI LETTERARI E DISPERAZIONE REALE

ALDO MORRONE, GENNARO FRANCO, TERESA D'ARCA, LIVIA ALESSANDRONI, ISA BUONOMINI, OTTAVIO LATINI

Istituto Dermatologico San Gallicano (IRCCS), Roma

Dalla fine del 1998 presso il Servizio di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale dell'Ospedale San Gallicano (IRCCS) di Roma è in funzione un osservatorio clinico-epidemiologico sulle condizioni di salute delle persone senza fissa dimora (SFD), residenti, immigrate e nomadi presenti a Roma.

Nel corso del 1999 sono state visitate 1.007 persone SFD, che rappresentano circa il 10-15% dell'intera popolazione SFD stimata a Roma in prevalenza maschi (74,9%). L'analisi dei dati raccolti è stata svolta in collaborazione con l'Osservatorio Epidemiologico della Regione Lazio. Il 28,4% della popolazione senza fissa dimora era italiana, il 42,7% proveniva da paesi europei non comunitari, il 2,7% da paesi dell'Unione Europea, il 15,8% dall'Africa ed il restante 10,4% da altri continenti. I Paesi di provenienza dei SFD stranieri più rappresentati erano la Bosnia, Polonia, la Romania, il Marocco, l'Ucraina, la Moldavia, l'Algeria, l'Iran, l'Iraq e la Russia. Tre quarti dei 148 SFD nomadi provenivano dalla Bosnia-Erzegovina ed erano in Italia da almeno tre anni, quindi dei nomadi con un insediamento di fatto continuativo.

L'analisi dei dati riguardanti lo stato di salute ha evidenziato che le malattie infettive, quelle respiratorie, quelle gastrointestinali e della cute, oltre alle patologie psichiatriche e alla dipendenza da droghe sono le diagnosi più frequentemente riportate. È stata riscontrata una significativa quota di positività ai test per le epatiti virali e ai test per la tubercolosi. Anche in questo caso fattori quali malnutrizione e/o denutrizione, stress psicologici sono alla base della riduzione dei valori ematici dei *cell health indicators* con i conseguenti danni alle cellule e alle membrane, in particolare, dove trae inizio la risposta immune.

Dai dati complessivi emerge che lo "zoccolo duro" dei "vecchi" senza fissa dimora, paradossalmente, si difende meglio dei "nuovi" dalle malattie, dal disagio da adattamento e inoltre sono concentrati in "luoghi fissi", rispetto al nomadismo di quest'ultimi. I determinanti socioeconomici (istruzione, occupazione, reddito) sembrano molto importanti nell'insorgenza e nella permanenza della condizione di SFD: sono i soggetti più deprivati ad incontrare più spesso questo destino. Vi è poi una grande eterogeneità geografica per le strade di Roma e un probabile notevole ricambio di immigrati SFD, che solleva il problema del potenziamento delle politiche di accoglienza. Lo stato di severa deprivazione materiale (dimora, esposizione agli agenti atmosferici, nutrizione) si somma alla debolezza della rete relazionale (la ricchezza e il supporto dei rapporti familiari e sociali) e ai comportamenti nocivi per la salute (alcool, fumo e droghe) comportando un alto rischio di malattia e di morte prematura, che rendono importante il potenziamento delle strutture di prevenzione e di accoglienza (Unità di strada, mense, Centri di accoglienza diurna e notturna, ecc.), degli interventi di supporto e di riabilitazione e recupero psico-sociale e lavorativo (case-famiglia, impresa sociale e inserimento lavorativo).

Bibliografia:

MORRONE A, LATINI O, Le persone senza fissa dimora: salute senza esclusione, in: *Assessorato alle Politiche per la Promozione della Salute di Roma (a cura di) Storie di barboni rasati a secco*, Armando Editore, Roma, 2000, pp. 25-52.

IL BAMBINO ZINGARO IN OSPEDALE ACCESSO AL PRONTO SOCCORSO, RICOVERI E PUNTI NASCITA

M. ZAFFARONI, M. BINOTTI, R. OSELLO, G. BONA
Clinica Pediatrica di Novara - Università del Piemonte Orientale "A. Avogadro"

Introduzione

Gli zingari presenti sul territorio italiano sono circa 110.000, il 70% dei quali sono cittadini italiani, mentre il restante 30% è rappresentato da stranieri, di solito privi di permesso di soggiorno. La loro presenza è particolarmente numerosa nella periferia delle città di Milano, Napoli e Roma (4).

Gli zingari sono un insieme di gruppi molto diversi fra loro (Rom, Sinti, Calderash, Harvati, Lovara, etc.) ma con caratteristiche di fondo comuni che li rendono ben distinti dai non zingari ("gagè") e che giustificano lo specifico interesse a loro rivolto da parte dei servizi sociali e sanitari e, in modo particolare, dei pediatri.

Gli zingari sono in gran parte ancora un popolo nomade e, abitualmente, abitano le estreme periferie urbane, in precarie aree di sosta, prive delle più banali infrastrutture necessarie a garantire condizioni igieniche accettabili (acquedotti, fognature, raccolta dei rifiuti, etc.) (1)(4).

Anche la loro cultura è marginale, essendo fondata sulla profonda dicotomia fra le categorie di "puro" e "impuro". Essa si caratterizza per la estrema resistenza all'integrazione con quella del paese ospite e per l'ostinato orgoglio verso le proprie origini, la propria identità etnica, religiosa ed economica. Questo atteggiamento culturale condiziona anche il loro comportamento verso la condizione di malattia e il rapporto con le strutture del Sistema Sanitario Nazionale (SSN).

Per uno zingaro, se la malattia non presenta una grave ed evidente sintomatologia viene di solito ignorata, rendendo così incomprensibile per loro il senso della patologia cronica e degli interventi di prevenzione.

Riguardo all'atteggiamento verso i servizi sanitari, l'ospedale è considerato un luogo pericoloso perché è gestito dai "gagè" e quindi "impuro" e potenziale causa di contagio da parte di malattie estranee alla comunità zingara. Lo scarso grado di istruzione, inoltre, non consente loro una precisa comprensione delle regole del SSN, mentre riveste una grande importanza il rapporto di personale fiducia con il medico curante.

Gli zingari si rivolgono al SSN soprattutto per risolvere le patologie acute dei propri bambini, che rappresentano la fascia demografica più numerosa della loro struttura sociale (il 50% ha un'età < 15 anni – fonte UNICEF 1994) e anche quella più sensibile alle scadenti condizioni di vita imposte dal nomadismo.

Il presente studio si propone di descrivere le caratteristiche del neonato zingaro, del bambino zingaro che accede al servizio di pronto soccorso pediatrico e di quello che necessita di ricovero ospedaliero, al fine di valutare le richieste di salute per i bambini portati al pronto soccorso (PS) pediatrico e i problemi di salute dei neonati e dei bambini ricoverati presso i nostri ospedali.

Pronto soccorso

Per i genitori zingari il pronto soccorso (PS) pediatrico rappresenta il punto di riferimento quasi esclusivo per la risoluzione delle patologie acute dei minori. Spesso il ricorso a questa struttura sanitaria non rappresenta una scelta, ma l'unica possibilità, specialmente quando sul territorio non sono attivi altri ambulatori collegati al SSN o al volontariato sociale.

Secondo i dati raccolti nell'ambito di uno studio multicentrico del Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Immigrato (G.L.N.B.I.) (2), su 4116 bambini giunti al PS pediatrico, 164 (4%) erano zingari, mentre i restanti appartenevano ad altre minoranze etniche. Per ognuno di loro sono stati rilevati: età, sesso, ora di accesso al PS, motivo, prestazioni erogate ed eventualmente ricovero con una scheda informativa specifica .

La percentuale di femmine (53.1%) è risultata in leggera prevalenza rispetto a quella dei maschi (46.9%), in contrasto con i dati presentati in precedenza in uno studio del Naga (7); la fascia di età più rappresentata è quella compresa fra 1 e 5 anni, con una percentuale del 54.9%, che sale al 75.5 % se includiamo anche i soggetti con età < 1 anno. Solo l'1.8 % dei bambini zingari ha un'età superiore a 10 anni, rispetto al 6.8 % di quelli EC.

L'accesso al PS è avvenuto nelle ore diurne nel 72% dei casi di bambini zingari (nel 67.1% per gli EC). Sono stati eseguiti esami di laboratorio nel 3% dei casi, esami strumentali nell'11.6 % ed è stata richiesta una consulenza specialistica per l'11.6 % dei pazienti.

L'accesso al PS dei bambini zingari era motivato principalmente da patologie dell'apparato respiratorio (infezioni delle alte vie, respiratorie, broncopolmoniti, bronchioliti e asma) e gastroenterico (gastroenteriti e coliche addominali) (*Figura 1*). Il ricovero si è reso necessario nel 6.7 % dei casi a causa della gravità della presentazione clinica.

Ricoveri

Il ricorso al ricovero ospedaliero è un'eventualità piuttosto frequente per il bambino zingaro. L'accesso solitamente non avviene attraverso il filtro di un medico di base, ma direttamente, attraverso il PS pediatrico.

Uno studio del G.L.N.B.I. condotto in diversi ospedali italiani (4) e che ora raccoglie i dati relativi a 1004 ricoveri di bambini con genitori immigrati e un gruppo di controllo di 1004 bambini italiani ricoverati, ha evidenziato che i bambini appartenenti a gruppi nomadi e zingari erano 41 (pari al 4.1% dei bambini non italiani).

La maggior parte dei bambini zingari ricoverati (56.1%) aveva un'età inferiore a 1 anno, mentre fra gli italiani e i bambini di altre etnie la percentuale di soggetti con meno di 1 anno rappresentava rispettivamente il 26,3 e il 34.2 %; fra i bambini ricoverati di età maggiore di 10 anni, nessuno era zingaro, mentre la percentuale era del 15.8% per i bambini italiani e del 11.2% per gli stranieri.

La durata media del ricovero è stata 6.6 giorni per gli zingari, 5.1 per gli altri bambini stranieri e 4.5 per gli italiani. Questi dati confermano quelli di uno studio prospettico condotto dal Naga in 12 ospedali dell'interland milanese nel quale la fascia < 1 anno comprendeva il 60% dei ricoveri e la durata media della degenza era di 8,2 giorni, a fronte dei 4,9 giorni dei bambini lombardi (7).

Nella *Figura 2* sono illustrate le percentuali di diagnosi per ogni patologia nei bambini zingari. Come per gli accessi al PS, le patologie più diagnosticate sono quelle respiratorie, gastroenteriche e infettive.

Il rischio relativo di ricovero per patologie infettive è risultato 4.5 volte superiore per i nomadi rispetto ai controlli italiani (Odds Ratio 4.5; $p < 0.001$). Rispetto ai bambini di altre etnie, i bambini zingari non presentano un maggior rischio di ricovero né per malattie infettive, né per altre patologie.

Punti Nascita

In uno studio multicentrico del G.L.N.B.I. su 8007 neonati con genitori non italiani, risultavano 555 bambini (6.9%) appartenenti a gruppi zingari (5).

Il parto è avvenuto con taglio cesareo nel 13.5 % dei neonati zingari, percentuale inferiore rispetto a quella osservata in un gruppo di 7452 neonati di altre etnie (14.5%) e nei controlli italiani (24.2%).

Il 38.6 % dei neonati zingari aveva già più di 2 fratelli, mentre risultavano un ordine di genitura superiore o uguale a 3 solo il 3.8% dei neonati italiani e il 4.9% di quelli di altre etnie.

I neonati zingari hanno presentato i valori medi più bassi sia per l'età gestazionale che per il peso alla nascita nei tre gruppi considerati.

La *Tabella 1* riporta i dati relativi al peso dei neonati zingari confrontati con i bambini italiani e di altre etnie. I neonati zingari hanno presentato nel 15.2 % dei casi un peso < 2.5 Kg, mentre solo l'1,8% ha presentato peso > 4.0 Kg.

La *Tabella 2* riassume i dati che riguardano l'età gestazionale dei tre gruppi di neonati. Il 19.7 % dei neonati zingari sono nati pretermine (prima della 37^a settimana), rispetto all' 14,1 degli EC e l'11.9 degli italiani. Anche in questo caso le differenze descritte sono risultate significative ($p < 0,001$).

Per quanto riguarda lo stato di salute alla nascita, gli zingari hanno presentato una percentuale maggiore di casi di asfissia (1.6%, rispetto allo 0,5% degli italiani e allo 0.9 % degli EC), di distress respiratorio (1.6% rispetto allo 0.8% di italiani ed EC) e di decessi (0.7%, rispetto allo 0.2 % degli italiani e allo 0.3 % degli EC).

Conclusioni

Le persone appartenenti a gruppi zingari sono in gran parte ancora nomadi, per cui risulta difficile raccogliere dati su di un popolo in continuo movimento e soprattutto fare valutazioni epidemiologiche sui loro problemi di salute, ambito in cui si incontrano barriere culturali spesso insormontabili. L'utilizzo del SSN rappresenta un'occasione in cui il popolo zingaro diventa in qualche modo visibile, in cui è quindi possibile raccogliere dati relativi al loro stato di salute.

Analizzando i dati relativi agli accessi al PS è apparsa significativa la prevalenza nell'accesso di soggetti di età inferiore a 5 anni, ribadita anche dall'analisi dei dati relativi ai ricoveri, a suggerire un interesse culturale prevalente verso questa fascia sociale. Inoltre, non è stata evidenziata una maggiore percentuale di ricoveri in seguito alla visita di PS rispetto ai bambini EC e neppure un diverso rischio relativo per qualche patologia specifica, suggerendo una sostanziale omogeneità fra la gravità delle patologie acute che colpiscono questi due gruppi.

I risultati relativi ai ricoveri ospedalieri hanno evidenziato un periodo medio di degenza più lungo per i bambini zingari rispetto agli altri gruppi etnici, probabilmente a causa della frequente presenza di patologie associate e della scarsa compliance nel completamento della cura a domicilio. Un ulteriore indicatore delle condizioni igieniche precarie nelle quali sono spesso costretti a vivere i bambini zingari può essere rappresentato dal maggior rischio relativo di ricovero per patologie infettive rispetto ai controlli italiani.

Per quanto riguarda il neonato zingaro, risulta ancora alta l'incidenza di nascite pretermine, di basso peso neonatale e di patologie correlate alla prematurità rispetto sia ai bambini italiani che a quelli di altre etnie. Verosimilmente le cause sono legate allo stato di salute della madre in gravidanza, a scadenti condizioni di vita, malnutrizione, tabagismo e agli scarsi controlli durante il corso della gravidanza.

In conclusione, l'accesso ospedaliero rappresenta solo un aspetto parziale dei problemi di salute del bambino zingaro, comprendendo solo quelli percepiti ed espressi, non il vero profilo epidemiologico della popolazione infantile zingara, ma che evidenzia comunque alcuni aspetti critici per la sua assistenza, da tenere in considerazione nell'ambito degli interventi di programmazione sanitaria .

Bibliografia

1. Acerbi L., Porcu *“Il bambino zingaro”* Riv ital Pediatr 1999; 25 (Suppl. al n 3) 31-33
2. Acerbi L., Zaffaroni M., Bona G., *“Il bambino extracomunitario nell’urgenza”* VI Congresso Nazionale del Gruppo di Studio di Medicina d’Urgenza pediatrica
3. Bona G., Zaffaroni M., *“Stato di salute dei neonati figli di immigrati”* Riv ital Pediatr 1998; 24: 713-718
4. Corona, Rivista Pediatrica Siciliana 1999; 54:135-136
5. Di Martino e coll., *“Neonati con genitori immigrati di diversa etnia”* Convegno Nazionale di Pediatria Ospedaliera, Napoli 2000
6. Geraci S., Maisano B., Motta F., *“Salute zingara”* Caritas diocesana di Roma, Ed. Anterem
7. Naga, *“Bambini rom in ospedale”* Occhioclinico Pediatria; n1, gennaio 1999
8. Naga, *“Studio sulla morbilità della popolazione Rom nell’area milanese”* Milano, maggio 1996.

Figura 1: principali diagnosi di accesso dei bambini zingari al PS pediatrico

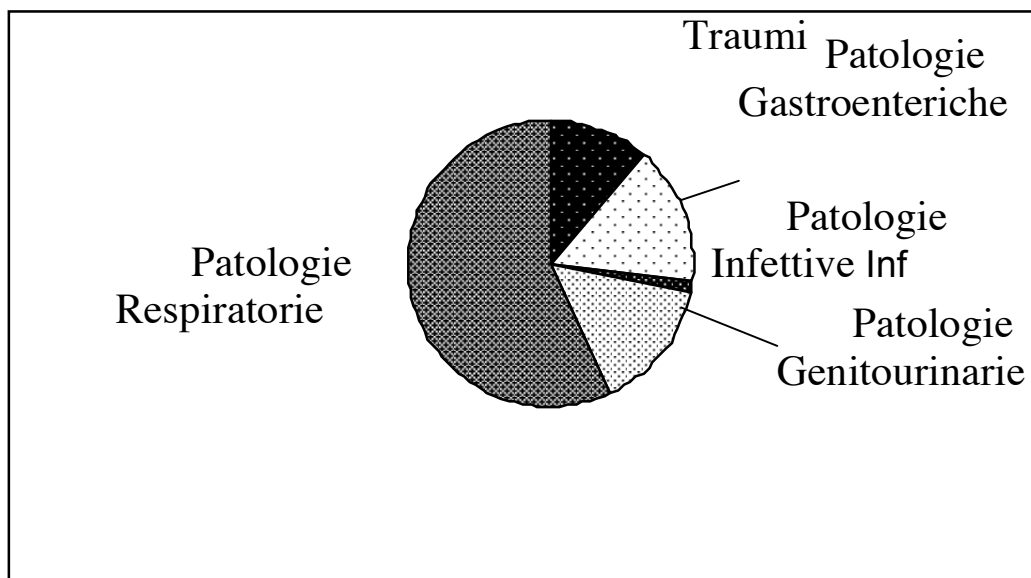


Figura 2: principali diagnosi di ricovero per i bambini zingari

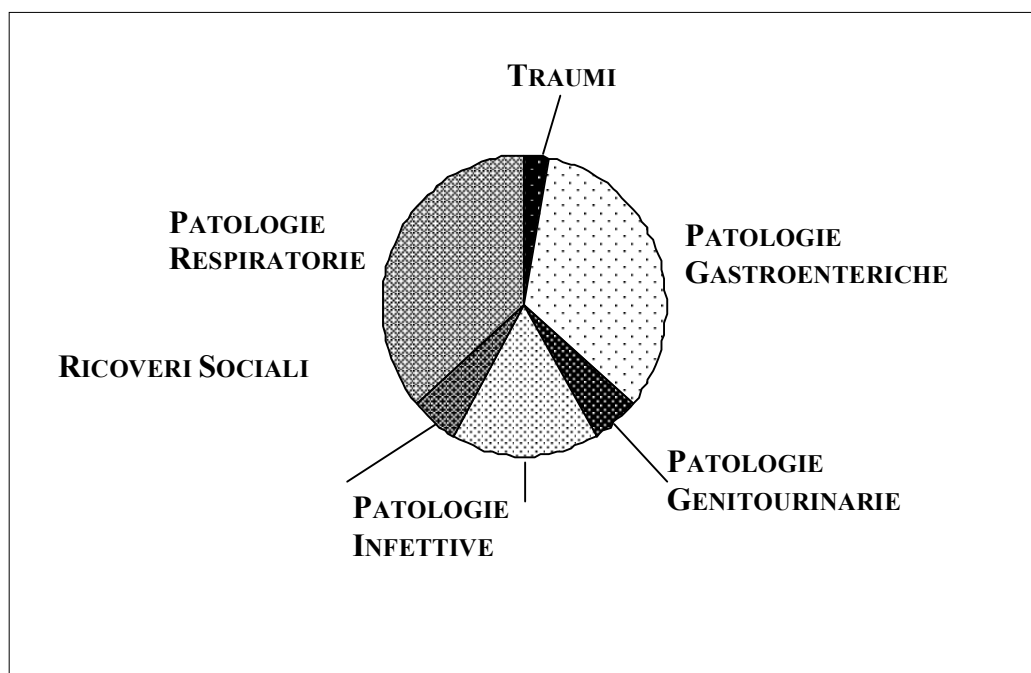


Tabella 1: Peso alla nascita dei bambini zingari, italiani e di altre etnie.

| <i>Peso alla nascita (g)</i> | Zingari (%) | Italiani (%) | Altre etnie (%) |
|----------------------------------|------------------------|-------------------------|----------------------------|
| <1500 | 2,2 | 1,2 | 1,5 |
| 1501-2500 | 13,0 | 5,6 | 6,8 |
| 2501-4000 | 83,1 | 88,0 | 85,9 |
| >4000 | 1,8 | 5,2 | 5,8 |

Tabella 2: Nascite pretermine nei bambini zingari, italiani e di altre etnie

| <i>Età gestazionale (sett.)</i> | Zingari (%) | Italiani (%) | Altre etnie (%) |
|-------------------------------------|------------------------|-------------------------|----------------------------|
| 23-37 | 19,7 | 11,9 | 14,1 |
| 38-42 | 80,3 | 88,1 | 85,9 |

ESPERIENZE IN ALBANIA

NICOLA NAPOLI

LA MIA ESPERIENZA IN ALBANIA RISALE AL 1994, ANNO IN CUI LA CARITAS DI PIANA DEGLI ALBANESI E L' ASSOCIAZIONE ARCES AVVIARONO UN PROGETTO DI COOPERAZIONE E VOLONTARIATO, RIVOLTO ALLA POPOLOAZIONE LOCALE, REALIZZATO DA UN GRUPPO DI STUDENTI UNIVERSITARI COORDINATI DA ALCUNI ESPERTI DEL SETTORE.

L' Albania usciva da pochi anni dalla morsa della dittatura comunista, risentiva dei mali derivanti da una politica isolazionista, basata sul controllo assoluto dello Stato su ogni attività.

L'arrivo al porto di Durazzo è stato quanto di più triste abbia visto in vita mia : decine di bambini accolsero il traghetto in acqua durante le fasi dell' attracco, rischiando la vita, per chiederci l' elemosina.

Raggiunta la banchina la polizia ci scortò fino all' uscita di Durazzo per evitare le bande di briganti che operano abitualmente nei pressi del porto.

La sede del nostro campo era un paesino, Gurez, a circa 50 km da Tirana. Gli abitanti, circa cinque mila, vivevano di agricoltura, in uno stato di notevole povertà. Con nostro rammarico, notammo la enorme disponibilità di acqua, la fertilità dei terreni, ma allo stesso tempo, lo scarso impegno e i mezzi primordiali con cui la terra era coltivata. Nelle città la situazione era ancora più tragica: la gente viveva di elemosina o piccoli espedienti. I cosiddetti "fortunati" erano gli impiegati statali e i gerarchi i cui stipendi medi si attestavano intorno ai quaranta dollari mensili.

MOLTO PREOCCUPANTE LA CORRUZIONE DEGLI APPARATI DELLO STATO, SOPRATTUTTO DELLA POLIZIA, CON CUI PIÙ VOLTE SIAMO SCESI A PATTI PUR DI PORTARE A TERMINE IL NOSTRO LAVORO.

Non dimenticherò mai la diffusione capillare delle antenne paraboliche, presenti in tutte le abitazioni, utilizzate dagli albanesi per seguire giornalmente i programmi italiani.

Il nostro compito era duplice : avviare un ambulatorio di medicina generale per gli abitanti di Gurez e coordinare gli operai del posto per la costruzione di un centro polivalente per la formazione dei giovani.

LA NOSTRA ATTIVITA' SANITARIA

Il flusso giornaliero è stato in media di 30- 40 persone, rappresentate per il 50% da bambini, per il 40% da donne, per il restante 10 % da uomini.

Da rilevare che i pazienti provenivano non solo da Gurez e dai paesi circostanti ma anche da città distanti 30, 40 km; il fatto fa pensare ad un' assenza significativa di presidi sanitari sul territorio.

Nella popolazione infantile abbiamo riscontrato una netta prevalenza della patologia intestinale parassitaria a carico soprattutto dell' ascaridiasi e in misura minore dell' ossiuriasi. Frequente anche la patologia gastroenterologica diarroica; il nostro scopo, oltre alla somministrazione di opportuni farmaci, anche la puntuale comunicazione delle principali norme igieniche per il controllo delle patologie a trasmissione oro- fecale, nonché dei provvedimenti per il controllo delle forme di disidratazione nel bambino.

Molto frequenti, sia nella popolazione infantile che adulta, sebbene in questa con quadri differenti, la patologia dermatologica sia di tipo allergico che, in misura prevalente, di tipo eczematoso e micotico.

In una significativa percentuale di bambini (circa il 3 %) si sono riscontrati reliquati severi (mutismo, deficit motori) di forme meningitiche contratte nei primissimi anni di vita.

Elevata l' incidenza della patologia infettiva e infiammatoria delle prime vie aeree (faringo-tonzilliti, tracheo- bronchiti, bronchiti asmatiche) sia in bambini che adulti e diversi i casi di otite media .

Nella popolazione compresa fra i 20 e i 35 anni abbiamo evidenziato (5 casi su 30 soggetti visitati) la presenza di una pleurite fibrinosa ad eziologia non indagabile con i mezzi a disposizione.

Elevata l' incidenza, soprattutto nella popolazione femminile, del gozzo ipotiroideo.

La patologia di maggior riscontro nella popolazione femminile era, comunque, quella infiammatoria-degenerativa a carico dell' apparato osteo articolare e soprattutto a carico della colonna vertebrale nei tratti cervicale e lombare.

Molto frequente, sempre nella donna, la presenza di una colecistopatia più o meno latente, non sempre sintomatica, evidenziabile come una dolorabilità alla semplice semeiotica fisica specifica.

La patologia cardiovascolare era ben rappresentata soprattutto nella popolazione tendenzialmente anziana dove abbiamo notato parecchi casi di ipertensione essenziale e cardiopatie congestizie , nonché episodi anginosi. L' esperienza ambulatoriale evidenziava la difficoltà dell' approccio terapeutico a questi pazienti dove, alla ben nota scarsa compliance del paziente anziano, si deve aggiungere la problematicità della verifica terapeutica, del controllo degli effetti collaterali e della assoluta carenza di farmaci nel territorio.

CONCLUSIONI

IL QUADRO SOCIO SANITARIO DELINEATO SUGGERISCE, A MIO AVVISO, DUE CONSIDERAZIONI PRINCIPALI:

- 1) La precaria situazione materno-infantile (constatabile dall' elevato indice di mortalità infantile, dall' incidenza elevatissima delle patologie a trasmissione oro-fecale, con il relativo bassissimo livello di condizioni igieniche, dallo stato nutrizionale approssimativo del bambino e della stessa madre) e la condizione della donna troppo spesso sovraccaricata dal lavoro domestico e agricolo (come rivelato dalla sua patologia tipicamente "professionale") sono indici incontrovertibili di una condizione di netto sottosviluppo socioeconomico.
- 2) I dati epidemiologici ricordano come il popolo albanese continui a risentire dell' isolamento internazionale in cui è vissuto negli scorsi decenni e che lo ha praticamente "congelato" a condizioni di vita che richiamano alla mente quelle di un'Europa del periodo prebellico.

LE MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI

M. ZAFFARONI, E. LUPO, V. ALLONI, G. BONA

Clinica Pediatrica di Novara

Università del Piemonte Orientale "A. Avogadro"

Negli ultimi anni il flusso migratorio di persone provenienti da Paesi in Via di Sviluppo ha comportato la conoscenza di usanze e tradizioni fino ad ora poco note, tra le quali le mutilazioni genitali femminili (MGF) cioè l'asportazione parziale o totale dei genitali esterni femminili.

Queste procedure sono praticate in almeno 26 paesi Africani, in Oman, nello Yemen del Sud, negli Emirati Arabi Uniti, nelle popolazioni musulmane di Indonesia, Malesia, India, Pakistan, Giava e Sumatra e in alcune regioni del Sud America. Esiste un'ampia variabilità nel tasso di prevalenza delle MGF tra i vari Paesi Africani che va dal 5% in Uganda e Zaire, 20 % nel Senegal, 43,4% nella Repubblica Centrale Africana, 90% in Sudan, 93,7% in Mali, 94,5% in Eritrea, 97% in Egitto fino al 98% in Somalia e Djibouti.

Con la crescente immigrazione di donne e bambine provenienti da queste regioni le MGF sono state osservate sempre più spesso in Europa, Canada, Australia e Stati Uniti. Secondo dati dell'OMS, da 85 a 114 milioni di donne e bambine di tutto il mondo vengono sottoposte a mutilazioni genitali, con un tasso annuale di circa 2 milioni all'anno. Questo significa che circa 6000 bambine vengono circonciate ogni giorno, cioè 5 bambine ogni minuto.

L'OMS classifica le mutilazioni genitali femminili in 4 categorie: 1) la *circoncisione*, che consiste nell'escissione del prepuzio con o senza escissione di parte o di tutto il clitoride; 2) l'*escissione* del prepuzio e del clitoride con parziale o totale ablazione delle piccole labbra; 3) l'*infibulazione*, che consiste nella clitoridectomia con ablazione delle piccole labbra e delle grandi labbra che vengono fatte aderire insieme in modo da coprire l'uretra e la vagina lasciando solo una piccola apertura per consentire il passaggio di urina e di flusso mestruale; 4) sono incluse altre pratiche lesive dell'apparato genitale femminile a mezzo di tagli, raschiature ed introduzione di sostanze in vagina.

L'età in cui le bambine vengono sottoposte a queste procedure varia a seconda del gruppo etnico e del luogo; più comunemente le mutilazioni vengono eseguite alle bambine tra i 4 e i 10 anni. Gli strumenti tradizionalmente utilizzati sono ferri molto rudimentali come può essere un coltello, un rasoio, un pezzo di vetro o un pezzo di legno caldo o brace.

Nella maggior parte dei casi non viene eseguita alcuna anestesia.

In Africa, la mutilazione genitale femminile viene effettuata da una donna anziana della comunità, chiamata "gedda" in Somalia o "daya" in Egitto e Sudan. Tuttavia questa pratica può essere anche eseguita da un'ostetrica o da un familiare come la nonna o la madre. In Africa ed in Asia le MGF vengono eseguite in forma privata nell'ambito della famiglia oppure fanno parte di una cerimonia pubblica di iniziazione alla pubertà: in questo caso, vengono accompagnate da una serie di riti e cerimonie.

Si è osservato che circa il 12% di queste procedure sono oggi praticate da medici o personale infermieristico, generalmente su figlie di famiglie altolocate in alcune città africane e del Medio Oriente. In questi casi la procedura diventa un atto puramente medico eseguito in anestesia ed il cerimoniale è completamente abbandonato.

Secondo Kopelman le MGF sono motivate da 4 giustificazioni: 1) preservare l'identità di gruppo; 2) mantenere l'igiene personale; 3) preservare la verginità; 4) favorire un buon matrimonio.

Le MGF sono profondamente radicate nelle società che le praticano diventando parte integrante delle tradizioni tramandate. Molte persone pensano che faccia parte della religione, ma né la Bibbia né il Corano fanno riferimento alla mutilazione femminile. Quindi le MGF vengono giustificate per

tradizione, tanto è vero che molte persone credono che sia una pratica universale e non hanno mai visto una donna non circoncesa.

Secondo altre società le MGF rappresentano un rito di iniziazione: le bambine vengono recluse alcune settimane prima e dopo l'operazione, durante le quali ricevono un'educazione sulla propria igiene personale e sulle responsabilità femminili, e al momento del ritorno in comunità le ragazze vengono considerate adulte, pure ed eligibili per il matrimonio.

Le MGF rappresentano un modo di identificarsi alla società di appartenenza; la loro esecuzione è tipica delle società povere, dove il matrimonio è importante per la sicurezza: Quando i genitori richiedono la circoncesione per la loro figlia, credono di poterla integrare nella comunità, di proteggere la sua verginità e perciò di favorirne il matrimonio: è considerato un segno di attenzione e di cura della famiglia verso la bambina e non un atto di violenza; infatti la bambina non escissa è considerata una bambina di cui nessuno si è preso cura. Inoltre i genitori delle bambine circoncese diventano membri importanti della loro comunità.

L'immigrazione delle famiglie in Paesi occidentali non impedisce la pratica delle MGF. In alcuni casi le bambine sono state sottoposte a mutilazione durante un viaggio di ritorno al paese di origine; in altri casi la mutilazione è stata eseguita da parte di persone venute nel paese di immigrazione allo scopo di eseguire tali procedure.

Recentemente in Francia sono state condannate 2 donne per aver effettuato MGF su piccole immigrate: la prima era una levatrice del Mali che fu condannata a 8 anni di carcere per la morte di 3 bambine operate, la seconda di 34 anni del Gambia a 5 anni per la mutilazione di 2 figlie.

L'esecuzione di tali pratiche è gravata dalla possibilità di complicanze, alcune possono verificarsi dopo ogni tipo di MGF ma si verificano con maggior frequenza dopo l'infibulazione: dolore, emorragia, sanguinamento prolungato tale da causare shock e morte, infezioni locali e sistemiche, formazione di ascessi ed ulcere, setticemia, anemia, tetano, gangrena, cistite, infezione pelvica cronica, dismenorrea ed infertilità.

Queste complicanze possono insorgere precocemente oppure a distanza. Si calcola che circa il 25% delle donne infibulate presentino una o più complicanze; soltanto il 15-20% delle complicanze giunge all'attenzione di un medico a causa della distanza da un centro sanitario oppure per ignoranza o per paura di conseguenze legali.

Altre complicanze sono: infezioni locali o sistemiche, lesioni agli organi adiacenti come l'uretra o il retto con possibile formazione di fistole, formazione di cicatrice cheloide, cisti dermoidi, tetano, setticemia ed infezioni vescicali. Complicanze tardive sono: infezioni croniche vaginali ed uterine, che possono portare a sterilità, infezioni urinarie, ritenzione urinaria, malattie infiammatorie croniche pelviche, dismenorrea, ematocolpo, dispareunia o lo sviluppo di neuromi per l'incarceramento di terminazioni nervose nel tessuto cicatriziale. Il principale problema ostetrico è rappresentato dalla distocia dinamica dovuta alla presenza di una cicatrice molto piccola dovuta all'infibulazione, che ostacola la seconda parte del travaglio, che risulta molto più lungo e questo aumenta il rischio di emorragia.

Inoltre l'uso di strumenti non sterili e l'uso dello stesso strumento in operazioni successive aumenta il rischio della trasmissione di infezione da HBV e da HIV.

Le implicazioni psicologiche e sessuali, poco note, si possono ritenere comunque importanti e assai diverse nel contesto tradizionale, modificandosi anche drasticamente nei due casi i poli di riferimento per la costruzione dell'identità personale, psicosessuale e socioculturale.

I primi tentativi per porre fine alla pratica delle mutilazioni genitali femminili furono fatti in Kenya da parte della Chiesa Scozzese nel lontano 1906; in Sudan nel 1946 l'amministrazione coloniale inglese emanò un decreto che considerava illegale l'infibulazione, mentre era consentita la clitoridectomia.

In Somalia nel 1978 è stata costituita una commissione per la loro abolizione, ma non è ancora stata rispettata. In Egitto solo nel 1997 il Consiglio di Stato ha emanato un decreto che proibiva le MGF, ma restano molti dubbi sulla sua attuazione, perchè molte donne vengono ancora mutilate. Anche in Senegal il Parlamento ha vietato l'esecuzione di MGF, emanando una legge che punisce chi le pratica con una reclusione fino a 5 anni.

La crescente immigrazione di donne Africane in Europa, Canada, Australia, e Stati Uniti nelle ultime decadi ha reso noti i problemi e le controversie delle mutilazioni genitali femminili in questi Paesi ed ha intensificato l'attenzione verso i rischi di questa pratica e la violazione dei diritti umani. Fra i paesi Occidentali, la Svezia nel 1982 e la Gran Bretagna nel 1985 hanno emanato una legge specifica che considera illegali tutte le forme di mutilazione genitale femminile. Altri Paesi come Australia, Belgio, Canada, Francia, Olanda, Italia e Stati Uniti le considerano nell'ambito delle leggi sull'abuso del bambino. Nel 1996 il Congresso degli Stati Uniti ha emanato una legge che accusa i praticanti di MGF su bambine e adolescenti con età inferiore ai 18 anni e intende sviluppare programmi di educazione per la comunità e per i medici circa le conseguenze di tale pratica.

In Italia non esiste ancora una legge specifica sulle MGF. Nel corso degli ultimi 2 anni sono state sollevate numerose interrogazioni parlamentari e sono state avanzate proposte di legge che comprendono sanzioni contro la pratica delle MGF ed anche espulsioni dall'Italia dei genitori che sottoponevano le figlie a mutilazione.

Nel 1982, l'OMS formulò un rapporto che stabiliva che i governi dovevano adottare una linea di condotta nazionale per abolire la pratica delle MGF e che la circoncisione femminile non doveva essere praticata da nessun operatore sanitario in alcun luogo compreso l'ospedale e altri stabilimenti sanitari ed attuare un programma di informazione e di educazione sulle complicità. Solo nel 1993 l'OMS stabilì che bisognava prendere provvedimenti per la loro abolizione. Nell'Ottobre 1994 l'UNICEF dichiarò le MGF "un rischio per la salute ed una violazione dei diritti delle bambine".

Secondo l'Accademia Americana di Pediatria i pediatri e chirurghi pediatri devono essere a conoscenza di queste pratiche, della loro severità e dei rischi a cui sono sottoposte le bambine mutilate e per questo è importante riconoscere i segni fisici delle MGF. Inoltre è importante conoscere le motivazioni culturali e religiose associate alle MGF in modo da poter attuare un approccio educativo per le bambine mutilate e per i genitori che richiedono tali procedure per le loro figlie, così da scoraggiare la loro esecuzione.

In considerazione del fatto che sempre un maggior numero di bambine provenienti dai paesi a tradizione escissoria sono presenti in Italia, è importante conoscere questa realtà per il benessere e la tutela delle bambine senza trascurare i costumi e le tradizioni del paese di origine.

BIBLIOGRAFIA

1. Elchalal U, Ben-Ami B, Gillis R, Brzezinski A. "Ritualistic female genital mutilation: current status and future outlook". *Obstet Gynecol Surv* 1997;52: 643-51.
2. Jordan JA "Female genital mutilation (female circumcision)". *Br J Obstet Gynecol* 1994;101: 94.
3. Toubia N. "Female genital mutilation and responsibility of reproductive health professionals". *Int J Gynecol Obstet* 1994;46:127-35.
4. Livio M, Ahmed S. "La legislazione e le mutilazioni genitali femminili in Italia". *Riv Ital Pediatr* 1999; 25 (S/3): 73.
5. WHO "Female genital mutilation". Report of WHO Technical Working Group, Geneva, 1996.
6. American College of Obstetricians and Gynecologists. "Female genital mutilation". *Int J Gynecol Obstet* 1995;49:209.
7. Council on Scientific affairs, American Medical Association. "Female genital mutilation". *JAMA* 1995;274:1714-6.
8. American Academy of Pediatrics. Committee on Bioethics. "Female genital mutilation". *Pediatrics* 1998;102:153-6.

ODONTOIATRIA E ZINGARI
PALMA A., SANTOPADRE R., TREVISAN A.
Centro Odontoiatrico Caritas, Roma

Introduzione

La nostra iniziativa si inserisce nell'ambito Progetto Nomadi che la Caritas Diocesana di Roma da anni porta avanti in due dei numerosi campi sosta presenti nel territorio del comune di Roma. In tali campi vengono effettuate visite di medicina generale a cadenza settimanale da parte di uno staff medico costituito attualmente da pediatri, psicologi, infermieri professionali ed un farmacista per far fronte alle necessita' connesse alla gestione delle terapie di patologie croniche.

A partire dall'ottobre del 1999 anche il Centro Odontoiatrico della Caritas (C.O.C.) ha voluto partecipare per la prima volta a quest'esperienza di "sanità" sul campo", fatto che non e' assolutamente usuale nella branca odontoiatrica che, essendo una branca chirurgica della medicina, ha bisogno di una logistica complessa .

Da quanto si può evincere dalle cartelle cliniche dei pazienti redatte presso il C.O.C. circa il 10% dell'intera utenza e' nomade e di questi l'indice dei denti da estrarre e' 2.8, molto più alto che nel resto della popolazione autoctone (1).

Sempre dall'analisi di queste cartelle emerge che nella stragrande maggioranza delle volte infatti il paziente nomade non usufruisce appieno delle possibilità terapeutiche offerte dalla nostra struttura ma si presenta in genere all'osservazione dell'odontoiatra solo in una situazione di urgenza risolvibile purtroppo solo con terapia exodontica.

Quindi, anche quando la patologia sarebbe sanabile con soluzioni terapeutiche di tipo conservativo, il paziente nomade non collabora nel rispettare gli appuntamenti per terapie articolate, accettando il più delle volte solo quella prima e unica seduta essendo soddisfatto dell'immediato risultato antalgico.

L'obiettivo che ci siamo proposti con questa presenza nel campo di Tor di Quinto e' quindi di stabilire un contatto con questa cultura e favorire sia l'avvicinamento alle strutture di terapia classicamente intese dei soggetti meno motivati, sia di ottenere la compliance per le cure conservative dai soggetti più ricettivi prima che la patologia assuma carattere d'urgenza.

Un ulteriore obiettivo è la "prevenzione primaria" promuovendo quindi atteggiamenti più favorevoli al controllo domiciliare dell'igiene orale tramite i normali presidi igienici. La scarsa letteratura a riguardo ci fa vedere pero' che se da un lato una ricerca sulle condizioni della salute orale degli zingari puo' essere compiuta anche attraverso canali "ufficiali" quali quelli della scuola dell'obbligo con particolare riferimento all'eta' pediatrica dall'altro sono molte sono le difficoltà d'approccio al paziente nomade denunciate dagli autori stessi dell'articolo per cui i dati delle schede anamnestico-cliniche sono incompleti .

Abbiamo pensato ai fini del successo di questo intervento (esclusivamente di natura preventodontica), che andavano tenute in massima considerazione le caratteristiche culturali di queste popolazioni per quanto riguarda l'atteggiamento nei confronti del bisogno di salute e in particolar modo di quella orale.

A questo proposito di rilevante importanza nello strutturare il nostro intervento e' stata una attenta lettura dell'esperienza maturata nello stesso campo negli ultimi 4 anni dallo staff medico e sintetizzata in un libro "Salute zingara" edito nel 1998, Come dicono gli autori, la medicina di cui necessita questa popolazione prevede di

" ...mettersi in discussione, abbandonare le certezze dei manuali e reinventare modalità di approccio, di intervento, ridefinire le priorità, riconoscere gli errori ed essere in grado di ricostruire percorsi relazionali e terapeutici " (2).

Indagine conoscitiva

Il campo in cui ci siamo trovati ad operare e' costituito da circa 200 individui di provenienza varia. Alcuni sono cittadini italiani, altri sono profughi dal conflitto dell'ex-Jugoslavia, altri ancora provengono da diverse città italiane e comunque appartengono tutti al sottogruppo degli zingari "Rom Kanijarija" e risultano dai censimenti in gran parte imparentati fra di loro .

Il campo attualmente si trova in un'area occupata abusivamente da alcuni anni al di sotto del livello del fiume Aniene ed e' perciò ad alto rischio di inondazione durante le piogge invernali.

Non esistono di conseguenza acqua corrente e servizi igienici, nemmeno comuni, nè fogne, ne' l' elettricità che gli abitanti si procurano con opportuni generatori a motore.

La popolazione vive in case di legno fabbricate da loro stessi con grande abilità e con tutti i comforts che la loro condizione gli può permettere: infatti all'interno del campo, analogamente a quanto succede fuori, vi sono delle differenze di possibilità economiche che sono ben visibili dalla ricchezza dei particolari di arredamento e dall'estensione degli alloggi.

La condizione delle donne e' un dato culturale molto interessante e decisivo ai fini del nostro intervento; la condizione di sottomissione e servizio continuo all' uomo ne fa il pilastro della famiglia occupandosi delle faccende domestiche e dei figli che normalmente sono numerosi per ogni nucleo .

Succede dunque che le donne sono le più presenti nel campo e le principali interlocutrici dei medici che vengono in visita con il camper; mentre la natura dell' attività dei capo famiglia rimane misteriosa e nascosta ai nostri occhi che possono solamente percepire la mancanza della componente maschile adulta nel campo durante il giorno.

Rimangono qui solo gli uomini più anziani che usufruiscono delle cure dello staff e i giovani che per ragioni legali, devono trovare lì il loro domicilio coatto.

Ma quello sicuramente che salta prima agli occhi e' l'abbondante presenza di bambini., che sono oggetto di numerose cure delle madri che non disdegnano richiedere per loro l'attenzione dei medici e soprattutto le medicine di cui pensano abbiano bisogno. Non sono infrequenti i bambini che tornando da scuola, di quelli che vanno, si rivolgono a noi spontaneamente per ottenere un aiuto. Dal censimento in corso svolto contestualmente alle visite odontoiatriche risultano circa 80 i bambini compresi tra i 0 e i 14 anni, quasi il 40 % della popolazione!

Gli adulti invece sono restii a farsi vedere malati e ritengono sia sconveniente ricorrere ad un medico. Infatti ciò costituisce per il nomade adulto segno di debolezza, ed e' vissuto come problema non solo dell'individuo ma della comunità in cui egli vive che e' nel loro caso la famiglia in senso allargato.

L'atteggiamento risultante quindi e' che il nomade ha un proprio "orgoglio di salute" che lo porta ad essere sprezzante delle cure e della prevenzione di qualsiasi malattia anche di fronte all'evidenza del suo manifestarsi , nella convinzione che egli come tutti i suoi simili, sia di un genere per natura più forte e resistente a questi eventi.

Una eccezione è rappresentata dai bambini, segno di ricchezza e prosperità della famiglia, i quali, numerosi, ricevono molte attenzioni anche in rapporto al mantenimento della loro salute.

Risulta inoltre che nella concezione comune la parte inferiore del corpo sia ritenuta " impura " e perciò non degna di attenzione al contrario di quella superiore; un elemento questo da tenere in evidente considerazione per quanto riguarda l'argomento del nostro lavoro.

Impuri sono anche gli estranei ossia i " gage " nei cui confronti prevale un'atteggiamento di indifferenza se non addirittura di ostilità e più spesso di utilitarismo pratico volto ad ottenere vantaggi e aiuto non per un effettivo bisogno ma per un autocompiacimento di fronte ad un sentimento di sfida e di gratificazione.

Contro questa indifferenza ha a che fare il medico che viene per la prima volta al campo; ma l'esperienza ha insegnato ai colleghi che ci hanno preceduto che e' possibile tuttavia instaurare un qualche rapporto di fiducia facendosi costantemente vedere, parlando con loro ed entrando di volta in volta nelle loro case e condividendone i problemi.

In questo senso essi privilegiano con il sanitario un rapporto di tipo personale stretto rispetto ad uno formale e bisogna dire che per essi e' decisamente una regola.

Pazienti e metodi (Attuazione del progetto)

In base a quanto esposto finora, in questa indagine si sono capovolti i punti di vista ordinari della medicina tradizionale ovvero non e' più il paziente che va dal medico ma viceversa, senza che tale comportamento possa essere giustificato dalla temporanea inabilita'.

Si e' preferito "entrare" nelle case, e in particolare nelle famiglie, in un primo momento per fare conoscenza dei loro abitanti e poi per proporsi come figura che offre aiuto e attenzione alle necessita' della salute orale.

Spontanee sono state le richieste di cura dei bambini e delle madri nei confronti dei loro figli, di fronte alle quali abbiamo provveduto all'effettuazione casa per casa e famiglia per famiglia di prime visite, evidenziando quelle che erano le necessita' terapeutiche più urgenti e indagando sulle "abitudini d'igiene orale" dei piccoli pazienti.

Per fare ciò abbiamo ideato una cartella clinica adatta al caso che e' stata divisa in due parti (tabella).

La prima parte e' conoscitiva del paziente in quanto persona con una propria storia e determinate caratteristiche comportamentali. Si sono cercati infatti di esplorare i fattori che possono aver influito sulla salute come ad esempio la scolarita', l'approccio con la malattia, le abitudini alimentari etc

La seconda e' più propriamente uno schema sul tipo suggerito dall' OMS per la formula dentaria per l'acquisizione di un indice epidemiologico DMF-T di questa popolazione, indice che ne descrive quantitativamente lo stato di salute attuale e permette un successivo paragone con una popolazione autoctone.

La storia pregressa della carie costituisce infatti un importante indicatore di rischio, pur senza dare alcuna informazione circa le cause che hanno prodotto la carie. L'indicatore dell'impatto che ha avuto la patologia in quelle bocche è il DMF-T dove D è il n di denti cariati (decayed), M quello di denti mancanti (Missing) e F quello di denti otturati (Filled).

Lo strumentario usato e' quello di base di qualsiasi esame clinico ovvero specchietto, specillo e guanti monouso in lattice, luce portatile mentre il paziente era seduto su di una sedia, se possibile o in braccio alla madre . Gli strumenti utilizzati erano preconfezionati sterilizzati e sterili in set composto da specchietto e specillo. Dopo l'uso gli strumenti sono stati riposti in immersione in una bacinella a tenuta contenente una soluzione disinfettante di Glutaraldeide al 2%.

Oltre a questo abbiamo pensato di usare uno specchio per dimostrare al paziente la presenza della placca giovane sui bordi gengivali e motivarlo assieme al genitore della necessita' dello spazzolamento dei denti dopo i pasti.

In calce alla formula sono state aggiunte altre note anamnestiche rilevanti che sono emerse nel corso del colloquio, e le indicazioni più urgenti alla terapia suggerite al paziente e ai genitori nella speranza che questo stimolo porti prima o poi queste persone ad afferire presso il COC per le adeguate cure del caso.

Risultati e conclusioni

Da quanto è emerso dal colloquio con le madri dei piccoli pazienti ci sembra che a parte le difficoltà di ordine culturale messe in evidenza precedentemente che fanno sì che in genere il Rom si trascuri nella salute anche orale, vi siano anche dei fattori obiettivi che impediscono la fruizione delle strutture di cura messe a disposizione dalla Caritas romana. e sicuramente sono anche dei fattori tra di loro concatenati.

La mancanza di acqua potabile e di energia elettrica nel campo rende evidentemente difficile gli atti della vita quotidiana a cui tutti siamo abituati e quindi anche quelli relativi allo svolgimento dell'igiene personale. Le famiglie con prole numerosa vivono grazie al lavoro domestico svolto dalle madri e dalle figlie femmine più grandi. Queste ultime accudiscono i piccoli e questo spiega come mai la scolarità sia molto bassa e il fatto che, anche se motivate a curare i denti dei propri piccoli figli, hanno difficoltà se non impossibilità di pervenire al nostro Centro Odontoiatrico non sapendo a chi affidare i loro figli non avendo, a quanto pare, il supporto dei rispettivi mariti. Dunque vediamo che i motivi prettamente sanitari che ci hanno animato nel nostro intervento, si sono nel tempo fusi in temi e problemi di natura certamente non medica ridefinendo la nostra concezione di partenza di sanità e allargandola ad aspetti della vita comune. Peraltro anche l'OMS ridefinisce la salute non già come assenza di malattia ma pieno benessere fisico, psichico e sociale.

È evidente dopo le precedenti considerazioni infatti che, senza un miglioramento delle condizioni di vita di questa popolazione, non sia nemmeno auspicabile sul piano pratico la loro adesione al nostro progetto di promozione della salute orale. Quindi sanità per noi si ridefinisce come un'area di intervento non solo sulla salute orale su base transculturale, ma di miglioramento delle normali condizioni della infrastruttura logistica nella quale si svolge la vita quotidiana di queste persone.

Bibliografia

- 1) Geraci S., Maisano B., Motta Fulvia: *Salute Zingara*. Roma: Anterem Ed., 1998
- 2) Rabino Massa E; Viterbo S; Mina M; Giordano M: *Indagine epidemiologica su caratteristiche di interesse odontostomatologico di un campione di popolazione nomade in età pediatrica*. Minerva Stomatol. 1988; Jan-37(1): 7-12

IMPORTANZA DELL'ANAMNESI NELLA PRATICA ODONTOIATRICA E APPROCCIO MULTILINGUE AL PAZIENTE IMMIGRATO

PALMA A., SANTOPADRE R., TREVISAN A.
Centro Odontoiatrico Caritas, Ro

Nella professione odontoiatrica come del resto in tutto il resto della medicina il primo e più importante atto medico e' da sempre l'anamnesi, cioè l'intervista che il medico fa al paziente quando lo incontra per la prima volta sollecitando quelli che sono i dati mnemonici sulla sua salute.

Per fare cio' dobbiamo affrontare a nostro avviso due difficolta' ; la prima che e' di ordine relazionale e cioe' di comunicare verbalmente e non ad un livello comprensibile al paziente cercando una comunicazione efficace cercando di capire quelle che sono le sue aspettative e le sue possibilita' espressive.

Si deve percio' intendere la persona come soggetto prima da comprendere e poi da curare e non come l'ennesimo caso clinico.

Il secondo ostacolo puo' essere quello di un corretto svolgimento dell'intervista durante una routine quotidiana di lavoro senza percio' dimenticare nulla di quello che ci interessa sapere e approfondendo li' dove ci sembra che egli abbia qualcosa da raccontare con opportune domande chiarificatrici.

Solo cosi' la prima visita puo' aiutarci a conseguire la salvaguardia della salute e il miglior risultato clinico.

Spesso pero' capita che la cartella clinica non sia completa di questi dati interessanti e questo puo' capitare perche' il paziente non pensa che siano importanti certe cose o perche' ci dimentichiamo di fare domande specifiche su quell'argomento od anche perche' presi dalla fretta dell'attivita' sorvoliamo su alcuni indizi offerti dalla comunicazione non verbale.

Ultima e non meno infrequente causa e' la reticenza a comunicare alcune affezioni che puo' variare a seconda della cultura e dell'educazione propri di quell'individuo.

E mentre alla prima difficolta' puo' venire in aiuto al medico solo la propria personale esperienza e abilita', nella seconda ci possiamo avvalere di strumenti di guida, sia nel' esercizio pubblico che privato della professione, di cartelle prestampate che hanno il compito di guidare la nostra anamnesi sia per la completezza che per la profondita' dell'indagine e facilitano inoltre l'archiviazione dei dati relativi al paziente.

A queste normali difficolta' si aggiungono nel nostro caso, in cui operiamo nell'ambulatorio odontoiatrico della Caritas diocesana di Roma, difficolta' di ordine linguistico.

Sono sempre più frequenti i pazienti provenienti da paesi stranieri che si presentano alla nostra osservazione senza aver mai prima ricevuto altra visita medica in Italia (si ricordi il nostro ambulatorio e' una struttura ad accesso diretto) e per di piu' con scarse o nulle conoscenze della lingua italiana; il che non permette evidentemente un'efficace colloquio anamnestico nemmeno sulla patologia attuale causa della venuta.

Diventa cosi' rischioso e difficile lavorare tenendo conto dei rischi che le procedure odontoiatriche comportano (anestesia, terapia antibiotica, Rx etc.) e senza conoscere sufficienti dati sulla salute della persona che abbiamo di fronte.

Di qui l'idea di redigere anche noi una scheda anamnestica di medicina di base in più lingue ,scelte tra quelle di più frequente riscontro nell'utenza del nostro centro, in modo da gettare un ponte linguistico ed un segno di accoglienza verso queste persone che straniere si trovano da noi per cercare aiuto (vedi schede anamnestiche d'esempio allegate in Inglese e Russo)

Non si tratta ovviamente di una panacea dei problemi prima elencati ma sicuramente il paziente invitato a compilare il modulo in cui sono noti al sanitario il significato di ogni riga tramite il modello di

riferimento inglese, potrà indirizzare il medico verso un approfondimento in quel campo e questi a sua volta consigliare sulle opportune soluzioni del problema riferito.

La scheda però a nostro avviso non dovrà comunque mai sostituire la relazione medico-paziente che è una relazione interpersonale che va coltivata al meglio delle nostre possibilità facendo appello anche a canali comunicativi cosiddetti "non verbali".

La sua compilazione perciò andrà effettuata, controllata e commentata nel limite del possibile, insieme col paziente perché è con lui che noi curiamo.

UNA REALTÀ AFRICANA: IL SENEGAL FRA TRADIZIONI, MODERNITÀ E MIGRAZIONE.

Riflessioni sull'incontro con il Presidente dell'Organizzazione Non Governativa Senegalese "7A" e con rappresentanti della Comunità senegalese in Italia e gli operatori del Dipartimento Aziendale di Salute Mentale di Reggio Emilia.

GABRIEL SLONINA UBALDINI. *

Questo seminario si è svolto a Reggio Emilia il 27 Novembre 1999 ed è stato organizzato dal Dipartimento di Salute Mentale della AUSL, all'interno del progetto "Iniziazioni, cure e terapie: modelli tradizionali e moderni a confronto", volto alla formazione degli operatori in funzione della presa in carico di pazienti migranti.

Questo incontro ha tratto origine dal 1 FORUM DEI GUARITORI TRADIZIONALI, svoltosi nel Febbraio 1999 nel villaggio di KOUMAMBOURE', nella Regione della Haute Casamanche in Senegal.

Il Forum era stato organizzato dalla Organizzazione Non Governativa Senegalese "7A" di Kolda, capoluogo della Haute Casamanche.

Al seminario hanno partecipato:

- MBALLO NDIORO: Presidente dell'Organizzazione Non Governativa "7A" di Kolda, Senegal;
 - MAMADOU DIOP: Presidente della Associazione Senegalese di Reggio Emilia;
 - SERIGNE BALLA LO: Responsabile dell'Unione dei Pacifisti Mussulmani per l'aiuto reciproco e la salvaguardia della cultura islamica di Parma;
 - GABRIEL MARIA SALA: antropologo ed etnopsicoterapeuta del Dipartimento di Scienze dell'educazione dell'Università di Verona;
 - GABRIEL SLONINA UBALDINI: del DASM della AUSL di Reggio Emilia;
 - PAOLA PASQUALIN: insegnante e cooperante internazionale, Padova;
 - SUSANNA VETTURELLI: educatrice professionale, Merano;
- (che erano presenti, come ricercatori europei, al Forum di Koumambourè)
- ALBERTO MERINI: Responsabile del Centro "George Devereux" dell'Università di Bologna.

Al Forum di Koumambourè erano presenti 40 guaritori tradizionali: 39 uomini e 1 donna: vedova, animista, che non proveniva da una famiglia di guaritori, ma che era stata "scelta dagli Spiriti", proveniente come profuga dalla Guinea Bissau.

La ONG "7A" aveva impiegato 8 mesi per contattare i guaritori e per convincerli della necessità di fare qualcosa di diverso dalle loro abitudini: uscire dai propri villaggi per incontrarsi in un "luogo comune", scambiare se lo avessero ritenuto opportuno alcuni aspetti del loro sapere, accettare la presenza degli operatori governativi della salute pubblica e di quattro ricercatori europei, (nel frattempo il Governo Senegalese aveva approvato una legge che riconosceva i Guaritori Tradizionali quale risorsa sanitaria del Paese).

Il criterio di "selezione" dei guaritori da invitare utilizzato dalla ONG "7A" era stato assolutamente "tradizionale": si era cercato di coinvolgere i guaritori più frequentati dai pazienti della regione rurale di Kolda. La presenza al Forum di una sola donna non sta assolutamente ad indicare il fatto che i guaritori di quella regione siano prevalentemente maschi. E' però più difficile per le donne, perché è contro le usanze, recarsi magari senza il marito, a una riunione che duri quattro giorni e che si svolga in un altro villaggio. Inoltre le donne sono le più strenue sostenitrici della trasmissione intrafamiliare del sapere terapeutico e sono quindi meno disponibili ad accettare modalità innovative relative agli scambi e al confronto fra i guaritori.

Dopo un inizio caratterizzato da una certa "distanza", la situazione, rispetto alla relazione con noi europei, si era capovolta: tutti i guaritori pretendevano di essere intervistati da qualcuno di noi.

Le principali tematiche da noi evidenziate sono le seguenti:

- 1) Trasmissione del sapere e del poter curare:

1a) Una delle modalità più diffuse è quella della trasmissione del sapere all'interno del clan familiare.

Questa trasmissione è caratterizzata dal fatto che si intersecano le aspettative del clan (il prescelto è di solito il più vicino all'anziano che pratica la medicina tradizionale), con la necessità di una epifania di segni inequivocabili, provenienti dal "altro mondo", che definiscano il/la predestinato/a.

I segni che si devono manifestare per definire chi siano i predestinati devono comunque essere evidenti e riconoscibili rispetto al sapere tradizionale della comunità. E' anche previsto, soprattutto in un contesto animista, un "silenzio" di 2-3 generazioni prima che il Jallam (il feticcio) si manifesti di nuovo nel mondo in modo inequivocabile, definendo così chi erediterà il sapere e il potere di guarire che appartengono da generazioni a quel clan familiare.

1b) Trasmissione per "chiamata improvvisa degli spiriti" attraverso sogni, transe e visioni; è più frequente in un contesto animista.

Ambedue queste modalità prevedono che il designato possa, oltre all'apprendere il sapere trasmessogli dal lignaggio familiare o dalla iniziazione ricevuta direttamente dagli spiriti, cercare di apprendere anche presso altri maestri un ampliamento del sapere diagnostico e terapeutico.

- 2) Il terapeuta tradizionale è formato e iniziato come specialista di alcune malattie (dal nostro punto di vista assolutamente non affini: come, ad esempio, il mal di testa, la malattia mentale e la cecità acquisite a causa di pratiche di stregoneria, i problemi ginecologici, ecc...), ma potrà diventare eventualmente un "generalista" ed ampliare quindi le proprie capacità operative, solo attraverso l'esperienza e ulteriori apprendimenti con maestri diversi.
- 3) Abbiamo riscontrato, dal nostro punto di vista, una grande conflittualità fra le "necessità" della ortodossia islamica e la possibilità di trasmettere e di continuare a praticare alcuni aspetti fondanti delle modalità tradizionali di cura (ad esempio il culto dell'albero degli antenati, il sacrificio di animali agli spiriti, ecc.), ci siamo trovati di fronte a un conflitto radicale fra l'appartenenza islamica, che viene vissuta come spiritualmente ed ontologicamente superiore rispetto a quella africana tradizionale, senza però che questo comporti un misconoscimento dell'efficacia delle pratiche tradizionali pre-islamiche (un guaritore ci ha detto: "Io certe cose di solito non le faccio più, non le insegno a mio figlio, però, se è una questione di vita o di morte, io torno all'Albero degli Spiriti e degli Antenati"). Abbiamo quindi riportato l'impressione che la islamizzazione possa implicare una progressiva perdita della trasmissione della tradizione sapienziale africana pre-islamica. Nel momento attuale, comunque, coesistono terapie esclusivamente basate sul Corano, terapie esclusivamente animiste, e terapie dove la struttura animista è stata in vari modi "islamizzata" dai guaritori che le praticano e che sono le più diffuse.
- 4) Abbiamo riscontrato (grazie alle "voci di corridoio" che sono comunque circolate anche se il Forum si è svolto prevalentemente all'aperto) una situazione di grande ambiguità che riguarda sia i mussulmani più osservanti che i rappresentanti ufficiali della sanità moderna.

Nella Regione della Haute Casamanche tutti utilizzano per se stessi e per i propri figli la medicina tradizionale, perlomeno in prima istanza. Emergono però, a livello delle discussioni ufficiali, dei "moderni tabù" nel dichiarare apertamente che si utilizzano i circuiti tradizionali in concomitanza o in alternativa con le pratiche terapeutiche moderne o con le modalità di cura strettamente coraniche.

Abbiamo scelto il Forum dei guaritori tradizionali di Kolda come occasione di incontro fra gli immigrati senegalesi e gli operatori della psichiatria reggiana, perché ci è sembrata un'eccellente occasione per aprire una discussione su cosa significhi per un immigrato senegalese il "qui in Europa" e il "là da noi", cercando di far emergere le complessità delle appartenenze che si giustappongono, fra mille difficoltà, durante il percorso migratorio.

Fra le tematiche di grande interesse discusse durante il seminario vogliamo qui evidenziare:

- 1) L'esistenza di risorse che precedono la migrazione. Tali risorse sono state identificate dai relatori nei modelli educativi tradizionali che fanno cimentare il bambino con la sofferenza, le paure e con

l'assunzione precoce di responsabilità, per poter forgiare fin dall'inizio il futuro uomo senegalese. Chi proviene dal Nord è stato formato nei rigori delle scuole coraniche, chi proviene dal Sud del Paese è invece passato attraverso delle iniziazioni.

- 2) La migrazione comporta l'uscita dalla rete sociale africana tradizionale. Questo evento, da un lato aumenta le energie che una persona può dedicare a se stessa come individuo, e lo rende anche "invisibile" e quindi meno vulnerabile rispetto agli "attacchi magici" che potrebbero provenire dalla rete sociale tradizionale, causati da invidia, da errori relazionali, ecc.; ma dall'altro lato lo sradicamento può costituire un momento di maggior vulnerabilità personale nel caso insorga una malattia. In questo caso infatti, l'emigrato non ha più quella rete allargata di riferimenti e di esperti a cui era abituato fare ricorso in caso di bisogno per avere un aiuto.

I cambiamenti di stile di vita legati all'emigrazione in Europa comportano anche una parziale "smitizzazione" di credenze e l'abbandono di alcuni comportamenti tradizionali. L'immigrato senegalese si sente particolarmente in difficoltà nel caso dell'insorgere di malattie psicologiche perché, da un lato tende a far riferimento a modelli di lettura e di terapia del paese di origine, dall'altro si trova nella condizione esistenziale di chi quei modelli ha parzialmente "smitizzato" e "sfatato".

- 3) Luoghi da cui provengono le malattie.

- L'immigrato si trova ad incontrare cause di malattie "bianche", per lui assolutamente nuove e legate a situazioni socio-ambientali particolarmente sfavorevoli e alla nocività, spesso molto alta, degli ambienti di lavoro, oltre a tutte le problematiche legate alla TBC e alla malaria.
 - Altre malattie invece, quelle già conosciute dagli immigrati, possono provenire o "essere mandate" dall'Africa. Particolare attenzione va riservata all'efficacia che viene attribuita (anche ben al di là delle frontiere del Senegal) a quei rituali fatti svolgere da familiari in Africa pur di far tornare a casa a tutti i costi qualcuno che è emigrato. Possono essere molto diverse le motivazioni che portano i familiari, prevalentemente le donne, a chiedere "a chi lo sa fare" di compiere il rischiosissimo rituale del "Rappel". La possibilità di essere richiamati improvvisamente in Africa con modalità "mistiques", può diventare un'incombente spada di Damocle che rende potenzialmente precaria una scelta di radicamento nel paese di accoglienza.
- 4) Tutti i relatori senegalesi hanno riconosciuto l'efficacia sia della medicina moderna che di quella tradizionale, tendendo però ad affidarsi all'una o all'altra a seconda del tipo di disturbo di cui soffrono o cercando di utilizzare in concomitanza i due sistemi.
- 5) Tutti i relatori hanno concordato sull'importanza dell'acquisizione di conoscenze relative alle culture africane da parte degli operatori italiani. E' stato inoltre auspicato l'impiego nel lavoro clinico di un mediatore o di una mediatrice culturale, perché ritenuti più idonei "ad interpretare qual è lo stato d'animo del malato immigrato: che cosa gli manchi qui in Europa e come sia vissuta e trattata quella malattia, della quale sta soffrendo, nel suo paese d'origine".
- 6) I risultati di questo incontro hanno confermato per noi operatori la necessità di continuare ad impegnarci nella costruzione di una rete di rapporti con le diverse comunità di immigrati a Reggio Emilia, che sia volta a creare un clima di rispetto reciproco, di fiducia e di collaborazione e che quindi possa costituire una risorsa comune nell'affrontare gli inevitabili conflitti.

* Psichiatra del Servizio di Salute Mentale,
Padiglione Morselli, AUSL, Via Amendola n 2,
42100 Reggio Emilia

e-mail: bronzonib@ausl.re.it

FATTORI DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE NEI PAESI IN VIA DI SVILUPPO

LIGIA J. DOMINGUEZ, MARIO BARBAGALLO

Le malattie cardiovascolari restano anche all'inizio del terzo millennio una importante causa di morbilità e di mortalità in tutto il mondo. I paesi in via di sviluppo, inclusi i paesi del Sud America e dei Caraibi, contribuiscono in misura sempre maggiore alla mortalità cardiovascolare del pianeta. Nel 1990 sono state registrate nei paesi in via di sviluppo circa 8-9 milioni delle morti attribuibili a malattie cardiovascolari (63% del totale) contro i 5 milioni di morti dei paesi industrializzati. Nei prossimi 25 anni, si prospetta che la mortalità per malattie cardiovascolari aumenterà nei paesi in via di sviluppo, non soltanto a causa delle modificazioni demografiche (progressiva espansione e invecchiamento della popolazione), ma anche della progressiva urbanizzazione e alle modificazioni dello stile di vita. Viene prospettato che il rapporto tra morti cardiovascolari e morti per malattie infettive si triplicherà durante i prossimi 20 anni nei paesi in via di sviluppo. La identificazione dei fattori di rischio e la implementazione di strategie di controllo (p.e. educazione della comunità ed identificazione degli individui ad alto rischio) ha contribuito alla riduzione della mortalità cardiovascolare nei paesi industrializzati e questa esperienza deve essere presa in considerazione anche nei paesi in via di sviluppo. La maggior parte dei paesi del Sud America e dei Caraibi non hanno un sistema sanitario sufficiente e le conseguenze mediche e socio-economiche dell'aumento di malattie cardiovascolari si prevede che contribuiranno all'esaurimento delle risorse finanziarie. Pertanto, le strategie di prevenzione sono prioritarie includendo la promozione di una dieta equilibrata, di un'attività fisica regolare, la riduzione del fumo e del consumo di alcool.

PROGETTO: LABORATORIO TRANSCULTURALE PER LA MEDICINA GENERALE

CLAUDIO CAROSINO
Medico di medicina generale a Busseto (PARMA)

La presenza di immigrati stranieri sul territorio nazionale e' venuta crescendo negli ultimi anni fino a raggiungere una quota pari a oltre il 2% rispetto alla popolazione totale.

Si tratta di un'entita' eterogenea per etnia, cultura, lingua e tipo di progetto migratorio, ma, nel complesso, di un peso demografico tale da non poter essere ulteriormente ignorata dalla sanita' nel suo complesso e dalla Medicina Generale in particolare.

Se infatti per talune branche specialistiche il problema della cura degli stranieri immigrati si esaurisce nella necessita' di un mero aggiornamento di tipo tecnico (il patologo dovra' apprendere a riconoscere al microscopio qualche parassita nuovo, il dermatologo a "leggere" le lesioni su una cute di colore diverso...) per la medicina generale, fondata com'e' sulla RELAZIONE CON IL PAZIENTE, esso costituisce una sfida radicale, richiede un coinvolgimento ed uno sforzo di riflessione e di cambiamento che non e' esagerato definire drammatici!

I temi fondamentali: vita/morte, salute/malattia sono vissuti in modo molto diverso nelle varie culture e cosi' pure i processi di cura ed i rapporti con la struttura sanitaria si svolgono secondo consuetudini differenti. L'immigrato che si ammala, oltre ad avere problemi di ordine pratico (lontananza dalla famiglia che potrebbe curarlo, difficolta' a raggiungere i servizi sanitari), ha il problema di CAPIRE PERCHE' STA MALE E COME LO STANNO CURANDO (perche' non e' per niente pacifico che nella sua comunita' di origine queste domande riceverebbero le stesse risposte che gli sta' fornendo ora il medico). Per il solo fatto di aver intrapreso la migrazione, lo straniero ha gia' messo in moto dei processi di confronto e di integrazione con la cultura del paese che lo ospita, ma i valori ed i vissuti piu' profondi non si lasciano cancellare tanto facilmente e le incomprensioni, le tensioni, gli spaesamenti sono all'ordine del giorno, prima di tutto nella psiche medesima dell'immigrato.

Questa situazione di disagio e' stata ampiamente descritta e ben riassunta nel termine: STRESS DA TRANSCULTURAZIONE (1).

Ma anche il curante che cerca di capire il problema dell'immigrato soffre di un acuto disagio, di una sorta di stress da transculturazione speculare al primo, quando si rende conto che le parole che dice, i gesti che compie, le spiegazioni che fornisce rischiano di essere letti secondo codici interpretativi diversi dal suo e che egli in gran parte ignora. Di conseguenza la partecipazione dell'utente all'iter diagnostico, la comprensione e la compliance nei confronti della terapia rischiano di diventare un'utopia.

Proprio l'incremento del numero degli immigrati e del loro "peso" demografico rendono urgenti iniziative volte ad affrontare questi problemi. L'intervento dovra' necessariamente avvenire a diversi livelli: uno piu' generale, su scala nazionale, gestito dalle societa' scientifiche della medicina generale, indirizzato a fornire al medico di famiglia i mezzi per un approfondimento teorico (corsi, seminari, testi) ed altri momenti, a livello locale, di incontro piu' ravvicinato con le altre culture.

E' su questo piano che stiamo lavorando ad un progetto, che abbiamo provvisoriamente battezzato: LABORATORIO TRANSCULTURALE, che vuole essere la proposta per un percorso formativo per il medico di medicina generale nel labirinto del processo di cura allo straniero immigrato.

Materiali e metodi:

Il progetto e' pensato per situazioni molto periferiche (paesi, aree rurali) dove gli immigrati risiedono a piccoli gruppi, senza la protezione di comunita' organizzate. In compenso il rapporto medico-paziente e' probabilmente piu' diretto e personale.

Proprio grazie a questo rapporto diretto con uno o due soggetti che fanno riferimento ad un gruppo etnico e' possibile per il medico cominciare con loro un dialogo sul tema della comunicazione reciproca in tema di salute. Essi possono fungere da key informers e preparare il terreno per la fase piu' importante del lavoro (in genere sono i soggetti piu' acculturati, che parlano meglio la lingua, che sono in Italia da piu' tempo) nel senso di darci alcune informazioni sul loro ambito culturale per evitare grossolane gaffes e di introdurci presso i loro conoscenti. Parallelamente e' necessario che i medici coinvolti approfondiscano minimamente la loro conoscenza sulla cultura che vanno ad incontrare.

Si arriva quindi alla fase cruciale, costituita da UNO O PIU' INCONTRI STRUTTURATI SECONDO LE TECNICHE DEL FOCUS/DISCUSSION GROUP (2) fra alcuni operatori sanitari (medici, infermieri) ed alcuni immigrati, omogenei per etnia/cultura.

Fondamentale e' la cura nella composizione del gruppo di discussione:

- gli operatori sanitari (medici ed infermieri) devono essere nettamente minoritari
- gli ospiti stranieri devono essere sia immigrati gia' inseriti (come i key informers di cui si parlava prima) sia soggetti arrivati da poco, anche relativamente anziani (che si esprimeranno meno bene ma sono meno "contaminati" dalla cultura occidentale)

Dopo aver illustrato gli scopi dell'iniziativa si identificano due momenti principali nell'incontro:

- Nel primo i partecipanti riportano i loro ricordi relativi ad esperienze di contatto con i medici e gli operatori della salute dei loro paesi di origine oppure raccontano esperienze vissute di malattia propria o dei propri cari. Probabilmente nei racconti affioreranno credenze tradizionali, riti...che si cerchera' di precisare

(NB : chi conduce l'incontro avra' cura di non creare un clima per cui l'immigrato rivesta il ruolo del "primitivo che racconta superstizioni sciocche"; l'ideale sarebbe che gli operatori sanitari per primi raccontassero le loro esperienze o quelle ascoltate dai loro genitori ed esplicitassero le credenze pre-scientifiche proprie della loro comunita' di origine...)

- Nella seconda parte dell'incontro i partecipanti provano a simulare una situazione di "bisogno sanitario" (un disturbo, una malattia lieve o grave) e ad analizzarlo secondo la nota "griglia" proposta da HELMAN (3) (tab.1), sforzandosi inoltre di immaginare come avrebbero visto il problema i propri genitori, i vecchi della propria comunita'.

E' possibile proseguire il discorso nella stessa occasione o in successivi incontri mettendo a fuoco alcuni "temi medici" ad elevata "connotazione culturale" come la gravidanza, il puerperio, le patologie psichiatriche...

Tutto il materiale prodotto viene registrato su nastro magnetico ed analizzato per evidenziare, mediante il confronto dei vari interventi:

- i modelli di relazione curante-paziente propri di quel gruppo
- i modelli di interpretazione della malattia, della salute, della cura e della guarigione
- le aspettative nei confronti del medico

Il materiale elaborato viene di nuovo sottoposto agli operatori sanitari perche' possano discuterlo.

Conclusioni:

Il LABORATORIO TRANSCULTURALE e' una proposta operativa, sicuramente da perfezionare, ma estremamente pragmatica per attivare quel dialogo tra culture indispensabile per una corretta comunicazione e quindi una efficace relazione tra medico e paziente immigrato in medicina generale. Essa non esaurisce il piu' vasto problema della preparazione del medico alla relazione con pazienti cosi' diversi da quelli ai quali tutta la sua formazione e' stata orientata, ma costituisce un contributo alla sperimentazione in questo difficile campo.

Bibliografia:

- 1) Mazzetti M.:"Igiene mentale e immigrazione: i fattori di rischio per la salute psichica degli immigrati" in "ARGOMENTI DI MEDICINA DELLE MIGRAZIONI" Ed. PERITECNES Busseto (PR) 1995 pag. 71.
- 2) Kitzinger J.:Introducing Focus group. BMJ 1995; 311: 299-302.
- 3) Valente M, Stocchiero B.: L'approccio al paziente immigrato. M.D. 1997; 24: 9-11.

Tab 1 GRIGLIA DI HELMAN

- COSA E' ACCADUTO?
(include una descrizione dei sintomi e dei segni ed il conferimento ad essi di un nome)
- PERCHE' E' ACCADUTO?
(spiega l'eziologia della condizione patologica)
- PERCHE' E' ACCADUTO A ME?
(la malattia viene correlata ad aspetti del comportamento, della dieta, dell'igiene o della personalita' del paziente)
- PERCHE' ORA?
(temporalita' della malattia e sue modalita' di inizio: improvviso o lento)
- CHE COSA ACCADREBBE SE NON SI FACESSE NULLA?
(probabile decorso, esiti, prognosi e pericoli)
- CHE COSA SI DOVREBBE FARE?
(strategie terapeutiche, incluso il self-care e le terapie alternative)

DINAMICA DELL'IMMUNITÀ UMORALE ANTIMALARICA IN IMMIGRATI

M. GULLETTA, C. PIZZOCOLO, *C. SCARCELLA, C. SCOLARI, A., S. TEDOLDI, A. MATTEELLI, I. EL-HAMAD, F. CASTELLI

*Azienda Sanitaria Locale-02 di Brescia e Provincia
Clinica di Malattie Infettive e Tropicali dell'Università di Brescia

INTRODUZIONE E OBIETTIVI

Il fenomeno della malaria d'importazione in Italia è in costante evoluzione ed è direttamente influenzato dall'aumento dei flussi migratori verso il nostro Paese. Gli immigrati, infatti, rappresentano a tutt'oggi il principale gruppo di popolazione in cui l'incidenza della malaria d'importazione è in costante aumento. In condizioni di alta trasmissione dell'infezione gli individui adulti acquisiscono, nel corso degli anni, una condizione di *semi immunità* che viene gradualmente persa allontanandosi dall'area endemica.

Gli obiettivi del presente studio sono quelli di misurare il lasso di tempo necessario al decadimento dell'immunità umorale e di valutarne l'impatto sull'outcome clinico della malattia mediante la determinazione qualitativa e quantitativa della risposta umorale antimalarica nel siero sia di immigrati asintomatici sia di soggetti con malaria d'importazione.

MATERIALI E METODI

Un gruppo di 58 soggetti asintomatici è stato identificato tra gli utenti dell'Ambulatorio di Salute Pubblica per immigrati clandestini dell'ASL-02 di Brescia nel periodo compreso tra marzo 1999 e gennaio 2000. Un secondo gruppo di 255 soggetti (214 immigrati e 41 italiani) affetti da malaria d'importazione da *P.falciparum* sono stati reclutati presso la Clinica di Malattie Infettive e Tropicali dell'Università degli Studi di Brescia nel periodo 1990-1999. La ricerca di anticorpi specifici antimalarici è stata eseguita mediante test di immunofluorescenza indiretta *Falciparum*-Spot IF \square (Bio Mérieux). I campioni di siero da noi testati sono stati titolati secondo diluizioni crescenti fino al titolo di 1:1280; la presenza di reattività anticorpale è stata saggiata a diluizioni basse (1:20), intermedie (1:160) ed elevate (1:1280). I dati raccolti e trasferiti in archivio informatizzato sono stati elaborati mediante pacchetto statistico Epi-Info versione 6 del CDC di Atlanta. Una $p < 0.05$ è stata considerata significativa.

RISULTATI

Il 43.1% degli immigrati asintomatici e il 94.1% dei soggetti con malaria d'importazione ha presentato una sierologia positiva per l'infezione con una prevalenza di titolo anticorpale elevato (1:1280) nei casi (58.9%) rispetto ai controlli (5.1%). Analizzando i casi, si è evidenziata una prevalenza di reattività anticorpale ad alto titolo nei migranti (65%) rispetto agli italiani (25%). I soggetti asintomatici presenti in Italia da meno di un anno hanno presentato un titolo positivo in percentuali più basse (28.6%) rispetto a chi risiede nel nostro Paese da più di due anni (52.9%) ($p=0.390$). Titoli anticorpali elevati (1:1280) sono più frequenti negli immigrati con malaria presenti in Italia da più di due anni (70.3%) rispetto a quelli recentemente immigrati (35.3%) ($p=0.003$). Nei soggetti asintomatici il 50% di quelli con un episodio di malaria risalente a meno di tre anni presentava positività anticorpale rispetto al 20% dei soggetti che avevano avuto la malaria più di tre anni prima ($p=0.179$). Nei casi il tempo dal penultimo soggiorno in zona endemica non influenza il titolo anticorpale misurato all'atto del nuovo episodio malarico (titolo elevato nel 60% degli immigrati rientrati da meno e nel 58.3% di quelli rientrati da più di tre anni; $p=0.913$).

I parametri parassitologici indagati nei soggetti con malaria d'importazione, densità parassitaria e tempo di clearance della parassitemia, non sono risultati significativamente associati alla reattività anticorpale sia nella popolazione in toto sia nei due sottogruppi.

La reattività sierologica è risultata significativamente associata al tempo di defervescenza febbrile nella popolazione generale: il 65.9% dei soggetti con titolo anticorpale elevato ha presentato un tempo

di risoluzione della febbre inferiore a tre giorni e il 49.5% superiore a quattro giorni ($p=0.011$). Questa correlazione è però meno evidente e non più significativa se riferita solo al gruppo degli immigrati.

CONCLUSIONI

Questo studio ha messo in evidenza una bassa prevalenza di alti titoli anticorpali in soggetti asintomatici recentemente immigrati. L'evento migratorio sembra associarsi ad un decremento dei livelli anticorpali, almeno nelle prime fasi del processo migratorio stesso. La teoria che ripetute infezioni malariche siano necessarie per mantenere elevati livelli di immunità umorale è compatibile con il riscontro di positività anticorpale in percentuali superiori negli immigrati asintomatici con anamnesi relativamente recente di malattia. L'attacco malarico si associa invece ad un rapido e sostanziale incremento dei livelli anticorpali, i quali appaiono correlati ad un'outcome favorevole della malattia, che si manifesta clinicamente in modo più sfumato rispetto ai soggetti italiani, non immuni. L'immunità *anti-disease*, che controlla la sintomatologia dell'infezione, verrebbe persa più tardivamente rispetto a quella *anti-parasite*, che limita la parassitemia periferica.

INDAGINE PROSPETTICA SU CONOSCENZE, PRATICHE SESSUALI E PREVENZIONE DELLE MALATTIE SESSUALMENTE TRASMESSE IN IMMIGRATI CLANDESTINI

EL-HAMAD, MATTEELLI A.,*C. SCARCELLA, C. BAIGUERA, , C. SCOLARI, C. CASALINI, A. BELTRAME, E. BOMBANA, F. CASTELLI
***Azienda Sanitaria Locale-02 di Brescia e Provincia**
Clinica di Malattie Infettive e Tropicali dell'Università di Brescia

INTRODUZIONE

Diverse osservazioni sembrano indicare che le Malattie Sessualmente Trasmesse (MST) possano rappresentare una delle patologie infettive a rischio per gli immigrati extracomunitari nel nostro paese, soprattutto nei primi anni d'immigrazione. Tra i possibili fattori di rischio implicati si annoverano: la provenienza da paesi ad alta endemia di MST, le condizioni di vita nel paese ospitante e la pressochè completa assenza di specifiche campagne di informazione sanitaria rivolti agli immigrati.

OBIETTIVO

Gli obiettivi principali della ricerca erano la valutazione, in una popolazione di immigrati prevalentemente clandestini, di:

- grado di conoscenza delle principali malattie a trasmissione sessuale
- grado di conoscenza delle modalità ed utilità dell'uso del condom
- fattori di comportamento sessuale a rischio
- prevalenza di infezione da Chlamydia Trachomatis

MATERIALI E METODI

Lo studio, di tipo prospettico, è stato condotto dal febbraio 1999 al febbraio 2000 presso l'ambulatorio per immigrati extracomunitari dell'ASL-02 di Brescia. Esso prevedeva la somministrazione diretta di un apposito questionario ad opera di personale sanitario istruito e in grado di esprimersi in lingua italiana, inglese, francese ed araba. Il questionario, costituito da 22 domande, conteneva una prima parte riguardante le caratteristiche socio-demografiche e una seconda parte concernente il livello di conoscenza delle MST e la tipologia delle pratiche sessuali dei soggetti inclusi nello studio. La popolazione studiata era costituita da immigrati afferenti all'ambulatorio e provenienti da specifiche aree geografiche: dall'Africa del Nord, dall'Africa Occidentale e Centrale, dal Sud-America. la prevalenza dell'infezione da Chlamydia Trachomatis è stata valutata attraverso la ricerca del DNA con il test LCR su urine precedentemente raccolte e congelate. I dati ottenuti sono stati trasferiti in un archivio informatizzato ed elaborati con l'ausilio del programma statistico SPSS 7.5.

RISULTATI

Sono stati inclusi nello studio 363 soggetti con le seguenti caratteristiche: il sesso maschile nel 72% (261) dei casi, la giovane età con il 62% (226) dei soggetti appartenenti alla fascia inferiore a 30 anni, lo stato di single nel 96.4% (350) dei casi, l'assenza di occupazione lavorativa nel 68.9% (250), la condizione giuridica di clandestinità nel 59% (214), la religione islamica nel 59% (214), il livello di istruzione medio-alto nel 41% (149) dei casi, la recente epoca migratoria (< 4 anni nel 66.6%) degli intervistati e la provenienza dal Senegal nel 38.6% (140), dalla Nigeria nel 28.4% (103) e dal Magreb nel 22% (80).

La quasi totalità dei soggetti (353 / 363 = 97.2%) ha riferito di essere già a conoscenza delle principali malattie a trasmissione sessuale (MST). Tra queste le patologie maggiormente indicate sono state: infezione da HIV (96.4%), gonorrea (62.3%) e la sifilide (38%). Tali informazioni sono state ricevute soprattutto nel paese d'origine (254/352 = 72%), prevalentemente attraverso la televisione (89%), i giornali (71.9%) e l'istruzione scolastica (53.4%).

L'88,7% (322/363) dei soggetti è risultato in possesso di una corretta informazione sull'utilità e modalità d'uso del preservativo come mezzo preventivo contro la trasmissione delle MST. Tuttavia, le

donne (97.1%), rispetto ai maschi (85.4%) risultano più informate sul corretto uso del preservativo ($P < 0.001$). L'elevato livello di conoscenza registrato nel campione di studio ha mostrato una correlazione significativa con l'alto grado di istruzione di base dei soggetti ($P = 0.008$), mentre nessuna correlazione è stata riscontrata in riferimento al tempo di permanenza in Italia.

Dei 327/363 (90%) soggetti sessualmente attivi, il 20,2% (66/327) ha riferito rapporti sessuali occasionali negli ultimi sei mesi e, di questi ultimi, il 12.1% (8/66) non ha mai utilizzato il preservativo. Inoltre, la ricerca su urine dell'infezione da *Chlamydia Trachomatis* come possibile marker di comportamento sessuale a rischio è risultata negativa nei 63 soggetti in cui è stato possibile eseguire il test.

CONCLUSIONI

L'ALTO GRADO DI CONOSCENZE, L'ELEVATO LIVELLO DI UTILIZZO DEL CONDOM E LA NEGATIVITÀ DELLA RICERCA DELL'INFEZIONE DA DA *CHLAMYDIA TRACHOMATIS* COSTITUISCONO ELEMENTI A SFAVORE DELL'IPOTESI CHE GLI IMMIGRATI RAPPRESENTINO UN GRUPPO AD ALTO RISCHIO PER LE MST. TUTTAVIA, LA PERSISTENZA DI COMPORTAMENTI SESSUALI A RISCHIO IN CIRCA UN QUINTO DELLA POPOLAZIONE DI STUDIO E L'ELEVATA PREVALENZA DI INFORMAZIONI RICEVUTE SOLO NEL PAESE D'ORIGINE, SOTTOLINEANO LA NECESSITÀ DI INTRAPRENDERE NEL NOSTRO PAESE MIRATI PROGRAMMI DI PREVENZIONE ED EDUCAZIONE SANITARIA RIVOLTI AGLI IMMIGRATI IN TEMA DI MST.

STUDIO DI PREVALENZA DI PARASSITOSI INTESTINALI IN IMMIGRATI EXTRACOMUNITARI A BRESCIA

PIZZOCOLO C., GULLETTA M., BAIGUERA C., MASTAGLIA F., IORIO A., SCOLARI C., TEDOLDI S., EL-HAMAD I.

Clinica Malattie Infettive e Tropicali, Università di Brescia

Premessa

Tra le patologie infettive di più frequente riscontro tra gli immigrati extracomunitari, le parassitosi intestinali (PI) occupano generalmente una posizione di rilievo. I dati della letteratura nazionale al riguardo non sono omogenei, tuttavia la provenienza dei soggetti da aree ad alta endemia parassitaria e le precarie condizioni di vita degli immigrati nel nostro paese possono giustificare una più elevata prevalenza delle PI ed il loro persistere nel tempo dopo l'immigrazione.

Obiettivo

Determinare la prevalenza e l'eziologia delle parassitosi intestinali negli immigrati extracomunitari che afferiscono ad un ambulatorio pubblico per immigrati clandestini, istituito nel 1990 dalla USSL-18 di Brescia con la consulenza scientifica della Clinica di Malattie Infettive e Tropicali dell'Università di Brescia.

Materiali e metodi

E' stato applicato, dal novembre 1996 al marzo 1997 con ripresa dal settembre 1999 al marzo 2000, un protocollo di *screening* che prevede l'inclusione volontaria di tutti i soggetti afferenti all'Ambulatorio e giunti in Italia da non più di 5 anni, la compilazione di una scheda epidemiologico-clinica e l'esecuzione su un campione di feci della ricerca coproparassitologica diretta e dopo arricchimento secondo Ritchie. I dati ottenuti sono stati analizzati con l'ausilio del pacchetto informatico-statistico Epi-Info versione 6.0.

Risultati

Al marzo 2000 237 soggetti hanno fornito l'adesione allo studio, di cui 115 (48.5%) hanno consegnato il campione fecale per l'indagine coproparassitologica. Le loro caratteristiche prevalenti erano: il sesso maschile 74.8% (86/115), l'età giovane (media 30.9 anni), il tempo medio di permanenza in Italia pari a 34.5 mesi, la provenienza prevalente da Senegal 39 (37.4%), Nigeria 15 (13%) e Pakistan 10 (8.7%), la disoccupazione 78.2% (90/115) e l'assenza di sintomatologia gastrointestinale 80.8% (93/115). Complessivamente in 54 soggetti (46.9%) è stato riscontrato un esame coproparassitologico positivo (28 casi di singola infestazione e 26 casi di infestazioni multiple) di cui 24 (20.8%) presentavano almeno un parassita patogeno. I parassiti patogeni identificati sono stati in totale 35: *Ancylostoma spp* 7, *Giardia lamblia* 8, *Trichuris trichiura* 7, *Entamoeba histolytica* 4, *Hymenolepis nana* 4, *Strongyloides stercoralis* 2, *Enterobius vermicularis* 1, *Schistosoma mansoni* 1 ed *Ascaris lumbricoides* 1. Tra i soggetti infestati da parassiti patogeni, la proporzione dei pazienti sintomatici è stata del 25% (6/24).

Conclusioni

I dati esposti, seppure preliminari di uno studio ancora in corso, indicano che le parassitosi intestinali rappresentano una patologia relativamente frequente tra gli immigrati da zone ad alta endemia parassitaria. Esse possono a lungo rimanere asintomatiche e difficilmente diagnosticabili se non attraverso l'adozione di mirati protocolli di screening. Un simile approccio, anche facoltativo, può essere utile soprattutto nei soggetti a maggiore rischio, specie quelli con recente epoca migratoria.

PREVENZIONE DELLE MST E DELL'INFEZIONE DA HIV IN PROSTITUTE EXTRACOMUNITARIE A BRESCIA

BELTRAME A., MATTEELLI A., BAIGUERA C., IORIO A., PIZZOCOLO C., POLLARA C.*, COMBERTI E.*, GIRONI M.^, EL HAMAD I., CASTELLI F.

Clinica di Malattie Infettive e Tropicali – Università di Brescia

***Dipartimento di Microbiologia – Università di Brescia**

^Associazione Italiana Lotta AIDS (ALA) Milano

INTRODUZIONE

Il numero di donne migranti in Europa coinvolte nell'industria del sesso è significativamente aumentato nell'ultimo decennio. E' ormai riconosciuto il ruolo determinante di tali donne nella trasmissione delle MST e dell'infezione da HIV nel Paese ospitante.

OBIETTIVO

Promuovere l'adesione ad un programma di *screening* gratuito delle MST/HIV nelle prostitute extracomunitarie che lavorano su strada nella città di Brescia. Misurare la prevalenza delle MST e dell'infezione da HIV nella popolazione *target*.

MATERIALI E METODI

Lo studio è stato condotto presso un ambulatorio MST su donne mobilitate da un intervento informativo/educativo effettuato mediante unità mobile. Per ogni donna afferente all'ambulatorio veniva compilata una scheda relativa i dati anamnestici e comportamentali. Lo *screening* gratuito è stato indirizzato alle seguenti infezioni: HIV (ELISA), sifilide (VDRL-TPHA), *C. trachomatis* (LCR su urine), *T. vaginalis*, *Candida spp.* e vaginosi batterica (esame diretto e colturale). Inoltre, veniva offerta la possibilità di eseguire il Pap test per la prevenzione della neoplasia cervicale.

RISULTATI

Dal febbraio 1998 all'aprile 2000 sono state arruolate 96 donne, di età media 24 anni (range di 15-39 anni), provenienti nel 73% dall'Africa (71% Nigeria), 18% dai Balcani e 7% dall'Est Europa. Il 63.5% riferiva di avere avuto almeno una interruzione volontaria di gravidanza (IVG) sebbene il 77% affermasse l'utilizzo costante del condom (100% delle prestazioni sessuali). Al momento della visita il 53% delle donne riportava sintomi suggestivi di infezione genitale: leucorrea (n=28), dolore pelvico (n=27), prurito vulvare (n=15), dispareunia (n=12). La prevalenza di *C. trachomatis* era del 12%, quella di *T. vaginalis* 7%. Tra i disordini ginecologici il 19% aveva una vaginosi batterica e l'8% una candidosi vaginale. Tra le 70 donne che hanno accettato di eseguire la sierologia, 1 è risultata positiva per l'infezione da HIV e 3 sono risultate positive per sifilide (1 malattia attiva). Al Pap test, valutabile in 60 donne, il 13% presentava anomalie di basso grado (ASCUS/LSIL).

La visita infettivologica e ginecologica sono state le prestazioni specialistiche più richieste (34.6% e 30.7% rispettivamente).

CONCLUSIONI

Dalla valutazione dei risultati dello studio ancora in corso diretto alle prostitute extracomunitarie che lavorano sulle strade di Brescia emerge:

- 1) elevata accettabilità dell'utilizzo del servizio gratuito dello *screening* MST/HIV
- 2) prevalenza di indicatori di mancato utilizzo regolare del condom (63.5% IVG)
- 3) elevata prevalenza di infezione cervicale da *C. trachomatis* (12%)

L'informazione, educazione e prevenzione delle MST/HIV in favore di questa popolazione clandestina rappresenta un obiettivo di rilievo in termini di salute pubblica.

TRE CASI DI LEBBRA IN UN VECCHIO OSPEDALE DERMATOLOGICO ROMANO

ALDO MORRONE, GENNARO FRANCO, ODILE BEFEUKA TCHANGMENA, LUIGI TOMA
Istituto Dermatologico San Gallicano (IRCCS), Roma

Una targa di marmo sul muro d'ingresso dell'Istituto S. Maria e S. Gallicano di Roma recita: "NEGLECTIS REJECTISQUE AB OMNIBUS. BENEDICTUS XIII P.O.M. ANNO SALUTIS MIDCCXXV", ricordando al popolo che l'Ospedale fu fondato nel 1725 dal papa Benedetto XIII per dare rifugio e aiuto alla popolazione povera e abbandonata sofferente di malattie cutanee, particolarmente lebbra e scabbia. Oggigiorno i casi attualmente registrati nel mondo, in accordo alle ultime stime dell'OMS, fino al 31.12.1998, erano 804.396 e 693.462 nuovi casi. Le regioni geografiche coinvolte sono l'Africa (82.022), America del Nord e del Sud (86.470), Sud-Est Asiatico (600.250), Mediterraneo Orientale, Pacifico Occidentale (23.446). In Europa la malattia è progressivamente diminuita e, al momento, quasi scomparsa.

Nel 1998 i dati dell'OMS per l'Europa erano di 543 casi e 37 nuovi casi. Il continuo flusso migratorio dai Paesi in via di sviluppo determina per l'Europa, tra l'altro, anche problemi di carattere sanitario.

Presso l'Istituto S. Gallicano, fin dal 1985 è attivo un Servizio di Dermatologia Tropicale e Medicina Preventiva delle Migrazioni in cui, negli ultimi due anni, sono stati osservati 3 nuovi casi di malattia di Hansen, rispettivamente in una donna filippina di 34 anni, un uomo brasiliano di 51 anni e un altro uomo proveniente dal Marocco, di 27 anni. I pazienti si trovavano in Italia da un anno, ignorando di essere affetti dalla malattia e sono stati trattati, in accordo alle linee guida OMS, con un protocollo polichemioterapico.

Vengono riportati questi casi per sottolineare l'importanza che tutti gli operatori sanitari locali "pensino" alla possibilità di una malattia di Hansen, di fronte a lesioni cutanee di difficile interpretazione e che l'accesso ai servizi sanitari pubblici per questi pazienti possa essere sempre più facilitato, come previsto dalla normativa vigente.

Bibliografia:

WHO, *Weekly Epidemiological Record*, 2 October 1998, No 73,49, Geneva.

CONSIDERAZIONI SUL FENOMENO DELLA DEVIANZA IN STRANIERI IMMIGRATI ADULTI DI DIVERSA NAZIONALITÀ PRESENTI IN ITALIA

VITTORIO INFANTE

L'obbiettivo di questo studio è l'analisi di alcune caratteristiche relative al fenomeno della devianza in stranieri immigrati adulti di diverse nazionalità presenti in Italia. Attraverso l'osservazione e la comparazione di peculiarità organizzative ed evolutive del fenomeno verranno formulate una serie di considerazioni e interrogativi.

Fatta questa premessa, anzitutto, passerei ad introdurre il fenomeno della devianza criminale.

L'Italia e l'Europa hanno occupato storicamente un ruolo di rilievo nella ricerca criminologica. A partire dagli studi di Giovan Battista Della Porta, di Cesare Lombroso, di Scipio Sighele e di Leonardo Bianchi per ciò che riguarda criminogenesi e criminodinamiche legate a fattori personologici e le osservazioni di Gustave Le Bon e Gabriel De Tarde, più favorevoli a un coinvolgimento di fattori contestuali.

Mannheim ritiene che "ogni società possiede il genere di delitti e di crimini consono alle sue condizioni culturali, morali, sociali, religiose ed economiche". Il crimine non può essere decontestualizzato dalla "situazione criminale", è legato al luogo e all'epoca storica sia in senso qualitativo, sia in senso quantitativo. In particolare, si può affermare che vi è un legame molto stretto tra società, cultura e crimine.

L'antropologo Napoleon Chagnon ha osservato che tra gli yanomani, una popolazione della foresta amazzonica, l'omicidio rappresenta un elemento di successo sociale, il 40% delle morti sono provocate, il 30% degli uomini con più di 25 anni ha commesso almeno un omicidio e il 70% della popolazione di età superiore ai 48 anni consta almeno di un parente ucciso. Non esistono punizioni per l'omicidio e le donne tendono a scegliere come mariti i maschi più violenti, con il bene placido paterno. Una situazione opposta è stata riscontrata tra gli eschimesi, antico insediamento del nord dell'Alaska e del Canada, e in alcuni popoli delle isole del pacifico. Questi popoli non conoscono ne guerre e ne omicidi, tanto da essere sprovvisti di un codice penale e persino di parole che descrivono l'uccisione di un proprio simile. Altro esempio di crimine con un "significato" *cultur bound* variabile in differenti epoche e luoghi, riguarda la relazione incestuosa. Tale pratica, non considerata reato fra gli egiziani dell'antico Egitto ed esplicita nelle cosmogonie della mitologia greca viene, di contro, considerata tabù e vietata per norma scritta in altre culture, fra cui la nostra. In alcune etnie asiatiche (turkmeni, gli usbeki, i kondi, i kasak e i kirghisi) e dell'america meridionale (sirionò) e nei mossemi è pratica comune la masturbazione dei figli da parte dei genitori, ritenuta, in ordine a credenze magiche, utile come calmante, alla crescita degli organi sessuali e allo sviluppo delle funzioni sessuali.

Vi è, dunque, un'interdipendenza tra il significato "oggettivo" della devianza e la variabilità del contesto socio-culturale ed etico-religioso.

Alcuni sociologi, hanno formulato delle ipotesi interpretative che riguardano la devianza legata al processo migratorio. Barbagli, in un capitolo del suo libro ne riporta una sintesi:

- 1) il conflitto culturale (chi commette un reato lo fa perché resta fedele alle norme di condotta del gruppo di provenienza/appartenenza);
- 2) la struttura differenziale delle opportunità (la frustrazione derivante dallo squilibrio tra struttura culturale e sociale di una società);
- 3) il controllo sociale o la frustrazione-aggressività (l'uomo è più portato a violare che a rispettare le leggi e se nolo fa, ciò avviene perché viene frenato dal farlo da vari tipi di controllo sociale).

Ferracuti nel 1970, sosteneva l'insufficienza di tali teorie nel fornire una spiegazione esauriente ai comportamenti devianti di tutti gli immigrati, proponendo una maggiore attenzione allo studio di aspetti clinici e sociologici, su un piano individuale.

Alcune difficoltà interpretative possono essere rilevate nel luogo comune della generalizzazione di caratteristiche personologiche o di aspetti sociali della devianza. Nel nostro modello sociale fondato sul

diritto, l'area della devianza è fisiologica, ben delimitata e affidata ad un preciso modello di controllo sociale, ma chissà come, il rischio di un'invasione distruttiva nell'area sociale "sana" è avvertito sensibilmente laddove il deviante è uno straniero. Questi è ritenuto a rischio, in ordine a dinamiche proiettive comodamente invocate a salvaguardia di consueti, ma fragili confini statutarî dell'identità, che con "l'altro da sé" della relazione scoprono il nervo della difficoltà di operare una condivisione/convivenza con lo straniero-diverso. Lo straniero viene tenuto fuori, connotato come il nemico minaccioso e distruttivo e caricato di una valenza nefanda, utile ad aggirare scomodi contenuti dell'esistenza e difetti strutturali del modello culturale dominante. E' meno visibile, che il crimine si sviluppa meglio laddove vi sono condizioni favorevoli e per cui l'importazione di determinate tipologie di criminalità segue l'attrazione di stranieri provenienti da determinate aree e con precîpi scopi. Serve a poco il tentativo, di astrarre il fenomeno devianza-stranieri da una situazione di combinazione culturale in corso e il migrante dalla condizione "intermediaria" in cui si trova, che da origine a un "nuovo tipo di individuo" in corso di ridefinizione.

Le tre teorie sociologiche coinvolgono in misura minore le dinamiche intrapersonali del migrante, la processualità del fenomeno migratorio e i fattori reattivi derivanti dal contatto con la popolazione ospitante.

A mio parere il significato che può assumere il fenomeno della devianza nei nostri ospiti-immigrati potrebbe essere maggiormente compreso attraverso lo studio di particolari indicatori, quali *pull factors* (fattori di espulsione) e *push factors* (fattori di attrazione) *migratori* che tengano in considerazione il ruolo di una silente (poco apparente) catastrofe economico-demografica e i bisogni migratori individuali, nella determinazione delle modalità con cui i soggetti migranti preparano e mettono in opera il loro progetto migratorio, compreso l'esito finale di riuscita o fallimento. A tale proposito, Frighi e Gudorzi considerano la devianza degli immigrati come uno dei possibili esiti negativi della migrazione. Per la parte statistica del mio studio mi avvarrò di dati ricavati dal "Dossier Statistico '99 - Immigrazione" a cura della Caritas di Roma e dal "Bollettino penitenziario '99" e "aggiornamenti al 31.01.2000" a cura del Servizio Informatica e Statistica (Area Monitoraggio e Statistiche) del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria.

In Italia, dal 1985 al 1999, come del resto in tutti gli altri paesi europei, si è registrato un crescente aumento dei flussi di ingresso e di conseguenza delle presenze in carcere di detenuti stranieri (Tab. 1). Se a questi dati si affiancano quelli relativi al totale della popolazione detenuta (italiani e stranieri) (Tab. 2) e successivamente si confrontano le percentuali del rapporto dei flussi d'ingresso in carcere (tra popolazione totale e stranieri) rispetto alla percentuale delle presenze di detenuti stranieri, si può osservare una graduale tendenza all'incremento del fenomeno detentivo, in particolar modo negli ultimi cinque anni (Tab. 3).

Nei grafici è possibile notare alcune oscillazioni dovute a temporanee restrizioni legislative che, pur non incidendo sul tendenziale incremento del fenomeno, creano un filtro alle frontiere tenendo temporaneamente a distanza frange più a rischio.

Alcuni ricercatori, somministrando dei questionari al primo arrivo in Italia degli immigrati, hanno osservato come gruppi più a rischio rispetto ad altri sarebbero attratti da notizie pre-migratorie portatrici di in un presunto stato di precaria legalità presente in Italia. Gli stessi hanno dimostrato che ciò avviene laddove le notizie sono indirette, infatti, nei casi in cui vengono fornite direttamente questi gruppi sarebbero più scoraggiati. Tutto ciò è confermato dal fatto che la maggior parte di immigrati tende a consumare il reato nel primo anno di permanenza in Italia. L'immagine pre-migratoria di un paese in cui si può vivere nell'illegalità, nega l'ipotesi che il reato è dovuto ad una semplice "mancata integrazione" o allo "shock culturale".

Nonostante l'evidente tendenza all'incremento del fenomeno detentivo degli stranieri, ritengo che tale dato non debba essere così semplicisticamente generalizzato come un inerte dato statistico, ma riveduto sia per il fatto che i flussi di ingresso di immigrati in Italia dal 1985 al 1999 sono aumentati almeno di sei volte, sia poiché risultano prevalenti detenuti provenienti da alcune particolari nazionalità.

Ciò è osservabile con la suddivisione della popolazione dei detenuti stranieri per aree geografiche di provenienza nell'anno 1999 (Tab. 4, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4 e 5).

Si può rilevare la prevalenza di detenuti provenienti dai paesi dell'area afro-mediterranea (Tunisia, Marocco e Algeria sono presenti con 6494 detenuti, pari al 46% del totale), dall'ex Jugoslavia e dall'est europeo (Jugoslavia, Albania e Repubblica Slovacca sono presenti con 3571 detenuti, pari al 25% del totale), per un totale complessivo di 10065 detenuti, pari a 71% del totale dei detenuti stranieri.

Un'ulteriore dato è rappresentato dalla differenza tra l'elevata percentuale di detenuti stranieri provenienti dall'area afro-mediterranea e la bassa percentuale di quelli provenienti dall'area continentale, dovuta ad una differente immagine pre-migratoria dell'Italia e alle maggiori possibilità di questi ultimi di integrarsi, disponendo di una funzionale rete sociale di supporto. Gli immigrati provenienti dall'area afro-mediterranea pur essendo globalmente di religione musulmana, in Italia tendono ad essere più divisi tra loro, mentre quelli provenienti dall'Africa sub-saariana, divisi nei propri paesi in numerosi credo religiosi, tendono ad essere più coesi.

Altro dato rilevato nel corso del 1999 sui detenuti, è rappresentato dalla frequenza/distribuzione del titolo di reato tra la popolazione carceraria totale e quella degli stranieri (Tab. 6), da cui risulta che nel totale della popolazione carceraria vi è un una prevalenza dei reati contro il patrimonio, seguiti dalla quelli che per droga, per violazione dell'ordine pubblico e dai reati contro la persona, mentre fra gli stranieri vi è una prevalenza dei reati per droga, seguiti da quelli contro il patrimonio e da quelli contro la persona.

Nello stesso anno, dal confronto delle classi maschili e femminili tra detenuti stranieri e totale della popolazione carceraria (Tab. 7 e 8), si può osservare come il valore percentuale riferito alla presenza delle donne straniere è superiore a quello relativo al totale delle donne detenute.

Concludo con i dati relativi alla distribuzione degli stranieri detenuti per posizione giuridica e per regione nell'arco del 1999 (Tab. 9). Si rileva il 33,30% in attesa di giudizio, il 22,08% appellanti, il 7,06% ricorrenti, per un totale di imputati pari al 62,45%; le condanne definitive sono il 37, 32%, gli internati lo 0,24%. E' evidente una maggiore permanenza in carcere degli stranieri, dovuta alla lentezza della macchina giudiziaria, alle inefficaci difese d'ufficio e alle inesistenti misure di detenzione alternativa al regime carcerario. Le regioni con maggiore presenza di detenuti stranieri (Lombardia, Lazio, Piemonte, Toscana, Emilia Romagna e Veneto), sono le stesse in cui si può rilevare una maggiore concentrazione dei flussi migratori.

INDAGINE SULL'USO DI SOSTANZE ALCOLICHE TRA GLI IMMIGRATI EXTRACOMUNITARI.

**MARIA CIRA GRIMALDI, CIRO D'AMBRA, GIUSEPPE SCARANO,
ROBERTO LANDOLFI**

Distretto Sanitario 52 – Azienda Sanitaria Locale Napoli 1

PREMESSA

Il fenomeno migratorio, notevolmente in crescita nel nostro Paese, ha visto le strutture sanitarie pubbliche, particolarmente impegnate nel controllo, non solo delle malattie infettive (in aumento in Italia), ma anche nella tutela e nella promozione della salute dell'immigrato.

Nel quartiere Barra, periferia orientale della città di Napoli, è presente un insediamento di extracomunitari che alloggiano in strutture prefabbricate di amianto, dette "bipiani", costruite dopo il terremoto del 1980 e non più smantellate.

OBIETTIVI

Raccogliere informazioni sul consumo di alcool tra gli immigrati extracomunitari, residenti nella periferia est della città di Napoli, al fine di implementare interventi di educazione alla salute. Varie unità operative (Materno infantile, Sert ecc.) del Distretto Sanitario 52 hanno già eseguito interventi sanitari su bambini e donne extracomunitari e questa ulteriore esperienza consentirà di realizzare una prima mappa delle abitudini di vita dell'immigrato.

METODOLOGIA

Un questionario anonimo elaborato da operatori del SerT e della Direzione Sanitaria del Distretto 52, competente per territorio, è stato somministrato tramite intervista diretta. Le domande riguardano informazioni su età, sesso, provenienza e consumo alcolico.

RISULTATI

Sono stati intervistati 70 immigrati random di entrambi i sessi (maschi 87%, femmine 13%) di età compresa tra 17 e 59 anni (età media 32,5), provenienti dall'Albania (52%), dalla Macedonia (35,6%) in prevalenza Rom e dalla Costa d'Avorio (12,4%).

Il 66,5% degli intervistati dichiara di consumare bevande alcoliche: il 47,3% sono albanesi, il 32,4% rom e il 20,3% ivoriani. Il restante 33,5% dichiara di non bere alcolici per motivi religiosi.

La maggioranza (67,6%) dichiara di consumare maggiormente alcool in compagnia.

Un'elevata percentuale degli intervistati ha iniziato ad assumere alcool in Italia, mentre solo una minoranza beveva nel Paese di origine (34%). Particolarmente elevato il consumo di vino (61,3%), bevanda alcolica molto in uso in Italia. Tra gli albanesi è anche elevato l'uso di grappa di importazione albanese.

CONCLUSIONI

Dall'analisi dei questionari si evince che una situazione di disagio, insieme al tentativo di adeguarsi alle abitudini del paese ospite, può costituire per gli immigrati una condizione di rischio per il consumo di alcool. I dati in esame si riferiscono ad una indagine svolta in una comunità stanziale. E' nostra intenzione riprodurre il lavoro di indagine sull'uso di sostanze alcoliche tra immigrati extracomunitari senza fissa dimora. Vi è necessità di potenziare gli interventi di promozione alla salute e di prevenzione delle patologie alcool correlate, al fine di contribuire alla tutela della salute psico fisica delle popolazioni immigrate extracomunitarie.

OSSERVAZIONI SULLA SALUTE MENTALE DEI MIGRANTI

ALBERTO MERINI, ANNALISA VIGHERANI

Centro Universitario di Studi e di Ricerca in Psichiatria Multi-etnica "G. Devereux"

Ringraziamo gli organizzatori per l'invito a portare il nostro punto di vista di psichiatri interessati alla psichiatria multi-etnica, non certo di esperti. Anche se, nell'ambito del Centro Universitario di Studio e di Ricerca in Psichiatria Multi-etnica "G. Devereux", lavoriamo in questo campo da diversi anni, non riteniamo di poterci definire esperti.

Una politica della salute mentale dei migranti non può identificarsi con la sola missione dei Servizi Psichiatrici; altre istanze sono chiamate in causa e fra queste il Dipartimento di Prevenzione che ha organizzato l'odierna giornata, occasione non solo di acquisizione di nuovi punti di vista, ma soprattutto, ci auguriamo, di inizio di nuove collaborazioni.

La nostra relazione toccherà brevemente i seguenti punti:

- 1) l'incidenza dei disturbi psichici nei migranti;
- 2) i rapporti tra disagio psichico e cultura;
- 3) la migrazione come trauma.

1) L'incidenza dei disturbi psichici presso i migranti

Riferiremo i dati di una nostra ricerca sui ricoveri di migranti, provenienti da paesi in via di sviluppo, nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) dell'Emilia Romagna, nel quinquennio 1990-95 (Merini, 1995).

Per la ricerca abbiamo utilizzato una scheda di rilevazione con diverse sezioni e siamo andati personalmente in ognuno dei 12 SPDC della regione a raccogliere i dati presenti nelle cartelle cliniche.

Dai nostri dati risulta che nei 5 anni presi in considerazione sono stati ricoverati 200 migranti: 132 (pari al 66%) con un ricovero volontario e 68 (pari al 34%) con un Trattamento Sanitario Obbligatorio.

Delle 200 persone ricoverate, 148 (il 74 %) hanno avuto un solo ricovero, mentre 52 (il 26 %) hanno avuto più ricoveri. Il 22%, 44 persone, era già stato ricoverato nel periodo precedente quello da noi considerato, anche in altre regioni.

In quegli anni la media annuale di immigrati presenti in Emilia Romagna era di circa 120.000, fra regolari e irregolari. Il calcolo delle presenze non è mai esatto, ma una differenza di qualche migliaio non incide sui risultati della ricerca.

Quaranta persone ricoverate mediamente in un anno su una popolazione di circa 120.000 immigrati rappresentano una percentuale intorno al 0.3 per mille. Poiché, in linea di massima, le condizioni economiche degli immigrati non consentivano ricoveri in strutture private, anche ammettendo la possibilità di alcuni ricoveri fuori regione o nelle poche Case di Cura allora convenzionate, è legittimo ritenere che tale cifra esprimesse con buona approssimazione il totale dei ricoveri psichiatrici.

Accanto ai dati riguardanti i ricoveri è utile ricordare anche che i pazienti seguiti ambulatorialmente dai Centri di Salute Mentale (CSM), in base ai dati presenti in cartella, rappresentavano una cifra oltremodo esigua. A conferma di ciò, una nostra diretta rilevazione presso i vari CSM di Bologna mostrava che all'epoca i pazienti seguiti si contavano sulle dita di una mano. Oggi sono aumentati, ma rappresentano pur sempre una cifra molto bassa. Dati recenti raccolti dal Dipartimento di Salute Mentale dell'AUSL mostrano che attualmente i migranti in carico a tutti i CSM di Bologna sono complessivamente 54.

Quanto esposto porta a due considerazioni.

La prima: si può ritenere che il problema psichiatrico dei migranti si esaurisca in massima parte con il ricovero; dato che ci fa riflettere sulle strategie di prevenzione e di trattamento che vengono attuate.

La seconda: la percentuale dei ricoveri dei migranti è dello 0,3 per mille. Tenendo presente che i ricoveri in SPDC dei cittadini non stranieri dell'Emilia Romagna costituiscono invece l'uno per mille e che questi ultimi possono anche usufruire delle Case di Cura e degli specialisti privati e che sono ampiamente seguiti dai CSM, verrebbe da ritenere che i problemi psichiatrici degli immigrati dell'Emilia Romagna siano inferiori a quelli della popolazione locale.

I dati della letteratura psichiatrica in proposito non sono univoci.

Sartorius, dal suo punto di osservazione privilegiato, osservava nel 1988: *“La letteratura degli ultimi ottanta anni che tratta della salute mentale dei migranti è ricca, ma non permette di tirare conclusioni definitive. I risultati degli studi variano secondo gli Autori: i migranti sarebbero affetti da turbe mentali più spesso, oppure in pari misura, o ancora meno spesso che la popolazione ospite”*.

Pur tenendo presente le osservazioni di Sartorius, la nostra ricerca sembra esprimere una bassa incidenza di disturbi psichiatrici nei migranti dell'Emilia Romagna¹, risultato che, non solo sconfiggerebbe la vecchia, ma radicata, immagine dell'*aliené migrateur*, ma la rovescerebbe disegnando la figura di un immigrato psichicamente stabile, determinato, capace di superare tutte le oggettive difficoltà d'inserimento in un paese “altro”, senza scompensi, o senza scompensi tali da richiedere un ricovero.

Alcune osservazioni possono permettere di comprendere meglio il dato quantitativo.

Mara Tognetti Bordogna (1991) nota che la malattia, qualsiasi malattia, delegittima il migrante, in quanto gli toglie la propria immagine consistente nel ruolo di lavoratore. In questa prospettiva, la malattia, vero e proprio incidente nel processo esperienziale, viene negata, trascurata, in quanto il corpo sano costituisce lo strumento principale per poter tener fede al proprio progetto migratorio e legittimare nel contempo la presenza nel paese di accoglienza. Queste considerazioni possono essere rafforzate aggiungendo con la Zanaboni che il “corpo sano” ha a che vedere con la sopravvivenza e non solo con quella del singolo immigrato, ma, almeno in molti casi, con quella del gruppo familiare in patria, gruppo del quale il singolo è espressione di speranza e al quale deve rispondere perché, in caso d'insuccesso, è tutto il gruppo che non solo fallisce sul piano economico, ma, fatto altrettanto grave, perde la faccia.

Omar Sylla, un collega di Dakar con cui abbiamo avviato una collaborazione, ed altri ci hanno confermato queste osservazioni, ameno per quanto riguarda i Senegalesi, popolo orgoglioso, ma poverissimo per il quale le rimesse dei migranti costituiscono un importante fattore economico. In Senegal esiste un rituale specifico ad anche pericoloso, il *Wootal* (Sylla e Mbaye, 1990-1991), per richiamare in patria il migrante che si autonomizza e dimentica i familiari e la comunità. Qui il discorso si farebbe complesso, ricordiamo solo che il rituale si svolge in Senegal e che, per ragioni che vanno oltre la nostra comprensione, il migrante sente il richiamo e torna. È pericoloso perché, anche se torna sempre, non è garantito come torni, se vivo e sano, oppure pazzo, o addirittura morto.

È possibile inoltre che il basso numero di ricoveri sia anche espressione di una difficoltà dell'immigrato ad orientarsi nel sistema dei servizi sanitari (Terranova Cecchini e Tognetti Bordogna, 1992).

Si può ritenere infine che il disagio psichico si manifesti attraverso altri canali espressivi culturalmente determinati, in particolare il corpo, *“lingua fisica (...) che consentirebbe di superare le barriere linguistiche”* (De Micco e Cardamone, 1991, p.168) e che solo il disturbo grave, clamoroso, arrivi, divenuto urgenza, direttamente al ricovero.

In sostanza si può concludere che i disturbi psichiatrici dei migranti sono infrequenti, ma che, con tutta probabilità, tale rilievo può essere la risultanza di una serie di fattori fra loro eterogenei.

¹ Possiamo osservare che i nostri dati concordano con quelli riportati nelle poche ricerche svolte in Italia, in particolare dalla Cattedra di Igiene Mentale di Roma (Frighi e Cuzzolaro, 1987a; Frighi e Cuzzolaro, 1987b; Cuzzolaro, 1990), che si interessa di questi problemi dagli anni '80.

Un numero decisamente minore di ospedalizzazioni dei migranti rispetto alla popolazione italiana è stato recentemente rilevato anche a Torino (Cristina e Martino, 1997).

2) Cultura e disagio psichico

Scrivendo Devereux (1956): è come se la cultura ordinasse *“stai attento a non diventare pazzo, ma se lo diventi comportati nella tale o tal altra maniera”* (p. 51 ed. it.) e Nathan (1986): *“ogni cultura fornisce (...) modelli psicopatologici che potremmo definire prêt-à-porter”* (p.124 ed. it.).

Già Kraepelin (1904) si era convinto del ruolo svolto dai fattori socioculturali in psicopatologia. Su questo punto oggi non vi è disaccordo. Conosciamo molte Sindromi Culturalmente Ordinate di paesi non occidentali, come l'Amok o il Koro (Inglese e Peccarisi, 1997), che vengono riportate anche nei manuali diagnostici occidentali, e da più parti si va sostenendo che l'anoressia sarebbe il quadro culturalmente ordinato tipico dell'occidente industrializzato. Sappiamo da numerosi studi che nei paesi in via di sviluppo la schizofrenia ha una diversa espressività clinica e una prognosi migliore rispetto a quella dei paesi occidentali, ecc. (v. ad es. Jilek 1998).

I problemi sono tuttavia altri. Ad esempio il dibattito tra relativismo culturale radicale, che contesta qualsiasi terreno psicologico comune dell'umanità, e universalismo radicale, che ritiene che i disturbi mentali siano ovunque gli stessi, non è un puro dibattito teorico, ma ha profondi riflessi sulla pratica. Ne viene infatti che, stante l'inoppugnabile fatto dell'esistenza delle Sindromi Culturalmente Ordinate, o della diversa espressività delle medesime sindromi cliniche, o della loro diversa evoluzione, le posizioni universalistiche sono portate a ritenere che la cultura rappresenti solo un semplice rivestimento formale e variabile di un nucleo duro dell'identità che sarebbe invece uguale per tutti (concepito come apparato psichico -psicologie dinamiche- o strutturato come rete neuronale integrata -neuroscienze) (Inglese, 1999). Questo vorrebbe dire che le nostre psicoterapie o i nostri neurolettici andrebbero bene per tutti gli abitanti della terra e vice versa, e perché no, che i guaritori africani potrebbero curare con successo anche gli occidentali.

Si può anche osservare che le posizioni estreme del relativismo fanno sparire l'oggetto stesso che si cerca di conoscere (per il migrante che manifesta un qualsiasi disagio psichico, l'unico intervento sarebbe quello di rimandarlo nel suo paese d'origine), mentre le posizioni universalistiche radicali comportano una gerarchizzazione culturale per cui una cultura, ovviamente quella dell'occidente, rappresenta la chiave di lettura di ogni altra, in termini di diagnosi e di terapia.

Potremmo risolvere la questione concordando con Nathan (1986) quando afferma che, al di là delle differenze, *“resta comunque il fatto che esistono analogie che ricordano l'esistenza di invarianti”* (p.118 ed.it.), o con Jilek (1998) che osserva *“la maggioranza di noi (...) è sempre stata orientata verso un relativismo culturale (...) dato che sostiene la nozione di fattori culturali che influenzano il funzionamento mentale, la natura e il decorso dei disturbi psichiatrici. Nello stesso tempo ha anche una posizione universalista, nel senso che percepiamo elementi universali nel comportamento umano, normale e patologico, che trascendono l'individuo ed anche le differenze etnico-culturali”*.

Posizioni equilibrate, di buon senso, quasi ovvie, nelle quali ci riconosciamo non solo come tecnici, ma come persone. Posizioni che tuttavia franano quando si passa alla pratica terapeutica (terapeutica, non assistenziale) quando ci si accorge che non si è affatto equilibrati, che la terapia necessita di una qualche teoria del disagio e che le nostre teorie sono molto diverse da quelle degli altri.

Ci è stato inviato un giovane africano, cordiale e intelligente, per problemi d'impotenza: *“mi hanno detto che il problema è qui -si tocca la testa- ma io vedo che è qui -si tocca il pene”*. Detto da un italiano potrebbe essere una battuta di spirito, magari di alleggerimento, ma altre culture, in specie quelle africane, non hanno il concetto di quella cosa invisibile che noi chiamiamo mente o psiche: aver qualcosa nella testa significa piuttosto che qualcuno ti è entrato letteralmente nella testa, si sta impossessando di te. Il giovane paziente ha quindi ragione a rifiutare l'ipotesi di possessione, fatta oltretutto da medici italiani.

E cosa fare con quel migrante, colto e intelligente, un principe nel suo paese, che ci dice: *“mi hanno tolto prima la mia fierezza, per poi rubarmi la mia dignità e il mio orgoglio”* e pretende per questo un risarcimento dal Comune e, quando viene piantato dalla sua ragazza, impiegata alle Poste, va in giro a mettere immondizia nelle cassette delle lettere.

E con l'altro migrante che, dopo anni di buon inserimento lavorativo e sociale, quando perde il lavoro e viene lasciato dalla fidanzata italiana, accoltella un passante che, a suo parere, gli voleva rubare l'automobile, ultima residua testimonianza del suo successo in Italia. Nell'SPDC dove venne portato dalla forza pubblica passerà i primi giorni a litigare furiosamente con il padre morto (Merini et al. 1999).

"In Senegal -osserva Mballo Ndiobo, un relatore senegalese di un recente convegno- non è la malattia che spaventa, ma la sua origine. In una società ove i suoi componenti sono convinti che la malattia sia provocata da qualcuno, non ci spaventa la malattia, ma chi l'ha provocata, perché l'ha fatto e in che modo (...) e la terapia va di conseguenza (...) quando è un migrante che si ammala e pensa che l'origine dei suoi disturbi sia in Africa, nel suo villaggio, allora nascono le difficoltà, chi può prenderlo in carico in Italia?"

Anche perché, aggiungiamo noi, quando queste persone arrivano nei nostri Servizi, ben consapevoli di essere in una cultura diversa, che, in linea di massima, respinge le loro teorie della malattia, ritenendole primitive o assurde, si guardano bene dal parlarcene. *"La proiezione, osserva Nathan (1986), viene appresa in Africa fin da bambini attraverso le teorie della stregoneria (...) è un meccanismo della cultura e non del soggetto"* (p.214 ed.it.) e come tale non è interpretabile.

Ma per l'emigrato vi anche un opacamento della cultura originaria. Sergine Balla Lo, un altro relatore senegalese del citato convegno, osserva: *"in Italia quando uno di noi ha problemi mentali continua a fidarsi del lontano guaritore, però, stando qui, il guaritore ha perso d'importanza, è stato smitizzato, così non sa a chi rivolgersi (...)"*

Vi è poi il problema della cosiddetta globalizzazione, o meglio della violenta occidentalizzazione del mondo, per cui gli aspetti normativi e protettivi della cultura originaria si perdono e, anche nei luoghi di origine, vanno scomparendo quei modelli psicopatologici *"prêt-à-porter"* e le relative terapie di cui ci parla Nathan (1986).

Infine, vengono assunte dai migranti forme di patologie occidentali, come l'alcolismo o il suicidio, sconosciute in molti paesi in via di sviluppo: *"modalità di affiliazione contraddittoria alla società ospitante?"*, si chiede Inglese (1996). In sostanza i quadri clinici che vediamo sono estremamente complicati, una mescolanza di sintomi di diversa provenienza (Merini e Santarini, in stampa).

Oggi siamo più consapevoli e attenti alle diverse teorie culturali che sottendono il disagio psichico e la sua espressività, e riteniamo che la conoscenza e l'attenzione all'elemento culturale sia indispensabile a tutti gli operatori sanitari; cerchiamo di maneggiare con molta cautela le nostre teorie psicodinamiche, di non appiattare il migrante sul solo aspetto culturale o su quello delle sue difficoltà di esistenza, o sulla migrazione come trauma o sulla nostalgia, ecc., fattori tutti importanti, ma correlati tra loro, operanti insieme e non in modo isolato. Ricordiamo come la comprensione di tutti questi aspetti nel singolo individuo passi attraverso la presenza del mediatore culturale, in assenza del quale, a volte, diviene incomprensibile lo stesso quadro sintomatologico.

Il rilievo di allucinazioni e di deliri in un migrante non ci allarma come un tempo, almeno non pensiamo immediatamente ad una struttura psicotica. L'attenzione posta al problema dello sradicamento nei migranti ci sta facendo scoprire gli stessi problemi anche nei nostri connazionali, nei nostri migranti interni, e ci interroghiamo sui fattori esterni-interni protettivi e su quelli di rischio che, in analoghe situazioni di partenza, permettono alle persone di vivere bene o di ammalarsi.

L'incontro con il migrante, con il suo disagio psichico, rimane tuttavia sempre inquietante quando si vuole e si deve uscire dai nostri riferimenti diagnostici e terapeutici. Quando si vuole mantenere aperto il problema della comprensione, spesso si ha la sensazione di annaspire, sensazione spiacevole e difficile da sopportare. Non è facile abbandonare tutte quelle conoscenze che fanno parte della nostra identificazione di ruolo. Il conflitto delle teorie e delle culture è sempre presente e doloroso.

Eppure, come abbiamo recentemente osservato, pur cercando di capire qual è la verità dell'altro, cerchiamo anche dei punti di contatto, ad esempio momenti di identificazione e di empatia, lo sviluppo di una relazione di fiducia, cerchiamo di uscire dalla sensazione di estraneità, ma non è facile (Merini et al., 1999).

3) La migrazione come trauma

Per il migrante l'adattamento al nuovo paese va ben oltre l'osservazione di Ferenczi (1931) che "ogni adattamento è una morte parziale, una rinuncia a una parte dell'individualità". L'arrivo nel nuovo paese determina per il migrante un processo di acculturazione che porta ad un opacamento di tutti gli aspetti della cultura originaria. Ricordiamo quanto osservava il senegalese Sergine Balla Lo a proposito del suo guaritore: "ci penso, ma la sua importanza è diminuita".

Nella prospettiva di Parin (1979) si può ritenere che la migrazione indebolisca i "Meccanismi di adattamento" che assicurano stabilità all'Io di fronte alle richieste ambientali. Tali meccanismi infatti erano costruiti per altre realtà e per altre culture. La prospettiva di Devereux (1956) e Nathan (1986) è più radicale. Per questi autori infatti ogni individuo è costantemente immerso in un doppio regime di produzione dell'identità. Tale regime gemellare è inteso come un'embricazione strutturale tra processi psichici e processi culturali che concorrono entrambi a rendere la realtà prevedibile, significativa ed operabile (Inglese, 1999). La perdita della componente culturale indebolisce di conseguenza quella psicologica, motivo per cui si può parlare della migrazione come trauma in sé.

Questo rimanderebbe all'utilità, nel paese ospitante, di reti socio-culturali costruite sulla base di quelle originarie (associazioni, confraternite o altri dispositivi di alleanza, ecc.), reti nelle quali sia possibile la parola, sia possibile socializzare, rendere pubblici ricordi, fatti e situazioni che il nuovo contesto non ascolta perché ha altre parole, altri ricordi, altri odori; organizzazioni che si pongano anche come interlocutori nei confronti delle istituzioni locali, comprese quelle sanitarie.

D'altra parte il problema non è così semplice e lineare come il concetto della migrazione come trauma in sé potrebbe far pensare: la maggior parte dei migranti sono "migranti sani" ben consapevoli delle differenze fra il proprio contesto originario e quello nuovo. Spesso tali differenze sono anche desiderate, non solo in ordine ai fattori economici. A questo proposito ci sembra molto interessante riportare l'osservazione di uno dei relatori del convegno citato: "da quando sono in Italia, ormai da più di 10 anni, sono più tranquillo perché non mi aspetto che qualcuno mi mandi delle maledizioni, cosa che dovevo tenere sempre presente in Senegal". "In Africa -interviene un altro relatore- noi diamo molta importanza alle relazioni con le persone: se io esco di casa alle 8 per recarmi al lavoro, anche se è a 200 metri da casa mia, ci metto due ore per arrivarci perché mi ferma un tale per salutarmi e un altro per raccontarmi i suoi problemi e un altro ancora per parlarmi del matrimonio di sua figlia, e così via; questo ci permette di avere una grande ricchezza di rapporti, ma, nello stesso tempo, io so che se non faccio tutto questo qualcuno mi può mandare una maledizione, fare un malocchio (...). In Italia veniamo per motivi economici, non per stabilire delle relazioni, quando andiamo a lavorare ci andiamo e basta ... non è che crediamo al vostro approccio scientifico, quello che conta è che siamo lontani dalla nostra comunità ... però le maledizioni dal Senegal possono arrivare lo stesso".

Infine un brevissimo accenno alla questione della nostalgia (*heimweh*)², nel passato spesso chiamata in causa per spiegare il disagio del migrante. La nostalgia, infatti, è stata descritta come causa di malattia e addirittura di morte già alla fine del 1600 (Hofer, 1688): l'unica cura era il "ritorno a casa". Frigessi Castelnuovo e Risso (1982) e, più recentemente Beneduce (1998) hanno ripreso e discusso questo concetto. Si può ritenere che i ricercatori del passato avessero colto la specificità della sofferenza del migrante. Tuttavia siamo d'accordo con Beneduce (1998) quando afferma che "non esiste la nostalgia-malattia, e anzi bene sarebbe sbarazzarsi una volta per tutte dell'idea che vuole universale o inevitabile questa esperienza" (p.47), che, osserviamo noi, quando si manifesta rappresenta solo una delle possibili espressioni del più generale disagio del migrante.

Relazione tenuta al 2 Seminario Nazionale sul tema: "La tutela della salute dei lavoratori immigrati", Bologna, 4 dicembre 1999.

Bibliografia

² "Il nome tedesco indica il dolore dei malati che si trovano lontani dalla patria e di coloro che temono di non rivedere più la terra natale. I francesi, osservando gli svizzeri colpiti in Francia da questa sventura, hanno coniato la definizione di malattia della patria: e poiché essa malattia non ha alcun nome in latino, così ho pensato di chiamarla dal greco nostalgia, da nostos, il ritorno in patria, appunto, e algos, dolore o sofferenza" (Hofer, 1688 p.10).

- 1) Beneduce R. (1998), *Frontiere dell'identità e della memoria. Etnopsichiatria e migrazioni in un mondo creolo*, Franco Angeli, Milano.
- 2) Cristina E. e Martino C. (1997), *Riflessione sulle risposte dei Servizi Psichiatrici Dipartimentali dell'area torinese alle "nuove domande" di cura*, Intervento alla Giornata di Studio "Intervento psichiatrico e cultura. Problemi di diagnosi e di trattamento posti ai servizi psichiatrici dalla popolazione immigrata multietnica", Bologna 21 novembre 1997.
- 3) Cuzzolaro M. (1990), *Immigrati a Roma da paesi extracomunitari. Problemi di igiene mentale*. In: Barocci G., *Psicopatologia, cultura e pensiero magico*, Liguori, Napoli, 1990.
- 4) Devereux G. (1956), *Normale e anormale*.
In Devereux G., *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Gallimard, 1973.
(Tr. it. *Saggi di etnopsichiatria generale*, Armando Armando, Roma, 1978).
- 5) De Micco V., Cardamone G. (1991), *Il corpo che migra. Soggetto, malattia immigrazione*. In: Maciotti M.I., *Per una società multiculturale*, Liguori, Napoli, 1991.
- 6) Ferenczi S. (1931), *Aphoristisches zum Thema Totsein-Weibsein*.
In: *Bausteine zur Psychoanalyse*, H.Huber, Bern, 1939.
(Tr. it. in: Ferenczi S., *Fondamenti di psicoanalisi*, Guaraldi, Firenze, 1972).
- 7) Frigessi Castelnuovo D., Riso M. (1982), *A mezza parete. Emigrazione, nostalgia, malattia mentale*, Einaudi, Torino.
- 8) Frighi L. e Cuzzolaro M. (1987a), Immigrati a Roma da Paesi in via di sviluppo: problemi di igiene mentale, *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 1987, CXI, Suppl. al fasc.VI.
- 9) Frighi L. e Cuzzolaro M. (1987b) Ricerche e interventi di igiene mentale su una popolazione di immigrati a Roma, *Minerva psichiatrica*, 1987, 28, 179-183.
- 10) Hofer J. (1688), *Dissertatio Medica*.
Citato in: Frigessi Castelnuovo D., Riso M. (1982), op.cit.
- 11) Kraepelin E. (1904), Vergleichende Psychiatrie. Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 27: 433:437.
- 12) Jilek W.G. (1998), Psichiatria Transculturale, quo vadis? Sviluppi nel nostro campo in espansione, *Attualità in Psicologia*, 1998, 1.
- 13) Inglese S. (1996), Appunti per un'etnopsichiatria critica, *I Fogli di ORISS*, 1996, 5, 155-171.
- 14) Inglese S. (1999), *Etnopsichiatria ed etnopsicoterapia in tempo di guerra: nuove cartografie della migrazione, della fuga, della deportazione*.
In: Cardamone G., Inglese S., Zorzetto S., *Djon Djongonon. Psicopatologia e salute mentale nelle società multiculturali*, Edizioni Colibrì, Paderno Dugnano (MI), 1999.
- 15) Inglese S. e Peccarisi C. (1997), *Psichiatria oltre frontiera. Viaggio intorno alle sindromi culturalmente ordinate*, UTET, Milano.
- 16) Merini A. (1995), *Urgenza psichiatrica e immigrazione: un problema emergente nella società occidentale*, Relazione tenuta al IV Congresso Internazionale di Psichiatria d'Urgenza, Torino, 18-21 ottobre 1995, Atti in corso di stampa.

- 17) Merini A., Ridolfi M.E., Rizzuti E., Rubatta P., Santarini F., Vigherani A. (1999), *Le reazioni psicotiche acute nei migranti*.
In: Cardamone G., Inglese S., Zorzetto S., Djon Djongonon. *Psicopatologia e salute mentale nelle società multiculturali*, Edizioni Colibrì, Paderno Dugnano (MI), 1999.
- 18) Merini A., Santarini F., *L'esperienza del Centro Universitario di Psichiatria multi-etnica G. Devereux di Bologna*.
In: Losi N., *Vite altrove. Migrazione e disagio psichico*, Feltrinelli, Milano, in corso di stampa.
- 19) Nathan T. (1986), *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*, Bordas, Paris.
(Tr.it. *La follia degli altri. Saggi di etnopsichiatria*, Ponte alle Grazie, Firenze, 1990).
- 20) Parin P. (1979), L'io e i meccanismi di adattamento, *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1979, 1, 1-28.
- 21) Sartorius N. (1988), *Santé mentale et approximation culturelle: le cas du migrant*.
In: Arpin J., Comba L. e Fleury F. (a cura di), *Migrazione e salute mentale in Europa*, AM, Antropologia Medica, 1988, 4, 8-10.
- 22) Sylla O.e Mbaye M. (1990-1991), Psychopathologie et migration: à propos d'un cas de wootal, *Psychopathologie Africaine*, 1990-91, XXIII, 3, 353-364.
- 23) Terranova Cecchini R., Tognetti Bordogna M. (1992), *Migrare. Guida per gli operatori dei servizi sociali, sanitari, culturali e d'accoglienza*, Franco Angeli, Milano.
- 24) Tognetti Bordogna M. (1991), *La cultura della salute: gli immigrati di fronte ai servizi socio sanitari*.
In: Melotti U. (a cura di), *Stranieri in Italia: il caso lombardo*, Franco Angeli, Milano, in corso di pubblicazione.
- 25) Zanaboni L., comunicazione personale.

PROSTITUZIONE: L'AIUTO ALLA PERSONA TRA SANITÀ PUBBLICA E SICUREZZA URBANA

GIOVANNA DALLARI

LA PROSTITUZIONE DI STRADA NEL TESSUTO URBANO

Il quartiere Piave, Marghera, il quartiere Terraglio nonché i due Comuni limitrofi di Mogliano V.to e Preganziol situati lungo la direttrice che porta a Treviso sono i luoghi nei quali si sviluppa il mercato della prostituzione di strada e nei quali il nostro Servizio opera.

Il nostro monitoraggio ha rilevato che:

- 1) nel tessuto urbano citato si è sviluppato un mercato capace di far lavorare un centinaio di prostitute;
- 2) il 95% sono donne provenienti da paesi stranieri di cui il 70% nigeriane, il 15% albanesi e il 15% donne provenienti da paesi dell'Est Europeo (Romania, Ucraina, Ex Jugoslavia) accomunate da:
 - a) percorsi di clandestinità
 - b) giovane età
 - c) assoggettamento a sistemi di coercizione e sfruttamento
 - d) forte mobilità sul territorio;
- 3) una domanda (clienti) che per il 50% richiede prestazioni non protette;
- 4) il 5% della popolazione totale presumibilmente è composta da minorenni.

Rispetto al passato le modificazioni più evidenti sono:

- la sostituzione delle prostitute italiane con prostitute straniere;
- una forte espansione del mercato in generale con particolare riferimento per quanto riguarda l'offerta;
- una prostituta poco contrattuale con i clienti per la combinazione di tre fattori:
 1. scarsa professionalità (per molte di loro l'Italia rappresenta il primo luogo d'avvio alla prostituzione);
 2. condizioni di sfruttamento e di clandestinità;
 3. forte concorrenza tra le prostitute alimentata da un mercato dove l'offerta è superiore alla domanda;

Questa realtà che la prostituzione di strada esprime, orienta il nostro Servizio a considerare come oggetto dell'intervento, più che la prostituzione in sé, il fenomeno dell'immigrazione clandestina destinata allo sfruttamento nel mercato della prostituzione che è la forma concreta e storicizzata dell'attuale prostituzione di strada.

IL PROGETTO

Il Servizio "Città e Prostituzione" si avvale di un personale costituito da:

- un Responsabile cui spetta la gestione del Servizio e i rapporti istituzionali;
- una équipe cui spetta la progettazione e la realizzazione degli interventi in tutte le aree, composta da tre educatori, quattro mediatrici culturali (albanese, nigeriana, rumena, bulgara) e da una rappresentante del Comitato per i Diritti Civili delle Prostitute;
- un avvocato per le questioni legali;
- una consulente metodologica con riferimento alle varie esperienze europee (Tampep Europa)

- il Gruppo Abele per la supervisione dell'équipe e degli interventi;

attività mediante:

- un'unità mobile per uscite settimanali svolte da una équipe composta dagli educatori, mediatrici culturali e la collaboratrice operativa del Comitato per i Diritti Civili delle prostitute con compiti di contatto con le prostitute e distribuzione di materiali informativi in lingua e di profilassi;

- una sede operativa sita a Mestre in Via A. Costa 12 aperta al pubblico dal lunedì al venerdì dalle 10.00 alle 16.00 per il lavoro sociale, educativo e di comunità, con una segreteria telefonica in funzione 24 ore su 24.

obiettivi generali:

- a) Difesa della salute**
- b) Contrasto alla criminalità e allo sfruttamento**
- c) Prevenzione e mediazione dei conflitti territoriali**
- d) Aiuto alle persone in difficoltà**

Il Servizio assume l'immagine di un sistema composto da più sottosistemi o aree d'intervento autonome tra loro rispetto ad obiettivi, metodologie, strumenti, ma interagenti relativamente ai cambiamenti in quanto parte di un unico ambiente.

Le aree

- a) Area sanitaria**
- b) Area sociale**
- c) Area civica**
- d) Area legale**

INTERVENTO in AREA SANITARIA

L'esercizio della prostituzione legato a condizioni di clandestinità, marginalità sociale, sfruttamento, il rapporto squilibrato tra domanda e offerta, pongono le prostitute in situazioni a forte rischio per quanto riguarda le malattie infettive e quelle a trasmissione sessuale.

Il diritto all'assistenza sanitaria, per quanto riguarda tale ambito inclusa la tutela della maternità, pur essendo uno dei diritti riconosciuti dal nostro ordinamento giuridico anche per quei soggetti che non hanno diritto di cittadinanza, oltre a non essere quasi mai conosciuto dalle interessate, spesso non è neppure recepito da istituzioni e servizi predisposti a tali funzioni.

Ciò non sempre è da addebitarsi a disservizi o negligenza degli operatori o dei Servizi, ma a modalità operative che non prevedono operatori laddove emerge ed esiste il problema.

Seppur con motivazioni e modalità non omologabili, sull'esperienza delle unità di strada per la tossicodipendenza che hanno il compito di incontrare e lavorare con quell'importante fascia della tossicodipendenza che non accede ai servizi, il nostro Servizio ha previsto anche per la prostituzione di strada tale modalità operativa.

Contatto sulla strada, distribuzione di materiale informativo in lingua e di profilassi, accompagnamenti ai Servizi Sanitari, la mediazione linguistico culturale messa a disposizione dei Servizi Socio-Sanitari è il lavoro di trade union che l'équipe del Servizio svolge tra la comunità delle prostitute di strada e i Servizi Socio-Sanitari.

E' questo il punto di partenza per articolare un intervento di prevenzione non inteso come raccolta epidemiologica di dati, ma come processo che coinvolge comunità delle prostitute e servizi.

Per ottenere ciò è necessario lavorare su un doppio binario:

- con attività formative per peer educator , opinion leader, gruppi focus di prostitute in grado di funzionare come veicolo d'informazione e formazione per la comunità delle prostitute. Il metodo della peer education è di particolare importanza in una situazione di mobilità e breve stanzialità delle prostitute. Le peer educator sono le donne che possono contattare immediatamente le nuove arrivate, passare le prime informazioni sulla prevenzione, sull'uso dei condom, sull'esistenza del Servizio, sulle esperienze con i clienti e sui codici della strada.

- con i Servizi Socio-Sanitari affinché possano garantire un'accoglienza con operatori, tempi, risposte, luoghi in sintonia con le caratteristiche e le necessità del target.

OBIETTIVI SPECIFICI:

- ◆ **Favorire l'accesso delle prostitute straniere ai servizi sanitari interessati**
- ◆ **Prevenire la trasmissione dell'AIDS e delle malattie sessualmente trasmissibili.**
- ◆ **Prevenire le interruzioni volontarie di gravidanza come sistema anticoncezionale**
- ◆ **Favorire l'uso di sistemi contraccettivi**
- ◆ **Tutelare e sostenere la maternità responsabile**

METODOLOGIE

- ◆ Riduzione del danno
- ◆ Lavoro di rete con i servizi sanitari e socio-sanitari

AZIONI SVOLTE

- ◆ Distribuzione, mediante l'unità di strada, di materiale informativo in lingua e condom;
- ◆ Workshops;
- ◆ Accompagnamento ai Servizi Sanitari e Socio-Sanitari con l'ausilio della mediazione culturale;
- ◆ Counseling;
- ◆ Creazione di Protocolli d'intesa tra Aziende Sanitarie e Servizio.

INTERVENTO in AREA SOCIALE

Gli interventi socio-educativi a sostegno delle donne straniere che si prostituiscono e con particolare riferimento a quelle che chiedono di uscire dalle condizioni di coercizione e sfruttamento a fini sessuali assumono nel Ns. Servizio tanta importanza quanto quelli della prevenzione e tutela della salute e della riduzione della conflittualità tra cittadini e comunità di prostitute.

Il Servizio si pone l'obiettivo di attivare parte della comunità affinché questa risponda e/o si faccia carico degli enormi problemi di cui queste ragazze sono portatrici.

La giovane età, le condizioni di illegalità e marginalità sociale, la prostituzione quale unica situazione socio-economica possibile, lo sfruttamento a cui sono soggette, fa di queste donne immigrate illegalmente un soggetto portatore di bisogni tali (diritti, lavoro, casa, protezione...) che solo con una doppia progettualità che sensibilizzi la comunità locale da una parte (riconoscimento da parte della comunità dell'altro, del diverso, di chi è posto o si è posto in condizioni di marginalità sociale; lavoro con il mondo dell'associazionismo per la costruzioni di reti di solidarietà e il reperimento di nuclei familiari di prima accoglienza; sensibilizzazione del mondo del lavoro e della formazione...) e dall'altra una progettualità individualizzata che le sostenga affettivamente, legislativamente e socialmente, (il contenimento socio - affettivo, l'accompagnamento, la promozione dell'individuo e l'inserimento sociale e lavorativo), è possibile affrontare.

Sono percorsi che hanno il compito di favorire una comunicazione sociale tra soggetti della comunità locale e soggetti provenienti dal mondo della prostituzione di strada, a partire dalla tolleranza

e dalla convivenza civile e non come quasi sempre accade, dalle conflittualità alimentate dai bisogni contrapposti. **La comunità educa autoeducandosi.**

I progetti di integrazione sociale e lavorativa rappresentano quei dispositivi ad alta soglia che il Ns. Servizio mette in atto nei confronti di quante hanno la necessità o il desiderio di progettarsi in percorsi alternativi al mondo della prostituzione.

Alta soglia in quanto, per queste ragazze, la scelta di uscire dalla prostituzione non rappresenta esclusivamente il passaggio da una fonte di reddito ad un'altra, o dalla clandestinità alla legalità, bensì costruzione di relazioni sociali e lavorative, stili di vita, percezioni delle realtà, in forme del tutto nuove e di maggiori responsabilità individuali.

I progetti di integrazione sociale e lavorativa si articolano in più fasi e trovano realizzazione attraverso la costituzione di gruppi di auto-aiuto, accoglienza in nuclei familiari del territorio, relazioni significative con persone conosciute sulla strada (Clienti, papagiro...)

A titolo esemplificativo esponiamo i percorsi di integrazione sociale e lavorativa per coloro che escono dal mondo della prostituzione mediante denuncia e inserimento in nucleo abitativo di prima accoglienza. Proprio per le particolari, e spesso drammatiche, modalità in cui avviene la rottura con il mondo della prostituzione, la prima fase è centrata sulla sicurezza personale.

Si predispose un intervento di protezione di circa 10 - 15 giorni in alberghi, strutture pubbliche o private, famiglie. Qualora in questa fase si utilizzi una famiglia si tende a non utilizzarla anche per la prima accoglienza.

La maggior parte del tempo vede la ragazza impegnata con le forze dell'ordine, mentre per il Ns. servizio questo è un primo contatto dove si mette a disposizione un ambiente protetto, ci si occupa di rispondere ai bisogni di prima necessità della ragazza e si predispongono 2 - 3 incontri con la mediatrice linguistico - culturale.

E' questo un periodo di conoscenza reciproca. La fase della protezione rappresenta per la ragazza un momento di riflessione rispetto alla scelta fatta; infatti deve chiarirsi se tale scelta è maturata da una crisi momentanea che può trovare soluzione ancora dentro il mondo della prostituzione o se invece nasce dal rifiuto rispetto alla condizione di prostituta, mentre per il Ns. Servizio è di valutazione sul tipo di aiuto che è possibile attivare.

In questa fase, come anche nelle successive, la ragazza ha sempre l'opportunità di orientarsi e scegliere tra tre percorsi:

- il rientro in patria,

- il ritorno sulla strada,

- costruire con il Ns. Servizio un progetto educativo individualizzato mediante inserimento presso un nucleo abitativo del territorio.

Qualora la ragazza decida di optare per quest'ultima soluzione si attiva la seconda fase, anche questa della durata di 10 - 15 giorni. Essa è caratterizzata da :

- inserimento della ragazza presso l'appartamento delle mediatrici culturali;

- dall'analisi dei vincoli e delle risorse rispetto alla condizione giuridica, alla individuazione delle possibili risorse che il Servizio e la comunità locale può attivare nei suoi confronti, alla definizione di obiettivi reali e possibilmente raggiungibili;

- l'individuazione del nucleo familiare e primo inserimento finalizzato alla conoscenza.

In questo periodo educatori, mediatrice culturale, ragazza sono impegnati nel delineare un progetto educativo individualizzato finalizzato all'autonomia personale e al raggiungimento di quattro obiettivi:

- 1. regolarizzazione della posizione in Italia;**
- 2. inserimento lavorativo**
- 3. costruzione di una prima rete sociale di supporto**
- 4. soluzione abitativa.**

Mentre la ragazza e il nucleo familiare individuato sono impegnati sul fronte della reciproca conoscenza.

Conclusa questa seconda fase (che non può mai superare di molto i tempi prestabiliti, in quanto il senso di vuoto, l'assenza di una rete sociale, l'indeterminatezza rispetto al futuro, rischiano in ogni momento di compromettere qualsiasi iniziativa che non dimostri di saper realizzare qualcosa di concreto, di tangibile, di vantaggioso rispetto la scelta fatta), inizia l'accoglienza vera e propria preceduta da un contratto sottoscritto tra le parti (famiglia, ragazza, operatori del Servizio) che ha il compito di definire chi fa cosa, le modalità e i tempi di realizzazione degli obiettivi suindicati.

L'accoglienza ha una durata di sei mesi. Il Servizio si occupa dei rapporti con le forze dell'ordine e della magistratura per la regolarizzazione; eroga un sussidio di £. 500.000 mensili al nucleo per l'accoglienza; fornisce al nucleo familiare una supervisione rispetto alla relazione educativa. Al nucleo familiare viene richiesto la gestione della competenza educativa, è il nucleo che assieme alla ragazza regola e gestisce la quotidianità.

E' da segnalare che la famiglia che offre l'ospitalità non può fornire anche il lavoro. E' necessario che l'inserimento presso il nucleo abitativo sia funzionale al sostegno educativo e all'integrazione sociale e lavorativa della ragazza e non viceversa, cioè che la ragazza sia funzionale ai bisogni della famiglia (colf, assistenza a persone anziane o portatrici di handicap). I suddetti lavori se svolti presso la famiglia ospitante possono riprodurre modelli di sfruttamento. Il rischio è che la ragazza passi da uno sfruttamento a fini sessuali a uno sfruttamento sociale e lavorativo.

La regolarizzazione e l'inserimento lavorativo solitamente sono raggiungibili entro i primi tre mesi di accoglienza per cui nel rimanente periodo di accoglienza si lavora per

1. rafforzamento delle autonomie acquisite
2. compartecipazione da parte della ragazza alle spese che l'accoglienza prevede
3. chiusura del contratto e dell'accoglienza.

Quest'ultimo punto è un passaggio molto delicato in quanto i coinvolgimenti affettivi creatisi tra le parti potrebbero bloccare lo sviluppo delle prime autonomie della ragazza tramutando l'accoglienza in adozione. L'investimento e i ricatti affettivi, il lutto della separazione, il senso di abbandono, la paura di non aver fatto abbastanza rispetto ad obiettivi parzialmente o non ancora raggiunti, possono innescare da parte della ragazza momenti di regressione rispetto all'autonomia personale, e chiusure di tipo protettivo da parte del nucleo familiare.

La fuoriuscita dal nucleo di prima accoglienza qualora avvenga senza che la ragazza abbia raggiunto la completa autonomia prevede l'affiancamento di operatori o Servizi rispondenti agli obiettivi non completamente raggiunti. Il Nostro Servizio conclude così la presa in carico, ma continua a monitorare il percorso di integrazione della stessa per un ulteriore anno e mezzo. Solo a questo punto il nostro Servizio ritiene realizzata la fuoriuscita dal mondo della prostituzione e la piena integrazione sociale e lavorativa.

FINALITA': contrastare i sistemi di coercizione e sfruttamento correlati alla prostituzione straniera di strada.

OBIETTIVI SPECIFICI:

- ◆ **Favorire processi di scelta (autodeterminazione)**
- ◆ **Sostenere chi chiede di uscire da condizioni di sfruttamento a fini sessuali**

METODOLOGIE:

- ◆ Lavoro di rete istituzionale e non
- ◆ Animazione di comunità
- ◆ Progetti di integrazione sociale e lavorativa
- ◆ Progetti di rimpatrio volontario ed assistito

AZIONI SVOLTE

- ◆ Colloqui individuali;
- ◆ Accompagnamenti ai Servizi;
- ◆ Reperimento delle famiglie;
- ◆ Sostegno alle famiglie rispetto alla relazione educativa;
- ◆ Accoglienza delle domande, informazione e orientamento;
- ◆ Interventi di protezione;
- ◆ Prima accoglienza in nuclei familiari o strutture;
- ◆ Progetti educativi individualizzati;
- ◆ Inserimenti a corsi di alfabetizzazione e formazione professionale;
- ◆ Aiuto nel costruire reti alternative alla prostituzione;
- ◆ Partecipazione al tavolo di coordinamento nazionale sulla prostituzione e tratta;
- ◆ Partecipazione al coordinamento del triveneto sulla prostituzione e sulla tratta;
- ◆ Sviluppo un tavolo di coordinamento degli uffici provinciali del lavoro del Veneto per quanto riguarda l'inserimento lavorativo di persone con permesso di soggiorno per giustizia;
- ◆ Rimpatri assistiti.

PRESE IN CARICO ANNO 1999

| | |
|--|-------------|
| REGOLARIZZAZIONE, PROGETTO DI INTEGRAZIONE SOCIALE SOCIALI E LAVORATIVA | ➔ NIGERIA 1 |
|--|-------------|

| | |
|--|-------------|
| REGOLARIZZAZION E PROGETTO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO | ➔ NIGERIA 1 |
|--|-------------|

| | |
|--|---------------------------------------|
| PROTEZIONE,REGOLARIZZAZIONE, PROGETTO DI INTEGRAZIONE SOCIALE E LAVORATIVA | ➔ UCRAINA 2 ALBANIA 1 ROMANIA 1 |
|--|---------------------------------------|

| | |
|--|-------------|
| PROGETTO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO | ➔ NIGERIA 3 |
|--|-------------|

| | |
|---|-------------|
| PROGETTO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO, INVIO ALTRI SERVIZI | ➔ NIGERIA 1 |
|---|-------------|

| |
|-----------|
| TOTALE 10 |
|-----------|

INTERVENTO in AREA CIVICA

Il lavoro sui diritti (salute, autodeterminazione) e le politiche di integrazione e di accoglienza hanno rappresentato in questi tre anni di lavoro la risposta alle emergenze più evidenti che il fenomeno sociale della prostituzione di strada ha posto alle nostre collettività, la mediazione dei conflitti sociali e di comunità rappresenta la strada per uscire dalla fase emergenziale, collocare cioè il lavoro degli operatori sociali nei luoghi dove emerge la conflittualità affinché l'arte dell'aiuto nei confronti dei soggetti più svantaggiati, in questo caso la comunità delle prostitute di strada, si riqualifichi in arte della mediazione.

E' questa la nuova frontiera delle possibili politiche sociali che una amministrazione cittadina può attivare rispetto alla complessità di un fenomeno sociale, non più e non solo come mero erogatore di servizi a tutela dei più svantaggiati, ma soprattutto mediatore tra i bisogni e le istanze di tutti i soggetti in conflitto.

Il conflitto quindi come riconoscimento di tutte le parti e, affinché non generi emergenze sociali è necessario creare spazi per la rielaborazione collettiva delle tensioni.

La mediazione, lontana dal porsi in atteggiamento salvifico, quello cioè di chi pretende di agire per risolvere, è portatrice di un profondo senso del limite, aiuta a rendere sopportabile per i diversi attori in gioco la fatica e la sofferenza generata dal conflitto.

Da questo punto di vista la mediazione è l'arte dell'aiuto ad apprendere e a cambiare nelle situazioni di conflitto in vista di un bene comune e non l'esclusione o la negazione di chi è portatore di bisogni ed istanze altre dalle proprie.

Aiutare ad aiutarsi è questa l'area di intervento, il compito per ogni operatore che si confronta con un fenomeno sociale nella sua complessità.

FINALITA': ridurre la conflittualità tra prostituzione di strada e cittadinanza coinvolta.

OBIETTIVI SPECIFICI:

- ◆ **Intervenire sugli elementi che acutizzano la conflittualità;**
- ◆ **Mettere a confronto i punti di vista dei vari attori per una rielaborazione collettivi in vista di una possibile convivenza;**
- ◆ **Offrire consulenza a chi deve prendere delle decisioni su come ridurre la conflittualità.**

METODOLOGIE:

- ◆ Riduzione del danno in campo civico
- ◆ Interventi di sviluppo di comunità

AZIONI SVOLTE

- ◆ Accoglienza delle proteste dei comitati dei singoli cittadini
- ◆ Progetti di arredo urbano
- ◆ Indicazioni e consigli ai gruppi delle prostitute sugli elementi che generano conflittualità con la cittadinanza (luoghi di lavoro, comportamento in strada, condom gettati per terra,...)
- ◆ Articoli periodici con la stampa locale sull'andamento del fenomeno (Nuova Venezia, Gazzettino, Gente Veneta)
- ◆ Serie di trasmissioni radiofoniche a tema sul fenomeno della prostituzione ogni sabato mattina per tutto il periodo estivo '98 (radio popolare base Network)
- ◆ Interviste, partecipazioni a trasmissioni radiofoniche e televisive locali, nazionali e internazionali previo accordo e in sintonia con gli obiettivi del progetto
- ◆ Incontri periodici con la cittadinanza attraverso i consigli di quartiere per i problemi legati al fenomeno

- ◆ Formazione e consulenza a servizi, istituzioni e associazioni che lavorano o intendono lavorare col fenomeno sociale della prostituzione

INTERVENTO in AREA LEGALE

Gli aspetti giuridici e normativi, per chi affronta la complessità del fenomeno sociale dell'attuale prostituzione di strada e pone al centro delle proprie azioni i diritti in campo sociale, sanitario e civico, assumono una posizione di rilievo tale che ci ha portato a costituire un'area specifica propria.

Non ausilio, supporto, o dispositivi a favore dell'area sanitaria, sociale, civica, ma elaborazione di una strategia che trova la propria legittimità e natura nel diritto.

Da sempre una persona straniera è deviante rispetto ai codici scritti e non, morali o civili del paese la ospita, specialmente per paesi come l'Italia, dove l'immigrazione è un fenomeno recente. Se in più queste persone sono clandestine e trovano nella prostituzione l'unica forma d'economia possibile, ecco che la devianza alle regole spesso diventa illegalità o reato.

Le prostitute straniere di strada sono spesso vittime di sfruttamento ed essendo inoltre i soggetti più deboli ed esposti di tale mercato, sono anche le persone maggiormente colpite dalle azioni repressive.

Questo avviene non perché si prostituiscono, che in Italia non è reato, ma in quanto le loro condizioni di clandestinità e sfruttamento le portano a commettere reati quali: l'ingresso clandestino in territorio italiano, apologia di reato per dichiarazioni di false generalità, ricettazione per uso di documenti falsi, favoreggiamento alla prostituzione, ...

Tutelare i diritti civili e umani fra chi si prostituisce significa confrontarsi su un piano di legalità con chi non la pratica, e tenere una porta sempre aperta alle denunce di qualsiasi sfruttamento a partire da una neutralità (i diritti) e non da una pericolosa e moralistica posizione salvifica

FINALITA': Tutelare i diritti civili ed umani fra chi si prostituisce

OBIETTIVI SPECIFICI

- ◆ **Fornire consulenza e patrocinio legale a chi denuncia i propri sfruttatori e i sistemi di coercizione**
- ◆ **Attuare un coordinamento con l'apparato giudiziario e le forze dell'ordine nella gestione delle persone che denunciano lo sfruttamento**

METODOLOGIE

- ◆ Lavoro di rete

AZIONI SVOLTE

- ◆ Informazioni sulla legislazione in materia di prostituzione e d'immigrazione;
- ◆ Consulenze legali rispetto alla legislazione in campo sanitario, sociale e civico;
- ◆ Informazioni e consulenze rispetto alla regolarizzazione;
- ◆ Sostegno e patrocinio legale a persone vittime di sfruttamento a fini sessuali;
- ◆ Promozione di un tavolo di coordinamento tra Prefettura, Comune, Questura, Comando dei Carabinieri;

IMMIGRATI EXTRACOMUNITARI E HIV: I RISULTATI DI UNA RICERCA.

STEFANO VOLPICELLI
ricercatore LILA Nazionale

Premessa

Nel 1998 la Commissione Europea – Direzione Generale V, ha finanziato un Progetto grazie al quale quattro Associazioni di lotta all'AIDS europee (LILA in Italia, AIDES in Francia, FEES in Spagna e ABRACO in Portogallo) hanno potuto indagare il tema dell'HIV/AIDS in tre differenti contesti: salute dell'immigrazione, diritti delle persone sieropositive e consumo di sostanze stupefacenti per via endovenosa. Per quanto riguarda la salute degli immigrati, le quattro associazioni hanno condotto una ricerca per valutarne il livello d'informazione e protezione rispetto all'HIV/AIDS. In questo scritto i principali risultati della ricerca condotta in Italia.

Obiettivi

La raccolta di elementi di approfondimento sulla relazione intercorrente fra HIV/AIDS e soggetti migranti nel nostro Paese è la finalità della ricerca. Relazione non ancora spiegata a causa della marcata dinamicità e variabilità del fenomeno migratorio che ha interessato l'Italia. Immigrati in cerca di un'occupazione stabile o di lavori stagionali, profughi, rifugiati e individui che intendono sfruttare la penisola solo come “ trampolino ” per raggiungere altri Paesi Europei sono le sue espressioni. Mentre la percentuale di cittadini stranieri sul totale della popolazione italiana è del 2.5%, la percentuale dei casi notificati di AIDS dal 1982 al 1999 che riguarda persone provenienti da Paesi in via di sviluppo è stata del 4.5%; ma la proporzione è cresciuta dal 3.0% nel periodo 1982/93 al 10% nel 1999. Dal momento che il fenomeno migratorio è destinato a crescere ulteriormente nei prossimi anni (a causa dell'invecchiamento progressivo della popolazione italiana con relativo calo demografico), è fondamentale mettere a punto strumenti di conoscenza e intervento per arginare il virus HIV soprattutto fra le popolazioni cd “mobili”.

Metodologia

Studio quali-quantitativo multicentrico – Roma, Milano, Padova e Catania – con l'ausilio di questionari strutturati a risposta chiusa e *focus group*.

Il questionario è stato ricavato da una versione preparata dall'Istituto Statistico Francese IFOP, già utilizzato dall'Associazione francese *Aides* in una precedente indagine. E' stato adattato e validato con la collaborazione del National Focal Point Italiano sul tema AIDS e immigrazione, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, telefono verde. I questionari sono stati somministrati da mediatori linguistici culturali all'interno delle comunità di provenienza.

Per l'elaborazione e l'analisi dei dati sono stati applicati modelli di statistica descrittiva come distribuzione di frequenze, percentuali, incroci e induttiva grazie ad analisi delle correlazioni semplici e fattoriale.

Descrizione del campione

Sono stati raccolti 478 questionari così suddivisi:

- 37.4% femmine, 57.5% maschi con un 5% di mancate risposte;
- il 22.4% del campione ha meno di 24 anni, il 45% si colloca nella fascia 25-34, il 25.3% è relativo alla fascia 35-44 e il 6.7% ha più di 45 anni;
- il 18.8% del campione proviene dall'est europeo, il 40.8% dall'Africa, il 17.4% dall'Asia e il 22% dall'America latina.

Principali risultati ottenuti

L'informazione: la maggioranza del campione si ritiene sufficientemente informato sulle modalità di trasmissione dell'AIDS: il 12.3% risponde “molto” e il 48.3% “abbastanza”. La principale fonte di

informazione è la televisione (48.1% indicata come prima fonte utile), seguita dalle discussioni con amici, parenti e conoscenti (45%, indicata come terza fonte utile) e dai giornali (40.5% indicata come seconda fonte utile). Le campagne di prevenzione italiane sono giudicate abbastanza (55.4%) e molto (17.9%) comprensibili, anche se il 53.1% del campione non si ricorda di averle viste. Sul versante delle informazioni approfondite, dettagliate sul tema dell'AIDS la percentuale diminuisce: solo il 24.9% del campione ne riceve, principalmente dai servizi sociosanitari (58%) e dai medici italiani (28.6%).

La relazione rispetto all'AIDS: di AIDS si parla (62.3% di risposte affermative) specialmente fra amici (79.2%), in famiglia (23.8%) e sul luogo di lavoro (26.5%). E' un tema che inquieta "molto" il 56.9% del campione mentre solo il 7.7% risponde "per niente". Il 25.5% del campione ritiene di essersi esposto al rischio di contagio, soprattutto attraverso rapporti sessuali non protetti (58.2%). In generale il 62.8% dei rispondenti dichiarano di proteggersi contro l'AIDS, principalmente utilizzando preservativi (63.7%). Per coloro che dichiarano di non proteggersi, le motivazioni sono: non mi riguarda (20.4%), non ho rapporti sessuali (30.3%) perché sono fedele (30.3%) perché sono fiducioso nel partner (26.3%).

Il test: il 31.8% dei rispondenti ha fatto il test, il 14.9% più volte. Il 57.9% ha ricevuto un colloquio informativo, e il test non ha di fatto modificato i comportamenti (64.5%). Tra coloro che hanno dichiarato di aver modificato i comportamenti dopo aver fatto il test (33.6% del totale) di questi il 45.1% dichiara di fare maggiore attenzione nei rapporti sessuali, il 29.4% utilizza il preservativo.

L'analisi delle correlazioni semplici ci fornisce ulteriori elementi di riflessione:

un buon livello di informazione è altamente correlato con l'accesso al test antiHIV; soprattutto per coloro che ricevono informazioni dettagliate presso i servizi socio sanitari. Inoltre vi è una buona correlazione fra chi si ritiene informato e l'uso del profilattico durante i rapporti sessuali.

Tanto i giovani, quanto i più anziani sono poco informati. I più giovani sembrano in generale essere i più a rischio: non si ritengono ben informati sulle vie di trasmissione, ne parlano poco, sia con i coetanei sia con i famigliari, non usano protezioni nei rapporti sessuali e, nel caso di bisogno, non saprebbero neanche dove rivolgersi.

L'aver visto campagne informative in Italia si traduce in una maggiore attenzione al test. Purtroppo non tutti (in particolare coloro che hanno titoli di studio più elevati) considerano le campagne italiane comprensibili agli stranieri. Essersi esposti al rischio di contagio è comunque un buono stimolo per accedere al test e alla modifica dei comportamenti a rischio. Quest'ultima avviene più facilmente se al test viene associato un counselling. Purtroppo la paura del risultato rimane un forte deterrente a sottoporsi al test antiHIV, e ciò riguarda soprattutto coloro che temono di aver corso rischi nei rapporti sessuali.

Conclusioni

I risultati scaturiti dall'analisi dei questionari sono un campanello di allarme per quanto riguarda la relazione fra immigrazione e AIDS nel nostro Paese. Si registra infatti una distanza fra gli strumenti di informazione e i presidi sociosanitari in risposta all'HIV/AIDS e i soggetti provenienti da altri Paesi. Gap che è tanto più pericoloso quanto più riguarda le fasce giovanili della popolazione immigrata, che si apprestano ad essere le più sessualmente attive. Del resto vi è un elemento critico alla base, rappresentato dalla soglia di accesso ai servizi sanitari, giudicata troppo "alta" dai rispondenti al questionario (il 62.8% giudica difficile il rapporto con i servizi sociosanitari). Più che il timore rappresentato dal rischio di "importazione" del virus, appare più probabile il rischio di contagio nel nostro Paese, causato da quegli elementi di "disgregazione" affettiva che vivono coloro che provengono dall'estero. Per evitare il propagarsi del virus HIV è quindi necessario che, oltre alla corretta e ampia applicazione della Legge 286/98, i servizi "vadano incontro" all'immigrato nel pieno rispetto della sua cultura sanitaria.

**CAUSE E TIPOLOGIA DI MORTE IN SOGGETTI
EXTRACOMUNITARI NEL SETTORATO MEDICO-LEGALE DI PALERMO
- ANNI 1993-99.**

L. MILONE, M. MELI, L.A. D'ANNA, P. PROCACCIANTI.

Istituto di Medicina Legale e delle Assicurazioni

Università degli studi di Palermo

Direttore: Prof. Paolo Procaccianti

L'Istituto di Medicina Legale e delle Assicurazioni dell'Università di Palermo, praticamente da sempre, svolge attività autoptica per conto dell'Autorità Giudiziaria e da quasi venti anni il servizio di visita esterna per conto della Procura della Repubblica di Palermo.

In particolare, ai fini di una maggiore partecipazione degli Specializzandi alle attività pratiche nell'ambito della didattica del Corso di Specializzazione, l'esecuzione delle visite esterne, da circa otto anni, viene svolta dagli Specializzandi, che seguono, poi, il personale strutturato nello svolgimento delle relative incombenze autoptiche.

A tal proposito, il settore palermitano comprende un territorio che va oltre la sola provincia di Palermo, comprendendo, in pratica, quasi tutto il Distretto della Corte d'Appello di Palermo e quindi le province di Palermo, Trapani, Agrigento e parte di quella di Caltanissetta.

Dei casi osservati in occasione della visita esterna per conto dell'Autorità Giudiziaria non viene sempre tenuta una completa documentazione, potendosi precisare comunque che le nostre osservazioni su richiesta dell'Autorità Giudiziaria di Palermo riguardano più di 300 decessi all'anno.

Per quanto concerne, invece, l'attività autoptica svolta per conto dell'Autorità Giudiziaria, i casi vengono raccolti, registrati e computerizzati sia per motivi statistici generali che per gli aspetti conoscitivi dei singoli casi.

Ai fini della presente nota, è stato analizzato il periodo compreso tra gli anni 1993 – 1999, raccogliendo, tra tutti i casi osservati nel Settore, quelli concernenti decessi o meglio autopsie eseguite per conto della Autorità Giudiziaria su cadaveri di soggetti extracomunitari.

In particolare sono stati osservati e presi in considerazione i seguenti elementi:

- * Numero complessivo dei casi differenziati per età e sesso;
- cause del decesso;
- tipologia del reato;
- distinzione tra casi provenienti da Palermo e provincia e casi di altre provincie afferenti al nostro settore;
- le modalità di attuazione per i casi di omicidio;
- la nazionalità del soggetto.

Tabella 1 - Autopsie giudiziarie

AUTOPSIE DEL SETTORATO NEL PERIODO 1993-99

| Provincia | Autopsie | Extra Comunitari |
|------------------|-----------------|-------------------------|
| Palermo | | 28 |
| Trapani | | 20 |
| Agrigento | | 7 |
| Caltanissetta | | 2 |
| TOTALE | 1201 | 57 |

Tabella 2 - Autopsie giudiziarie

DISTRIBUZIONE PER ETA' E SESSO

| Età (anni) | Maschi | Femmine | n tot. |
|-------------------|---------------|----------------|---------------|
| 0-20 | 7 | 2 | 9 |
| 21-30 | 24 | 1 | 25 |
| 31-40 | 13 | 2 | 15 |
| 41-50 | 4 | - | 4 |
| 51-60 | 2 | - | 2 |
| 61-70 | - | 1 | 1 |
| 71-80 | 1 | - | 1 |
| 81-90 | - | - | - |
| >90 | - | - | - |
| Totale | 51 | 6 | 57 |

Tabella 3 - Autopsie giudiziarie**CAUSE DI MORTE**

| Cause di decesso | n di casi |
|-------------------------|------------------|
| Arma da fuoco | 8 |
| Arma bianca | 6 |
| Corpo contundente | 1 |
| Elettrocuzione | 1 |
| Lesioni da calore | 4 |
| Grandi traumatismi | 8 |
| Asfissia | 17 |
| "caprettamento" | 1 |
| Morte da droga | 2 |
| Cause naturali | 8 |
| TOTALE | 57 |

Sulla scorta dei dati raccolti, si osserva come le autopsie su soggetti extracomunitari siano quantitativamente inferiori (5 % circa) rispetto alle autopsie eseguite su soggetti appartenenti a popolazione autoctona; inoltre, il numero di autopsie nel corso degli anni si è mantenuto pressochè costante percentualmente rispetto al totale delle autopsie, tranne un maggior picco registrato nel 1998 a causa di uno sbarco clandestino che si è risolto con elevato numero di decessi (8 casi).

La maggiore concentrazione di decessi è stata osservata nella provincia di Palermo e poi in quella di Trapani, probabilmente perché nella prima vi è un maggiore insediamento stanziale di soggetti extracomunitari mentre nella seconda vi è sicuramente un maggior afflusso almeno come luogo di transito per soggetti provenienti legalmente od illegalmente dall’Africa (aree costiere di Trapani, Marsala, Mazara del Vallo e Pantelleria).

Per quanto concerne la distribuzione per “età” dei casi si tratta in genere di soggetti in età adulta per lo più giovani, rappresentando la fascia compresa fra i 21 e i 40 anni quella più cospicua (70% del totale); da rilevare come le altre fasce di età (in particolare quelle più anziane) siano poco rappresentate, in considerazione del fatto che generalmente la popolazione immigrata risulta composta da soggetti giovani adulti in età occupazionale, conformemente a quelli che sono i risultati del settore.

Osservando poi la distribuzione per Paesi di provenienza occorre rilevare come la maggioranza dei casi concerne soggetti provenienti dai Paesi del Nord e Centro Africa, e ciò in accordo ai dati emergenti dalle statistiche nazionali, che vedono proprio in Sicilia uno degli indici più elevati per permessi di soggiorno richiesti da soggetti provenienti dai Paesi Africani, rispetto ad altri (dati ISTAT 1998 e “Caritas” di Roma 1999).

Da sottolineare un elevato numero di casi (11%) che riguarda decessi di soggetti provenienti dallo Sri Lanka, registrati esclusivamente nella provincia di Palermo ove esiste una forte rappresentanza etnica.

In alcuni casi è stata segnalata una certa percentuale (11%) di casi di soggetti extracomunitari, provenienti però da Paesi dell’Est, a conferma del flusso migratorio

che da questi Paesi ha interessato la nostra Nazione ed anche la nostra Regione, sia pure in misura minore (dati ISTAT 1998).

Circa le cause di morte, si fa subito rilevare come elevata sia la percentuale di decessi per cause “violente” (di natura omicidiaria, suicidiaria, accidentale) rispetto ai decessi per cause “naturali” (14% del totale). In questo ambito sono da considerarsi casi intervenuti in neonati (SIDS: 2 casi) ed in adulti specie per cause cardiache (50% dei decessi per cause naturali).

Per quanto concerne i decessi per causa “violenta” si tratta per lo più di casi di omicidio che, secondo varie modalità concorrono per quasi il 30% alla globalità dei decessi, osservandosi anche una discreta percentuale di eventi di natura suicidiaria (circa il 17%) ed anche di tipo accidentale (23%).

Nell’ambito dei decessi di tipo accidentale riteniamo dover segnalare alcuni casi che sono occorsi in occasione di flussi clandestini intervenuti negli anni 1998-99 che hanno riguardato 9 decessi in occasione di sbarchi e 4 decessi intervenuti all’interno di centri di accoglienza per immigrati.

In particolare nel primo caso, sono stati registrati ben 8 decessi per annegamento durante uno sbarco avvenuto nelle acque di Pantelleria, nel corso del quale i soggetti, tutti provenienti dalla Sierra Leone, sono stati lasciati in mare da spregevoli trasportatori prima di pervenire a riva, annegando tutti nelle poche decine di metri che li separavano dalla sperata meta, nonché un altro caso intervenuto pure a Pantelleria, venendo il soggetto schiacciato dal mezzo dal quale stava sbarcando, riportando mortale trauma toraco-addominale per compressione tra la paratia della barca e la scogliera.

Nel secondo caso, abbiamo voluto invece raccogliere 4 casi di decessi intervenuti nei centri di accoglienza di Agrigento (un decesso nel 1998 per encefalite di sospetta natura virale) e di Trapani (3 decessi per gravissime ustioni riportate in occasione di un incendio provocato dagli stessi per protesta per i luoghi ove venivano ristretti).

Questi casi documentano quindi come drammatica possa essere la realtà dei trasporti e degli sbarchi per soggetti che pervengono sulle nostre coste, nonché delle inadeguate condizioni di tipo igienico-ambientale delle strutture cui è demandata l’accoglienza e l’assistenza di questi soggetti.

In tema di decessi di natura suicidiaria si fa rilevare come la distinzione sia praticamente eguale tra annegamento e precipitazione, con lieve prevalenza dell’impiccamento (per lo più in soggetti ristretti in carcere) risultando del tutto assenti suicidi attuati mediante mezzi chimici o fisici.

Per quanto riguarda i decessi intervenuti per infortuni sul lavoro, si è trattato di soggetti giovani adulti in piena età lavorativa (deceduti per folgorazione o precipitazione), addetti a lavori di tipo edile (come confermato dai riscontri delle indagini), in linea con i dati già conosciuti circa l’impiego di immigrati clandestini in cantieri edili, spesso privi di copertura assicurativa e conoscenze sull’attività che dovranno svolgere e dei relativi presidi anti-infortunistici.

Venendo poi al campo maggiormente rappresentato, quello degli omicidi, si rileva subito come nella maggioranza dei casi si tratti di omicidi commessi con armi da fuoco o con armi bianche; non mancano anche casi di tristi e macabri rituali di stampo mafioso: è il caso del cosiddetto “caprettamento”, o

casi di soggetti uccisi e poi dati alle fiamme, per distruggerne il cadavere, conformemente a quanto già da noi osservato e descritto come casi tipici della fenomenologia mafiosa degli ultimi decenni.

In riferimento all'impiego di armi da fuoco nel caso degli omicidi osservati si fa presente come in alcuni casi i soggetti extracomunitari siano rimasti vittime o di gruppi mafiosi (generalmente collegati al traffico di sostanze stupefacenti) o di situazioni locali (per es. "punizione" per aver pascolato abusivamente le greggi loro affidate), ma non risultano mai impiegate armi da fuoco nell'uccisione di soggetti extracomunitari tra di loro.

Infatti, gli omicidi con utilizzo di armi bianche hanno sempre riguardato casi di vittime ed aggressori extracomunitari rivestendo a nostro avviso tale elemento carattere tipico legato a due semplici considerazioni: da un lato la più facile reperibilità del coltello rispetto ad un'arma da fuoco anche sotto il profilo economico, dall'altra il rispetto di un rituale di natura culturale.

In conclusione, da quanto emerso dal nostro breve studio sulla fenomenologia dei decessi osservati nel nostro settore, riteniamo che possano trarsi utili indicazioni che meglio possono chiarire le cause criminogenetiche, ambientali, igienico-sanitarie relativi ai decessi che si sono verificati nell'arco degli ultimi sette anni nella popolazione di soggetti extracomunitari presenti nella Sicilia occidentale.

INDAGINE SULLA POPOLAZIONE EXTRACOMUNITARIA IRREGOLARE FREQUENTATRICE DELL'AMBULATORIO NAGA (MILANO) NEL PERIODO GENNAIO- MARZO 1999 E RAFFRONTO CON INDAGINI PRECEDENTI : DATI SOCIO- DEMOGRAFICI E SANITARI

**P.OLIVANÍ *, G.CANTONI *, A.DANGELO *, A.DE MATTEO *, B.FANTOLA *,
S.MELONI (* Volontari associazione Naga - Milano)**

INTRODUZIONE

La presenza dell'immigrato rappresenta per la sanità italiana un problema relativamente nuovo. L'impatto con questa utenza è stato, sino a poco tempo fa, trascurato e ritardato anche dalla politica di clandestinizzazione tuttora operante nel nostro paese. Nella legislazione recente si è finalmente affrontato il problema nell'ottica dell'affermazione di un diritto, con un risultato teorico eccellente: l'Italia è ora, alla luce del Decreto legislativo 286/98, la prima nazione al mondo in cui ogni uomo, al di là di tutte le distinzioni, ha diritto alle cure mediche.

L'applicazione di questa legge permane difficoltosa: la sua estrema novità ed il ritardo con cui viene divulgato il regolamento di applicazione, favoriscono le posizioni minoritarie di chi vuol lasciare queste problematiche nell'indeterminatezza.

Risolto comunque il problema del "diritto alla salute", occorrerà affrontare quello della "salute nel rispetto delle diversità". La nostra medicina occidentale è chiamata a riscoprire alcuni valori, quali l'importanza del rapporto medico-paziente e la visione olistica anziché settoriale della patologia da trattare, valori che risultano molto spesso trascurati in nome di una visione esclusivamente tecnologica.

In considerazione di quanto detto, acquista notevole interesse l'esperienza accumulata dalle associazioni del volontariato sanitario, quali il nostro Naga di Milano, che hanno per prime affrontato il problema "salute dell'immigrato" proprio nei settori più marginali, quali quelli dell'immigrazione clandestina. La raccolta dei dati riguardanti l'attività sanitaria svolta dal volontariato, pur se parziale, (vedi ad esempio la difficoltà di eseguire indagini anamnestiche approfondite per l'inopportunità o la difficoltà di comunicazione, la limitatezza dei mezzi diagnostici, la mancanza di denominatori, relativa alla reale presenza degli stranieri sul territorio, che impedisce di quantizzare in termini di incidenza le singole patologie), questa raccolta, dicevamo, rappresenta comunque la fonte di notizie più diretta sulle patologie dell'immigrato e quindi anche un indispensabile strumento per la prossima presa a carico dello straniero malato da parte della struttura pubblica.

MATERIALI E METODI

I dati provengono dalla cartella clinica abitualmente in uso presso l'ambulatorio NAGA.

I dati sanitari sono stati elaborati per problema (metodo SOAP); le codifiche usate sono quelle della "International classification primary care" (ICPC) nella sua versione italiana. Questa classificazione permette di codificare le diagnosi, o in mancanza il sintomo principale della malattia. Le codifiche sono composte da una lettera che individua l'apparato (respiratorio, cutaneo ecc.), da un numero che si riferisce al tipo di malattia (infettiva, traumatica ecc) e da un altro numero che individua la malattia stessa. I dati sono stati successivamente inseriti in un archivio computerizzato, sottoposti a controllo qualitativo ed elaborati utilizzando il programma File Marker. Alcune visite non hanno individuato sicuri problemi medici (come le visite esclusivamente per motivi burocratici, per invio ad altri specialisti, per valutazione esami o prescrizione farmaci); in un numero

ristretto di casi poi non è stato possibile attribuite alcuna codifica al problema per incompletezza della cartella o perché illeggibile.

I dati presi in esame riguardano solo i pazienti che si sono rivolti al Naga per la prima volta nel periodo 1 gennaio - 31 marzo 1999. E' stato considerato il primo episodio di malattia ed anche gli altri successivi se presenti, purchè verificatisi nel lasso di tempo considerato.

Nei grafici sono riportati, come confronto, anche i dati relativi alle nostre ricerche precedenti, relative agli anni 1991,1993-94 e 1997.

RISULTATI

VISITE TOTALI

Le visite/anno previste per il 1999 sono ancora in aumento rispetto agli anni precedenti; rappresentano il numero più alto mai effettuato in Italia da questo tipo di ambulatori. Considerando che la richiesta di visite negli anni precedenti é stata di 2,2 visite/anno/paziente, si deduce che il Naga sta curando nel 1999 una popolazione di circa 9.000 immigrati irregolari.

[La popolazione di Extracomunitari irregolari nella provincia di Milano comprendeva, nel dicembre 1998, circa 75.000 persone su un totale di 3.600.000 abitanti fra cui 210.000 immigrati regolari. 62.000 dei 75.000 irregolari hanno presentato domanda di sanatoria: ciò dà loro diritto a fruire dell'assistenza sanitaria pubblica. (dati dell'Osservatorio del Comune di Milano, modificati)].

PRIME VISITE

L'indagine è stata condotta, come si è detto, solo sui nuovi pazienti (= prima visita). Risulta così che nel gruppo di 5055 visite totali eseguite presso il nostro ambulatorio nel periodi gennaio - marzo 1999, sono stati elaborati solo i dati relativi a 1605 pazienti (quelli presentatisi al Naga per la prima volta).

I non iscritti al SSN sono praticamente la totalità.

DATI SOCIO-DEMOGRAFICI

SESSO

I 213 sono maschi, i dati rispecchiano quelli del 1997. [Prevalenza maschile fra Senegalesi, Marocchini e Albanesi, femminile fra Filippini e Peruviani].

ETA'

Nel gruppo fra 15 e 44 anni sono compresi il 90,2%, in analogia al 1997.

(I bambini risultano praticamente assenti, ma il dato non corrisponde ad una reale mancanza di minori, bensì è dovuto al fatto che da circa un anno i minori che si presentano al Naga vengono indirizzati c/o gli ambulatori delle strutture pubbliche, che se ne fanno carico in base al Decreto legislativo 286, 25 luglio 1998).

[Fra i più giovani Albanesi e Marocchini, fra i meno giovani Filippini e Peruviani].

PROVENIENZA (fig.5)

In lieve flessione l'Est Europa (3%) rispetto al 1997; l'America latina aumenta del 3% e continua ad essere al primo posto.

DATA DI ARRIVO IN ITALIA (fig. 6)

Il 50% è arrivato in Italia nell'ultimo anno e l'80% negli ultimi 2 anni.
L'8% è presente irregolarmente da più di 5 anni.

ISTRUZIONE (fig. 7)

Si mantiene costante il dato del 50% di immigrati clandestini in possesso di un livello di istruzione superiore.

L'analfabetismo si riduce al 3,9% dal 6% del 1997; [persiste soprattutto fra Senegalesi e Marocchini, i più istruiti sono Filippini e Peruviani].

LINGUA (fig. 8)

Il 32,7% parla solo la lingua madre. Il dato è in peggioramento (rispetto al 27% del 1997). [le maggiori difficoltà linguistiche sono degli Albanesi e dei Marocchini].

ABITAZIONE (fig.9)

Il 7% è costituito da soggetti senza fissa dimora, o che abitano in insediamento abusivi; (il dato è ridotto del 50% rispetto al 1997).

ATTIVITA' LAVORATIVA ATTUALE (fig.10)

I disoccupati sono scesi al 50% dal 55% del 1997, riportandosi sui valori registrati nel 1993-94.

[= dai dati Naga 97 e 93-94]

DATI SANITARI

(fig. 11)

L'insieme delle diagnosi di malattia o, in mancanza di queste, del sintomo principale costituiscono gli episodi di malattia. Il numero totale degli episodi di malattia è stato 1856 e si riferisce a 1400 pazienti (come si nota alcuni di essi hanno avuto più di un episodio di malattia nel periodo considerato).

(fig. 12)

Gli episodi globalmente considerati (diagnosi o sintomo) si distribuiscono in maniera diversa per apparato: prevale l'interessamento di 4 apparati: respiratorio 19,7% cute 18,3%, muscolo-scheletrico 14,2% e digerente 12,8%.

PRIME CONCLUSIONI

I dati socio-demografici evidenziano come le situazioni di maggior disagio si trovino fra gli immigrati irregolari provenienti dall'Albania e dal Marocco, in particolare uomini, la maggioranza dei quali si è dichiarata disoccupata e senza fissa dimora o alloggiata presso un dormitorio. Al contrario, le condizioni migliori appaiono quelle dei Filippini: 8 su 10 circa dispone di un'abitazione ed ha un lavoro. Anche la situazione dei Peruviani appare meno difficile di altre: la metà circa ha casa e lavoro. La condizione dei provenienti dal Senegal si distingue da tutte le altre: la grande maggioranza (pressoché tutti uomini) dispone di un alloggio pur trovandosi nella condizione di disoccupato o di venditore ambulante.

I dati sanitari evidenziano:

1) assenza di malattie "tropicali o esotiche" o comunque caratteristiche dei paesi del terzo mondo

fra le malattie rilevate nell'ambulatorio Naga prevalenza di:

malattie acute dell'apparato respiratorio [faringiti, bronchiti],

malattie cutanee [scabbia, micosi],

malattie dell'apparato muscolo-scheletrico [ferite, traumi degli arti, lombosciatalgie],

malattie dell'apparato digerente [gastriti, ulcere, malattie dentarie],

questo gruppo di malattie è in analogia con quello presente nelle fasce estremamente disagiate della popolazione italiana là ove più facilmente si registra povertà, disagio abitativo- alimentare e lavoro precario.

2) dai nostri dati non è possibile stabilire un confronto corretto fra l'incidenza delle malattie negli immigrati irregolari rispetto alla popolazione italiana, in quanto mentre nella popolazione italiana le malattie vengono espresse in "numero dei casi per abitanti" nella popolazione immigrata irregolare è solo possibile esprimere il "numero dei casi per pazienti dell'ambulatorio" essendo approssimativo il numero totale degli immigrati irregolari sani cui riferirsi ed essendo la rilevazione della malattia non sistematica, ma estesa solo a chi, in mancanza di un'assistenza sanitaria nazionale, si presenta spontaneamente agli ambulatori del volontariato.

Per determinate patologie importanti di riscontro relativamente frequente nella nostra popolazione di immigrati irregolari, quali la TBC si sono cercate delle vie indirette per valutare l'entità del fenomeno: si è già da tempo osservato come ai centri specializzati, di diverse regioni affluisca un immigrato ogni 3 italiani ciò comporterebbe un'incidenza della malattia diverse volte superiore a quella della popolazione italiana. Si è però altresì osservato che l'insorgenza della malattia avviene in maggioranza dopo 6-12 mesi dall'ingresso clandestino: ciò indicherebbe nel degrado socio-abitativo e nel contagio all'interno del proprio gruppo il fattore determinante lo sviluppo della malattia.

Figura 1



Figura 2

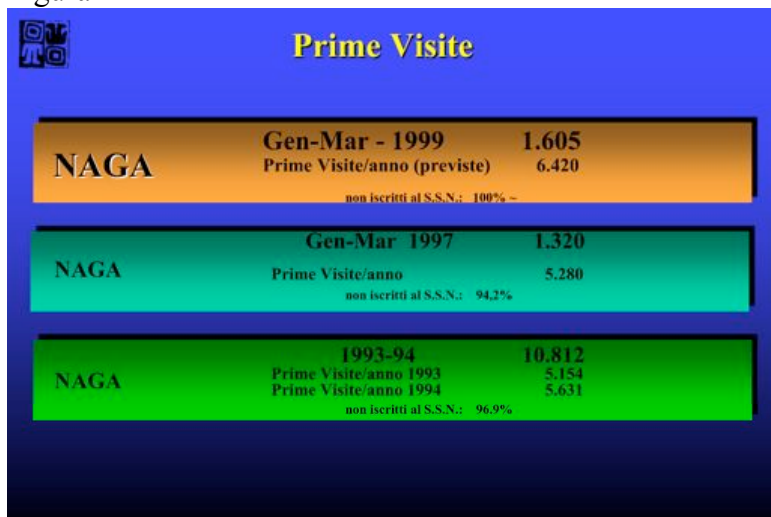


Figura 3

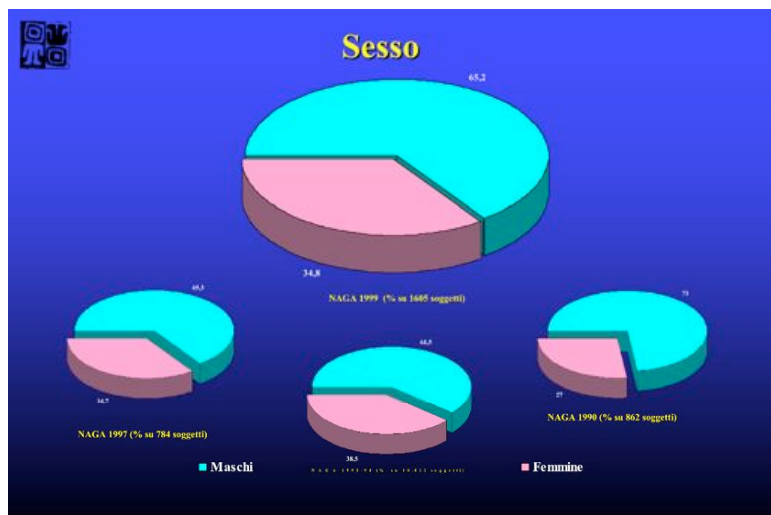


Figura 4

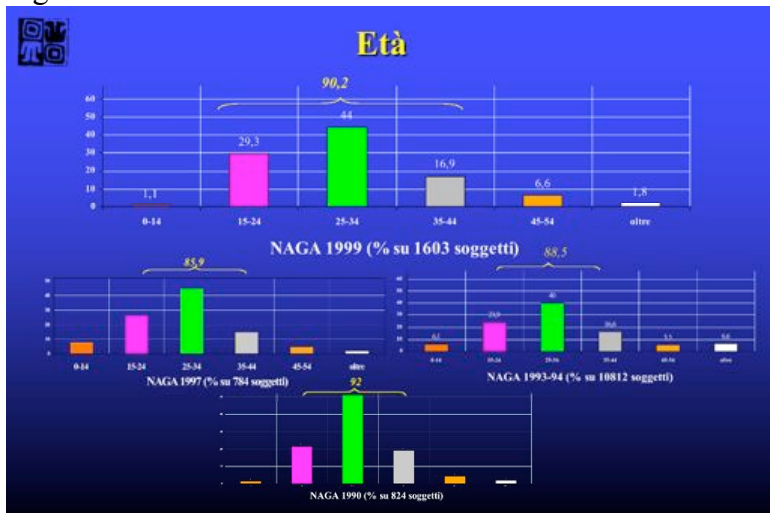


Figura 5



Figura 6

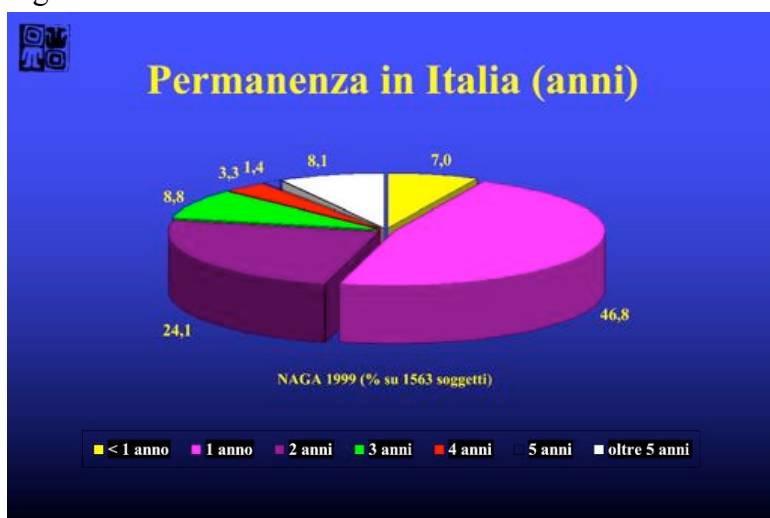


Figura 7

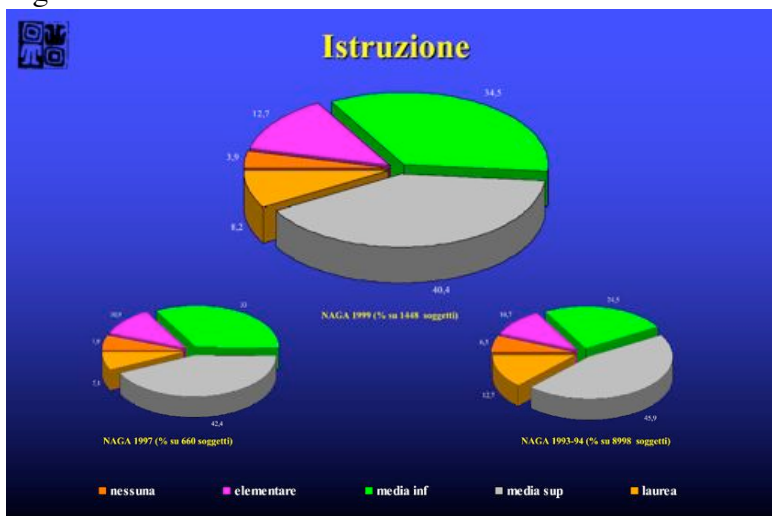


Figura 8

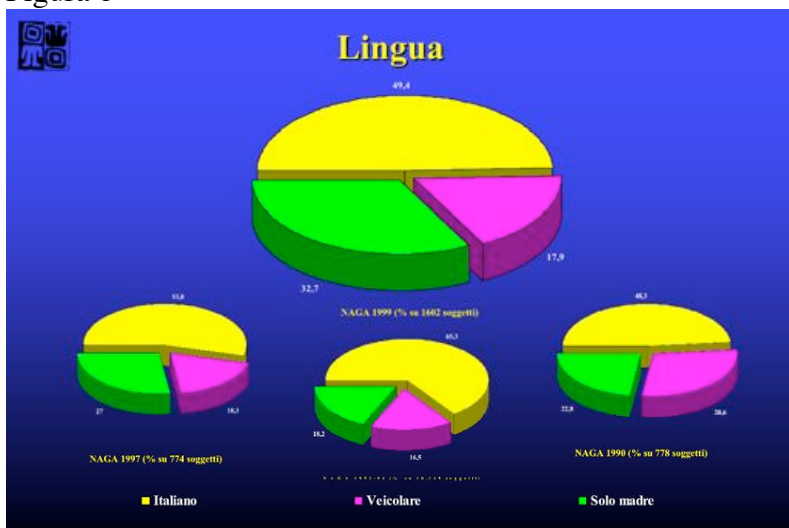


Figura 9



Figura 10

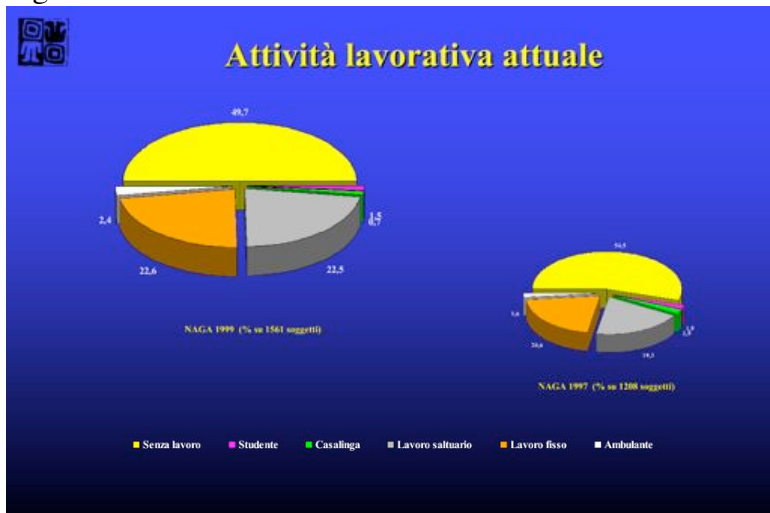


Figura 11

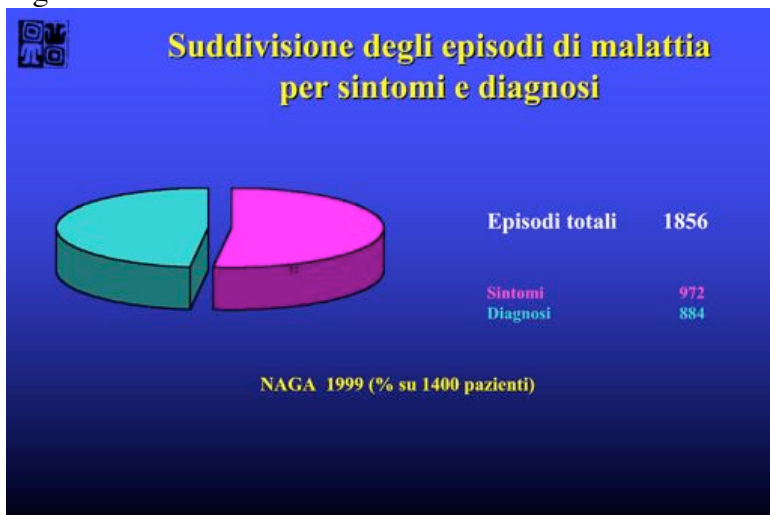
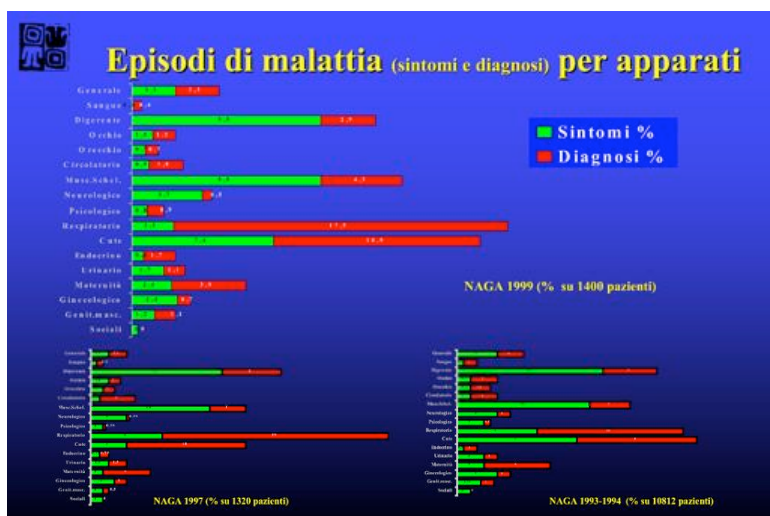


Figura 12



ALOFANTRINA E MALARIA DA P.FALCIPARUM 10 ANNI DI ESPERIENZA

²BAVASTRELLI MARIA, ¹MARANGI MASSIMO, ¹FILETI ANGELICA, ¹VINCENZI MARINA, ¹RICCARDO FLAVIA, ¹FACENTE FELICIA, ¹SANGUIGNI SERGIO.

¹Dipartimento di Malattie Infettive e Tropicali

²Istituto di Clinica Pediatrica

Università degli Studi “La Sapienza” di Roma

Riassunto:

La terapia della malaria da *P. falciparum* presenta alcuni problemi legati alle resistenze del plasmodio anche a farmaci di recente acquisizione.

Dal 1990 ad oggi abbiamo trattato con alofantrina 165 soggetti affetti da malaria da *P. falciparum* di cui 20 con malaria severa dopo un' iniziale terapia con chinina. Tutti i soggetti, eccetto 2 casi di “baggage malaria”, provenivano da aree dove la resistenza alla cloroquina ed alle associazioni sulfamidici-pirimetamina è ampiamente diffusa, di questi 51 solitamente vivevano in tali aree e sono stati considerati semi-immuni.

50 soggetti avevano effettuato una profilassi irregolare, 90 non avevano seguito alcun trattamento preventivo. Nei soggetti non immuni il ciclo è stato ripetuto dopo 7 giorni. Il trattamento è risultato efficace in tutti i casi eccetto 4, in cui si è avuta una recrudescenza. Non si sono verificati effetti collaterali degni di rilievo.

Introduzione

La malaria è una malattia antica con origini remote nel tempo, risalenti forse agli albori dell'umanità e non è eccessivo supporre, che abbia accompagnato l'evoluzione e condizionato l'assetto biologico di parte del genere umano.

Con i suoi effetti deleteri ha veramente segnato i destini di intere civiltà e pur essendo, in seguito alla campagna con insetticidi residuali, venuta meno nelle zone temperate, rappresenta tuttora un grave problema nelle aree tropicali.

I dati parlano in modo inequivocabile: si verificano 300-500 milioni di nuovi casi ogni anno, con 2-2,7 milioni di morti interessanti soprattutto le prime fasce di età, a testimonianza che si è ben lungi da quel controllo tanto auspicato¹.

Nel nostro paese si osservano casi di importazione e qualche caso riferibile a “baggage malaria”, a malaria da aereoporto e a malaria trasmessa tra tossicodipendenti. Solo nel 1999 si è verificato un caso autoctono di malaria da *P. vivax* in Toscana.

Un problema, che sta diventando sempre più attuale, è rappresentato dal diffondersi delle resistenze^{12,15} anche a farmaci di più recente acquisizione, che potrebbe comportare difficoltà sia di ordine terapeutico che profilattico.

Pazienti e metodi

Negli ultimi dieci anni abbiamo trattato con alofantrina al dosaggio di mg 24/Kg suddiviso in tre somministrazioni, ripetendo nei non semi-immuni il ciclo dopo 7 giorni, 165 soggetti affetti da malaria da *P.falciparum*, di cui 111 maschi e 54 femmine. Tali soggetti, esaminati in due osservazioni successive, presentavano età comprese: nel primo studio tra 2 e 77 anni (media 36,92; ds 15,33), nel secondo tra 10 mesi e 63 anni (media 36,37; ds 12,72).

I pazienti, eccetto 2 casi di "baggage malaria"², provenivano da aree dove la resistenza alla cloroquina ed alle associazioni sulfamidici-pirimetamina è ampiamente diffusa ed in particolare 157 dall'Africa, 4 dall'Asia, 2 dal Sud-America (fig.1). 114 soggetti erano sicuramente non immuni perché residenti in aree non a endemia malarica, mentre 51 solitamente vivevano in zone endemiche.

La profilassi non era stata effettuata da 90 pazienti, come medicamento preventivo la cloroquina era stata assunta da 9 soggetti, il proguanil da 2, un'associazione cloroquina e proguanil da 10, la meflochina da 3, questi ultimi provenienti dall'Africa Occidentale. Gli altri soggetti avevano effettuato la profilassi in modo irregolare, mentre in 1 caso la modalità non è stata specificata. (Tab.1).

E' stato instaurato, previo controllo elettrocardiografico, per svelare eventuali controindicazioni, un trattamento con alofantrina, come farmaco di primo impiego, in tutti i casi ad eccezione di 20, in cui segni di gravità del quadro clinico hanno fatto propendere per un'iniziale terapia con chinina in vena alle dosi di 8,3 mg di base/ Kg ogni otto ore, passando appena possibile alla somministrazione di alofantrina.

Risultati

Nel 96,36% dei soggetti si è giunti ad una clearance della parassitemia in 24-144 ore.

La recrudescenza si è verificata in 4 casi: 2 provenienti rispettivamente, dall'Indonesia e dal Camerun, nel primo dopo 30 giorni dal secondo ciclo di trattamento, nel secondo dopo 20 a dimostrazione di una resistenza R1-R2 al medicamento; gli altri 2 non avevano effettuato il secondo ciclo di terapia, in un caso per supposta semi-immunità, nell'altro non se ne conosce la motivazione.

In un caso era stata osservata una recrudescenza dopo terapia con artemisinina.

E' stato effettuato un monitoraggio elettrocardiografico che non ha evidenziato alterazione della conduzione intracardiaca. Non si sono verificati in nessun caso effetti collaterali di rilievo.

Discussione e conclusioni

Secondo la nostra esperienza l'aloфанtrina è medicamento ancora efficace nella terapia malaria da *P.falciparum* multiresistente¹³ e pressochè scevro, alle dosi da noi impiegate, da reazioni avverse importanti. I casi di morte improvvisa da aritmia ventricolare, segnalati in letteratura, devono essere ricondotti o a dosaggi eccessivi o ad assorbimento improprio¹⁴, come si può verificare in caso di assunzione del farmaco dopo un pasto, soprattutto se ricco di grassi^{3,4}.

E' bene non avvalersi dell'aloфанtrina in soggetti che presentino alterazioni elettrocardiografiche, come un allungamento del tratto QT¹¹, né somministrarla dopo un trattamento recente con meflochina perché potrebbero sommarsi gli effetti collaterali sul sistema cardiovascolare, cosa che non si verifica con la chinina che, come è noto, ha una brevissima emivita^{5,6,7,10,11}.

Nei 20 casi di malaria grave ci siamo avvalsi, come terapia di attacco, della chinina per via venosa che, data la sua pronta biodisponibilità e l'intensa azione schizonticida, deve essere considerata, nei casi complicati, il medicamento di elezione. Siamo passati dopo 3 o 4 giorni al trattamento orale con alofantrina.

Nei casi di malaria complicata è bene quindi non perdere tempo prezioso con farmaci, anche se prontamente biodisponibili, come la cloroquina e le associazioni sulfamidici-pirimetamina, a cui il plasmodio potrebbe, ed è frequente, essere resistente, ne ricorrere *ab initio* alla via orale anche se con medicamenti efficaci, come la meflochina o l'aloфанtrina o la stessa chinina, perché potrebbe esserne alterato l'assorbimento, sicuramente la biodisponibilità.

L'artemisinina ed i suoi derivati sono senza dubbio farmaci di pronta efficacia nel trattamento della malaria grave, ma non sono disponibili nel nostro Paese e ben sappiamo quanto sia importante agire prontamente nella terapia delle forme severe⁹.

La malaria ha imperversato attraverso i secoli e la sua incidenza, nonostante programmi di contenimento, non tende a ridursi.

Il suo controllo è quindi uno degli impegni non procrastinabili, che è doveroso assumere onde modificare realtà che hanno del tragico in molte aree geografiche.

Bibliografia

- 1-WHO: World Malaria Situation 1993. Weekly Epidem Rec 1996, 71 No 3-4-5-6
- 2-Sanguigni S, Marangi M, Cancrini G., Aspetti epidemiologici relativi ad un caso di malaria apparentemente autoctono. Parass 1990; 32 (suppl.1): 242-243
- 3-Vincent MP, Becquart JP, Receveur MC *et al.* Surdosage a l'halofantrine. Presse Med 1992; 21(3): 131
- 4-Milton KA, Edwards G, Wards S.A *et al.* Pharmacokinetics of halofantrine in man: effect of food and dose size. Br J Clin Pharmacol 1989;28:71-77
- 5-Monlun E, Leenhardt A, Pillet O *et al.* Arythmies ventriculaires et prise d'halofantrine. Effet deletere probable. A propos de 3 observation. Bull Soc Pathol Exot 1993; 86(5): 365-367
- 6-Toivonen L, Viitasalo M, Siikamaki H *et al.* Provocation of ventricular tachycardia by antimalarial drug halofantrine in congenital long QT syndrome. Clin Cardiol 1994; 17(7):403-404
- 7-Monlun E, LeMetayer P, Szwandt S *et al.* Cardiac complications of halofantrine: a prospective study of 20 patients. Trans R Soc Trop Med Hyg 1995; 89(4):430-433.
- 8-Sebastiani A, Sanguigni S, Aceti A, Marangi M. La terapia della malaria. Giorn Mal Inf Parass 1991; 43(7): 596-613
- 9-White N J. Artemisinin. Proceedings of a meeting convened by the Wellcome Trust on 25-27 april 1993. Trans R Soc Trop Med Hyg 1994; 88(S1): 1-65
- 10-Coker SJ, Batcy AJ, Lightbown ID, Diaz ME, Eisner DA. Effects of mefloquine on cardiac contractility and electrical activity in vivo, in isolated cardiac preparations and in single ventricular myocytes. Br J Pharmacol 2000 Jan; 129(2) : 323-30.
- 11- Olivier C., Rizk C., Zhang D., Jacqz-Aigrain E. Long QT interval complicating halofantrine therapy in two children with falciparum malaria. Arch Pediatr 1999 Sept; 6(9): 966-70.
- 12-Le Bras J. Mechanisms and dynamics of drug resistance in Plasmodium falciparum. Bull Soc Pathol Exot 1999 Sept-Oct; 92 : 236-41. Review.
- 13- Hombhanje FW, Kereu RK, Bulungol P., Paika R. Halofantrine in the treatment of uncomplicated malaria with a regimen in Papua New Guinea: a preliminary report. PNG Med J 1998 Mar; 41(1): 23-9
- 14- Lim L., Go M. Caffeine and nicotinamide enhances the aqueous solubility of the antimalarial halofantrine. Eur J Pharm Sci 2000 Mar; 10(1): 17-28.
- 15- Makono R, Sibanda S. Review of the prevalence of malaria in Zimbabwe with specific reference to drug resistance (1984-96). Trans R Soc Trop Med Hyg 1999 Sept-Oct; 93(5): 449-52. Review.

ASPETTI PSICOPATOLOGICI DELLA IMMIGRAZIONE DAI PAESI NON CEE: UNA RICERCA SUL TERRITORIO DELLA CITTÀ' DI PALERMO

D. LA BARBERA - G. NICOSIA

Metodologia di ricerca

La nostra ricerca aveva per obiettivo l'analisi dei costi che, in termini psicopatologici, l'immigrato extracomunitario paga nel corso della sua esperienza migratoria a Palermo.

In assenza di un servizio di psichiatria nell'ambito di un centro sanitario di assistenza volontaria agli immigrati sia regolari che irregolari e clandestini, gli unici dati epidemiologici attuali sulla psicopatologia degli extracomunitari palermitani che è stato possibile ottenere sono stati quelli ricavati attraverso le indagini da noi condotte per le vie ufficiali tramite l'accesso ai servizi pubblici di salute mentale presenti in città.

I nostri dati, frutto di una ricerca svolta nei mesi di Giugno e Luglio 1997, si riferiscono in particolare a:

- 3 su 5 Servizi di Tossicodipendenza (Ser.T): ex U.S.L. 59 Via Pindemonte, ex U.S.L. 60 Casa del Sole, ex U.S.L. 62 Via Feliciuzza;
- 5 su 7 Servizi Territoriali di Tutela della Salute Mentale (S.T.T.S.M.): ex U.S.L. 59 Via G. La Loggia, ex U.S.L. 61 Via Leotta e Via Ingegneros, ex U.S.L. 60 Via Castellana, ex U.S.L. 62 Via Maggiore Perni;
- 4 su 5 Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.): ex U.S.L. 58 Ospedale Civico; ex U.S.L. 60 Ospedale Cervello; ex U.S.L. 61 Via Ingegneros, ex U.S.L. 62 Ospedale Guadagna;
- Il Servizio Psichiatrico Universitario (Policlinico di Palermo).

A questi dati abbiamo aggiunto quelli relativi alle diagnosi del servizio di psichiatria del Poliambulatorio di S. Chiara nei due primi ed unici anni di vita ('93-94), e i casi psichiatrici diagnosticati dal servizio di medicina interna dello stesso poliambulatorio nel periodo Gennaio-Luglio '97.

Risultati e Conclusioni

Se si confrontano i dati relativi alle diagnosi effettuate nei servizi pubblici di Palermo (Ser. T. S.T.T.S.M., S.P.D.C., Servizio psichiatrico Policlinico) con quelli del servizio psichiatrico del Poliambulatorio di "S.Chiera" balza subito all'occhio la notevole prevalenza di disturbi di maggiore gravità clinica rispetto alle forme lievi riscontrata nei centri sanitari pubblici.

I disturbi psicotici infatti condividono con le tossicodipendenze il primato delle psicopatologie più diagnosticate (26,7%) e costituiscono da soli i due terzi delle diagnosi su pazienti extracomunitari effettuati dai servizi pubblici.

Dai dati dei servizi psichiatrici pubblici emerge inoltre: la bassissima percentuale dell'utenza extracomunitaria affluita (0,5%), la giovane età dei pazienti extracomunitari (31,8 l'età media), la sostanziale equidistribuzione tra i sessi e la netta prevalenza della popolazione africana. Alcuni dei dati suddetti si prestano a più di una plausibile spiegazione. L'alta percentuale di disturbi psicotici e di tossicodipendenza rispetto ai disturbi dell'ansia e dell'umore per es. si comprendono facilmente se consideriamo la povertà di supporti informativi di cui gode l'immigrato e il non agevole accesso alle strutture pubbliche da parte dell'utenza: l'extracomunitario che sta male, solo nelle situazioni di estrema gravità e che richiedono aiuto immediato scopre l'esistenza dei servizi pubblici territoriali di psichiatria ai quali viene inviato in queste occasioni dal pronto soccorso. Viceversa, la bassa percentuale delle patologie meno gravi, diagnosticate presso i servizi pubblici, può essere spiegata con una motivazione di ordine culturale: la richiesta di aiuto da parte dell'immigrato è mediata da una sintomatologia fisica (astenia, cefalea, vomito, dolorabilità diffusa, lamentele cenestopatiche ecc.), sicché quando egli decide di consultare un sanitario di solito si rivolge ad un medico generico (d'altronde primo filtro dell'assistenza sanitaria) il quale, però quasi mai (come del resto la gran parte dei medici occidentali) è in grado di fornire forme adeguate di accoglienza transculturale, perché quasi mai (e non solo per un problema linguistico e semantico) riesce a comprendere, per esempio, quanto sia diffusa in molte culture

soprattutto africane, la tendenza a tradurre in linguaggio del corpo non solo le tensioni psicologiche ma anche quelle sociali e a dare una descrizione fisica anche di un disturbo psichico (molti popoli africani non sono abituati come noi occidentali alla separazione mente/corpo); di conseguenza molti disturbi somatoformi non vengono neppure sospettati e raramente l'immigrato viene indirizzato allo psichiatra di una struttura pubblica palermitana.

Anche la bassa frequenza alle strutture psichiatriche pubbliche può in gran parte essere spiegata. Anzitutto, come è stato detto poc'anzi, molte patologie psichiatriche non vengono sospettate in sede diagnostica dal medico generico che costituisce il primo filtro nella richiesta di aiuto sanitario; in secondo luogo l'extracomunitario gode di scarsi supporti informativi; in terzo luogo tutte le strutture pubbliche sono, com'è noto, di non agevole accesso (le procedure burocratiche e le lunghe liste d'attesa scoraggiano finanche l'utente locale) e inoltre non sempre gli orari di un lavoratore extracomunitario sono compatibili con quelli di apertura al pubblico dei servizi SSN.

Quanto alla storia clinica dei pazienti, poche sono state le strutture pubbliche, tra quelle da noi frequentate per la ricerca, che ci hanno consentito di accedere direttamente alle cartelle degli ammalati. Quando ciò è avvenuto, molte cartelle sono risultate povere di dati anamnestici, soprattutto nella parte relativa ai precedenti clinici e alla vita psicoaffettiva e sociale dei pazienti nel paese di origine: è evidente che i problemi legati alle difficoltà linguistiche e semantiche abbiano rappresentato per il medico un ostacolo non facilmente superabile; in altri casi abbiamo potuto verificare la tendenziale prevalenza di precedenti psichiatrici, nel paese d'origine, nei pazienti con disturbi psicotici, mentre non si è registrato alcuna prevalenza di una patologia rispetto ad un'altra tra i due sessi se si eccettuano le diagnosi di tossicodipendenza, a totalità maschile.

Disaggregando i dati per tipo di struttura pubblica psichiatrica considerata, emerge una netta prevalenza di pazienti psicotici rispetto a quelli con disturbi dell'umore tra gli utenti extracomunitari dei SPDC, mentre i due gruppi di pazienti sono quasi equamente distribuiti nei STTSM.

Senza altro di maggiore interesse sono i dati relativi alle diagnosi effettuate dal servizio di psichiatria del Poliambulatorio "S. Chiara" che si riferiscono al periodo di esclusiva attività (93/94).

Essi riguardano, infatti, una popolazione extracomunitaria omogenea, comprendente cioè sia soggetti regolari che soggetti irregolari e clandestini. Detti dati, oltre a evidenziare la bassa percentuale di pazienti psichiatrici tra gli extracomunitari (2,2%), mettono in evidenza, anche, contrariamente a quelli dei servizi pubblici, la netta prevalenza dei disturbi somatoformi e psicosomatici su tutte le altre patologie osservate e un 13,9% di disturbi della sfera sessuale assolutamente insospettabile. In verità, se ci si addentra nella lettura di questi dati, tenendo presente le origini e le peculiarità culturali di gran parte degli immigrati, non è difficile risalire alla genesi e alla esegesi dei disturbi sessuali così come di quelli psicosomatici e somatoformi. La quasi totalità della popolazione palermitana è (è sempre stata) costituita da africani e in molte culture africane, come abbiamo già accennato prima, diversamente dalla nostra, non solo la percezione del sé è strettamente connessa al gruppo ma non si è abituati a distinguere l'anima dal corpo e vi è una identificazione assai netta proprio con il secondo. Da qui la tendenza assai più diffusa tra questi popoli a tradurre nel linguaggio del corpo le tensioni psicologiche e sociali. L'abituale identificazione con il corpo viene poi accentuata proprio durante l'immigrazione perché è il corpo che diviene in questa situazione la causa di molti problemi ed è dunque in esso che viene canalizzato gran parte del disagio psicologico.

Quanto ai disturbi più gravi, i dati di S. Chiara sembrano ridimensionare molto la drammatica diffusione tra gli extracomunitari palermitani dei disturbi psicotici, a proposito dei quali sarebbe stato interessante sapere se la storia naturale tra gli immigrati presenti a Palermo sia omologabile a quella descritta nelle regioni da cui originano o non tenda invece a conformarsi in modo più simile ai modelli occidentali (la psichiatria transculturale ha ripetutamente osservato che le crisi psicotiche in Africa hanno un decorso esplosivo, ma tendenzialmente più breve e con minori reliquati che in ambito occidentale).

Purtroppo, gli scarni dati a nostra disposizione sui disturbi psicotici non ci hanno consentito di addentrarci nel problema. Né le altre informazioni ottenute sulle altre patologie ci hanno consentito di conoscere quale è stata l'evoluzione clinica dei pazienti, poiché, per le caratteristiche di mobilità del

fenomeno migratorio, molti di essi, dopo la prima visita o il trattamento dell'urgenza, fanno perdere le loro tracce o perché ritornano al paese di origine o perché si trasferiscono in altre città.

Dai dati del servizio psichiatrico di S. Chiara, bassa risulta, infine, la percentuale dei disturbi dell'umore (per lo più depressioni reattive) anche se almeno un terzo dei pazienti con disturbi somatoformi ha tratto sicuro beneficio con un trattamento antidepressivo (Dott. Spinnato - Resp. Serv. Psich. S. Chiara 1993/94).

Sulla psicopatologia degli extracomunitari di Palermo abbiamo riportato anche i dati che si riferiscono alle diagnosi psichiatriche del periodo gennaio '96 - luglio '97 del servizio di medicina generale del Poliambulatorio di S. Chiara (come è stato detto il servizio psichiatrico è rimasto in attività solo nel periodo 93/94).

Essi hanno, com'è facilmente intuibile, un valore estremamente relativo poiché le cartelle e i registri da cui sono stati tratti non riportavano proprio quelle psicopatologie che, frequenti tra gli immigrati (disturbi psicosomatici e somatoformi), avrebbero necessitato, per la diagnosi, di una specifica competenza psichiatrica.

Alla luce di quanto sin qui esposto tutti i dati della nostra ricerca pur nella differente attendibilità della fonte (ai servizi pubblici accede solo utenza extracomunitari regolare), concordano su un'unica conclusione: nonostante l'indubbio rischio psicopatologico cui sono esposti, soprattutto i disoccupati (Il progetto migratorio è di tipo economico nella quasi totalità dei casi) gli extracomunitari palermitani hanno una scarsa tendenza ad ammalarsi. Se questo è vero (e pare vero dai dati a nostra disposizione), la spiegazione non può che essere una sola: gli immigrati non Cee che vivono a Palermo, pur trovandosi in una situazione difficile di grave precarietà psicosociale ad alto rischio psicopatologico, hanno un patrimonio di salute psichica (così come quella fisica) e delle motivazioni tali da consentire loro di fronteggiare le spinte patologiche e restare in piedi.

Questo, ovviamente, non deve essere motivo di disimpegno per tutti coloro che sono interessati (chi per dovere istituzionale: amministratori pubblici; chi per ragioni professionali: psichiatri, antropologi, sociologi, operatori sociali e religiosi) alla promozione della salute mentale degli immigrati non solo intesa come semplice benessere psicofisico ma anche come espressione della loro potenzialità creativa.

Anche perché, non disponendo, a differenza degli autoctoni, di una valida rete di protezione (assistenza pubblica, relazioni sociali e familiari e tutti quei fattori che possono svolgere una funzione di paracadute nei confronti della deriva sociale), gli extracomunitari, una volta caduti, rischiano di non rialzarsi più.

TABELLA 1

Distribuzione percentuale delle diagnosi psichiatriche fatte a Palermo dai servizi pubblici - Ser.T. - S.T.T.S.M. - S.P.D.C. - Servizio di Psichiatria del Policlinico di Palermo (periodo Gennaio '96 - Luglio '97) , dal servizio di Psichiatria di S. Chiara (periodo '93 - '94) e dal servizio di medicina generale di S. Chiara (periodo Luglio '96 - Luglio '97).

| | Servizi pubblici periodo Gennaio '96 - Luglio '97 30 casi clinici extracomu. Su 6094 interventi = 0,5% | Servizio Psichiatria S. Chiara periodo '93 - '94 36 casi psych. Su 1653 pazienti extracom. = 2,2% | Servizio medicina generale "S. Chiara" periodo '96 - '97 23 casi su 768 pazienti extracom. = 3% |
|--|--|--|---|
| Disturbi umore: -disturbi depressivi -disturbi ansia depres. | 13,5 (4 casi) 3,3 (1 caso) | 5,6 (2 casi) - | 4,4 (1 caso) 4,4 (1 caso) |
| Disturbi dell'ansia: -dist.Ansia generalizzata -fobia semplice -dist.post.trauma da stress | 3,3 (1 caso) - - | - - - | 34,6 (8 casi) - - |
| Disturbi psicotici | 26,7 (8 casi) | 11,1 (4 casi) | - |
| Disturbi sfera sessuale -impotenza coeundi -eiaculazione precoce | - - | 13,9 (5 casi) - | 8,8 (2 casi) 4,4 (1 caso) |
| Disturbi personalità: -paranoide -border-line -istrionico -non altre specificate | 3,3 (1 caso) 3,3 (1 caso) - - | - 2,8 (1 caso) - - | - - - - |
| Sindrome dismorfogenetica | - | - | - |
| Disturbi somatoformi | -0 | 25,0 (1/3 depressione mascherata) (3 casi) | - |

| | Servizi Pubblici | Servizi Psich. S. Chiara | Servizio med. Gen. S. Chiara |
|-----------------------|------------------|--------------------------|------------------------------|
| Altre diagnosi: | | | |
| - | 26,7 (8 casi) | - | - |
| tossicodipendenza | 10,0 (3 casi) | 8,3 (3 casi) | 13 (3 casi) |
| -alcolismo | 3,3 (1 caso) | - | - |
| -crisi | 6,6 (2 casi) | - | - |
| neurodislettica | - | 5,6 (2 casi) | - |
| -dist. | - | 27,7 (10 casi) | - |
| Adattamento | - | - | 26 (6 casi) |
| -anoressia | - | - | 4,4 (1 caso) |
| - | | | |
| dist.psicosomatici | | | |
| -insonnia | | | |
| -non meglio precisate | | | |

TABELLA 2

Distribuzione percentuale delle diagnosi fatte tra gli utenti dei servizi psichiatrici pubblici di Palermo (SER.T. - S.T.T.S.M. - S.P.D.C. - Servizio Psichiatrico del Policlinico) (periodo Gennaio 96 - Luglio 97)

| | SER.T. | S.T.T.S.M. | S.P.D.C. | PSICHIAT.POL. | TOTALE |
|-----------------------------------|-------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Disturbi umore: | | | | | |
| -disturbi depressivi | - | 27,2 (3 casi) | | 50 (1 caso) | 13,5 (4 casi) |
| -disturbi ansia depres. | | 9,1 (1 caso) | | - | 3,3 (1 caso) |
| Disturbi dell'ansia: | | | | | |
| -dist. Ansia generale | - | 9,1 (1 caso) | | - | 3,3 (1 caso) |
| -fobia semplice | - | - | | - | |
| -dist.post.trauma da stress | - | - | | - | |
| Disrutbi psicotici | - | 36,4 (4 casi) | 42,8 (3 casi) | 50 (1 caso) | 26,7 (8 casi) |
| Disturbi sfera sessuale | | | | | |
| Disturbi personalità: | | | | | |
| -paranoide | | | 14,3 (1 caso) | | 3,3 (1 caso) |
| -border-line | | | 14,3 (1 caso) | | 3,3 (1 caso) |
| -istrionico | | | | | |
| -non altre specificate | | | | | |
| Insonnia | - | - | | | |
| Sindromi dismorfofenetica | - | - | | | |
| Disturbi somatoformi | - | | | | |
| Altri diagnosi: | | | | | |
| -tossicodipendenza | 80 (8 casi) | - | | | 26,7 (8 casi) |
| -alcolismo | 10 (1 caso) | 9,1 (1 caso) | 14,3 (1 caso) | | 10 (3 casi) |
| -crisi neurodislettica | 10 (1 caso) | - | | | 3,3 (1 caso) |
| -dist. Adattamento | | | | | |
| -episodi eccitamento psicomotorio | | 9,1 (1 caso) | 14,3 (1 caso) | | 6,6 (2 casi) |

| | | | | | |
|--------|-------------------|-------------------|---------------|--------------|---------------|
| TOTALI | 33,3 (10 casi) | 36,6 (11 casi) | 23,4 (7 casi) | 6,7 (2 casi) | 100 (30 casi) |
|--------|-------------------|-------------------|---------------|--------------|---------------|

TABELLA 3
TOTALE SERVIZI PUBBLICI

| | SERT | STTSM | SPDC | Serv.Psich.Policl | TOTALE |
|---|-------------|------------|-----------|-------------------|-----------|
| Casi | 10 (33,3 %) | 11 (36,6%) | 7 (23,4%) | 2 (6,7%) | 30 (100%) |
| Utenza totale | 1348 | 3076 | 1184 | 486 | 6094 |
| % casi clinici extrac. su tot. Interventi | 0,7 | 0,3 | 0,6 | 0,4 | 0,5 |
| età media | 29,3 | 37,1 | 27 | 34 | 31,8 |

TABELLA 4

Paesi di provenienza degli extracomunitari con diagnosi psichitriche effettuate nei servizi pubblici

| Paese | num | % | SERT | STTSM | SPDC | Serv Psichiatria Pol. |
|-----------------|-----|------|------|-------|------|-----------------------------|
| Tunisia | 2 | 20 | 4 | 2 | - | - |
| Sri Lanka | 5 | 16,4 | - | 3 | 1 | 1 |
| Polonia | 4 | 13,4 | 1 | 1 | 2 | - |
| Capo Verde | 3 | 10 | - | 2 | - | 1 |
| Marocco | 2 | 6,6 | 1 | - | 1 | - |
| Ghana | 2 | 6,6 | - | 1 | 1 | - |
| Ex Juvoslavia | 2 | 6,6 | 2 | - | - | - |
| Isole Mauritius | 1 | 3,4 | - | 1 | - | - |
| Somalia | 1 | 3,4 | 1 | - | - | - |
| Iran | 1 | 3,4 | 1 | - | - | - |
| USA | 1 | 3,4 | - | - | 1 | - |
| Romania | 1 | 3,4 | - | - | 1 | - |
| Cecoslovac. | 1 | 3,4 | - | 1 | - | - |
| TOTALI | 30 | 100 | 10 | 11 | 7 | 2 |
| SESSO: | | | | | | |
| M | 17 | 56 | 10 | 3 | 4 | - |
| F | 13 | 44 | - | 8 | 3 | 2 |

IMMIGRAZIONE E SALUTE A MESSINA: ATTIVITÀ DEL “CENTRO SALUTE CHIRONE”

FOTI E, AUGUGLIARO A, MONDELLO P, PANAGIA P, POLLICINO A, RIZZO C
medici volontari del Centro Salute Chirone di Messina

Messina, per la sua posizione geografica che la pone al centro del Mediterraneo e per costituire un “ponte” tra la Sicilia e l’Italia è stata storicamente terra di transito di popolazioni verso altre mete e progetti migratori.

Soltanto dopo la sanatoria seguita al decreto Dini del novembre 1995, Messina è divenuta la terza provincia siciliana per numero di immigrati residenti.

Da dati acquisiti dalla Questura di Messina gli stranieri regolarmente soggiornanti in provincia di Messina nel dicembre 1996 sono 9.393 mentre in gennaio 2000 raggiungono le 10.429 persone, prevalentemente extracomunitari. Alla stessa data infatti le comunità straniere più rilevanti risultano quelle dello Sri Lanka (1824), del Marocco (1401), delle Filippine (1214), dell’Albania (882), della Tunisia (423) e Ex-Jugoslavia (244).

A questi bisogna aggiungere una quota rilevante, non ben definita, di stranieri non in regola con le norme sull’ingresso ed il soggiorno.

Il lavoro rappresenta il motivo prioritario per la richiesta del permesso di soggiorno, seguito dalle ricongiunzioni familiari ed in minor percentuale dalla residenza elettiva.

Al 30 settembre 1998 risultano iscritti all’INPS di Messina 4456 lavoratori domestici, in prevalenza srilankesi e filippini, mentre i cittadini marocchini sono in maggioranza tra gli iscritti al collocamento. Nel 1998 gli stranieri regolarmente soggiornanti iscritti al SSN rappresentano il 32% in città e il 28% in provincia degli aventi diritto.

Pertanto una buona quota di stranieri regolarizzati e gli irregolari, non usufruendo di assistenza sanitaria istituzionale si è rivolta, per i bisogni di salute, a organizzazioni di volontariato, tra le quali l’Associazione Chirone.

L’Associazione Chirone si è costituita a Messina nel 1991 con lo scopo di promuovere l’integrazione degli immigrati extracomunitari nella nostra società e di svolgere un ruolo di tramite interculturale all’interno del travagliato confronto fra paesi ospitanti ed individui provenienti da ambiti socioculturali molto diversi. A tal fine, ed in considerazione delle esigenze più immediate degli immigrati, i nostri primi sforzi si sono concretizzati nell’apertura di un ambulatorio medico per immigrati, impegnandosi anche in altre attività quali missioni sanitarie nei PVS, formazione di operatori impegnati in tale settore, campagne di adozione a distanza di bambini eritrei, controlli sanitari di bambini sarahwi, ospitati temporaneamente da famiglie messinesi e collaborazione con altre associazioni quali “Opera Nomadi”.

Il Centro Salute garantisce gratuitamente, grazie all’opera di medici volontari assistenza sanitaria di base e specialistica ambulatoriale. L’attività è resa possibile e funzionale grazie anche al supporto volontario di diversi specialisti e di alcune strutture private come l’AIED, lo IOMI ecc... con le quali l’associazione ha stabilito in questi anni patti di solidarietà.

L’ambulatorio è situato in via Campo delle Vettovaglie, ospite del Centro Immigrati gestito dal Comune di Messina.

I pazienti vengono forniti alla prima visita di un libretto sanitario contenente dati anamnestici, anagrafici e sanitari. Il rifornimento di farmaci è garantito da donazioni da parte di medici di famiglia e da case farmaceutiche.

Nel periodo compreso tra gennaio 1996 e dicembre 1999 il numero di immigrati giunto alla nostra osservazione è stato in media di 549/anno con un costante decremento dal 1996 (781) al 1999 (403). La fascia di età maggiormente rappresentata è quella tra 21 e 50 anni, ed i maschi sono in media il doppio delle femmine (2,3) con un rapporto che si è mantenuto pressoché costante nel tempo.

Tra i pazienti la nazionalità più rappresentata è stata quella srilankese (in media 58% del totale), seguita dalla marocchina (28%), slava (6%, in costante incremento), senegalese e tunisina (ambedue al 2%).

Le patologie che hanno richiesto un intervento sanitario sono state essenzialmente quelle respiratorie (24%), osteoarticolari (14%), gastrointestinali (12%), odontoiatriche (10%) e dermatologiche (10%).

Sono state effettuate 329 visite specialistiche presso consulenti esterni collaboratori in massima parte per motivi odontoiatrici (134), oculistici (46), ortopedici (28), ginecologici (24) e dermatologici (23). Ci si è avvalsi inoltre di 192 prestazioni esterne diagnostiche strumentali e di laboratorio come esami ematochimici (93), radiologici (59), ecografici (22) non rinunciando per casi particolari e non senza qualche difficoltà, a esami più specialistici o indaginosi quali endoscopie, EEG, elettromiografie.

I dati che emergono dalle nostre osservazioni evidenziano:

- a) un decremento dell'utenza del nostro ambulatorio negli anni, verosimilmente dovuto alla progressiva integrazione della popolazione straniera nella comunità e nei servizi offerti dalla città;
- b) un carattere sociale e non geografico delle malattie che per tipologia risultano correlate alle carenti condizioni di vita ed in particolare lavorative abitative ed igieniche. A conferma di ciò l'analisi delle patologie riferite ai gruppi etnici più rappresentati ha evidenziato una maggiore frequenza di malattie da "disagio" (MTS, dermatiti, epatopatie alcoliche ecc.) nelle popolazioni nordafricana e ROM, di contro alle patologie degli srilankesi, ormai assimilabili a quelle delle nostre classi medie.
- c) Una buona parte delle più comuni manifestazioni di malattia riconosce una eziopatogenesi psicopatologica legata a fattori di rischio quali la precarietà occupazionale, l'inadeguatezza alloggiativa, il distacco dei familiari, lo sradicamento culturale ecc., che possono facilmente determinare squilibri psico-emotivi.
- d) la relativa scarsa incidenza della patologia infettiva da importazione, poiché i flussi migratori sono rappresentati, in massima parte, da soggetti in buone condizioni di salute e poiché nel nostro paese le condizioni ambientali sono sfavorevoli allo sviluppo e diffusione degli agenti eziologici delle comuni malattie tropicali;
- e) una controtendenza rispetto ai dati nazionali in merito alla presenza della TBC nella popolazione osservata, probabilmente per sottostima;
- f) il frequente ricorso alle cure presso il nostro ambulatorio di cittadini immigrati "regolari" taluni addirittura iscritti al SSN e con un medico di famiglia; tale fenomeno è probabilmente attribuibile sia a mancata disponibilità e attenzione del medico convenzionato con l'ASL nei confronti del paziente immigrato (talvolta anche per carenza di strumenti culturali riguardo tale problematica), sia a difficoltà di accesso agli ambulatori per l'incompatibilità fra gli orari di visita e quelli lavorativi che alla possibilità, tramite le associazioni di volontariato di usufruire di farmaci o prestazioni gratuite.

Sino ad oggi l'associazione Chirone ha in parte supplito alle carenze di assistenza socio-sanitaria istituzionali. Con la completa applicazione delle norme legislative vigenti riguardanti l'immigrazione si prevede una variazione del ruolo volto prevalentemente alla prima accoglienza, all'informazione dei diritti, alla mediazione e accompagnamento ai servizi sanitari territoriali. E' auspicabile, in questa fase di transito, la stipula di accordi in convenzione con l'ASL 5 per offrire l'esperienza specifica sviluppata in questi anni di attività che si metterebbe a disposizione per una migliore integrazione del cittadino straniero che deve essere accolto nella sua complessità di individuo, con la sua cultura ed umanità.

IMMIGRATI E SERVIZI PER LE TOSSICODIPENDENZE IN SICILIA. DATI PRELIMINARI

S. SCODOTTO*, A. PROCLAMÀ*, M. DI GIORGI*, M. AFFRONTI**

***=Osservatorio Epidemiologico Regione Siciliana**

****= Cattedra di Medicina Interna (Direttore Prof. S. Mansueto) - Università degli Studi di Palermo**

Lo scenario della tossicodipendenza negli immigrati extracomunitari in Italia è molto complesso e praticamente inesplorato. Dalle poche indagini svolte (1,2) emerge un divario tra il Nord ed il Sud del Paese. Nel nord Italia esistono, soprattutto nelle grandi città come Milano e Torino, delle sacche di tossicodipendenti mentre al sud, nelle città di grandi dimensioni come Napoli e Palermo, la droga si spaccia per motivi d'interesse economico e se ne fa uso raramente. Per indagare questo fenomeno ci è sembrato significativo svolgere un'inchiesta preliminare presso alcuni Ser.T (Servizi per le Tossicodipendenze) delle aziende USL della nostra Regione al fine di caratterizzare le relazioni esistenti tra la condizione della tossicodipendenza ed il fenomeno migratorio. Il lavoro descrive le caratteristiche principali della fascia di utenza in relazione ad alcune variabili sociali, lavorative, sanitarie. In particolare approfondisce gli aspetti relativi ad eventuali periodi e motivi di carcerazione. I dati, seppure parziali e ristretti ad un limitato periodo di osservazione (solo l'anno 1999), costituiscono una sufficiente base iniziale di valutazione del problema e suggeriscono l'avvio di ulteriori e più dettagliati approfondimenti.

BIBLIOGRAFIA:

1 - C. Valenzi; P. Gattari; L. Spizzichino

Tossicodipendenza, infezioni e comportamenti a rischio in un gruppo d'immigrati extracomunitari

L'Igiene moderna: 98, 513-516 1992

2 -M. Rotaris

Il flusso migratorio di tossicodipendenti verso una grande metropoli europea: il caso di Milano
Boll. Farmacodip. E Alcoholis; XVII (4), 65-67, 1995



Fondo Sociale Europeo



Istituto di Medicina Interna e Geriatria



Regione Siciliana Ass. del Lavoro e della Formazione Professionale

BANDO DI SELEZIONE CORSO "Orientatore Socio-Sanitario"

L'Istituto di Medicina Interna e Geriatria con il finanziamento dell'Assessorato Regionale del Lavoro, della Previdenza Sociale, della Formazione Professionale e dell'Emigrazione, del Fondo Sociale Europeo e del Ministero del Lavoro, organizza un corso di formazione professionale per il conseguimento della Qualifica di:

"Orientatore Socio-sanitario" Prog. n. 97485/PA/3/3/2/003/9 per n. 15 unità.

Obiettivo: creare un gruppo selezionato di persone che, all'interno dei vari Enti Pubblici interessati, sappiano rispondere alle necessità dell'utenza immigrata relative ai bisogni socio-sanitari. Più in particolare l'obiettivo finale è quello di rendere intelligibili e fruibili i servizi socio-sanitari esistenti nella nostra Regione, così come previsto dalla Legge 943/86, in cui tra l'altro si afferma la necessità di "...promuovere con la partecipazione dei diretti interessati, le iniziative idonee alla rimozione degli ostacoli che impediscono l'effettivo esercizio dei diritti".

Destinatari: immigrati extracomunitari

Requisiti: classe di età giovane ed adulti
residenza nella provincia di Palermo
iscrizione nelle liste di collocamento
conoscenza delle lingue italiana, inglese e francese
diploma di scuola media superiore, diploma di istruzione superiore, diploma di laurea.

Durata: 800 ore

La partecipazione ai corsi è gratuita. A ogni allievo sarà corrisposta una indennità pari a L. 3.000 per ogni ora di effettiva frequenza risultante dal registro di classe e, dove previsto, il rimborso delle spese di viaggio. Al termine verrà rilasciato un attestato di frequenza.

Qualora il numero delle domande dovesse superare il numero dei posti previsti dal progetto si procederà ad una selezione secondo un ordine di graduatoria che verrà redatta in base al punteggio riportato nel titolo di studio e all'esito di una prova di selezione effettuata attraverso test con domande a risposta multipla riguardanti argomenti di cultura generale, comprendenti tematico di base dell'area di riferimento del corso e tendenti anche a valutare la conoscenza dell'italiano, del francese e dell'inglese. La mancata partecipazione ai test comporta l'esclusione dalla graduatoria. A parità di punteggio riportato prevale la maggiore età candidato.

La domanda di ammissione redatta in carta semplice, corredata di autorizzazione al trattamento dei dati personali di base alla L. 675/96, completa di dati anagrafici, indirizzo, recapito telefonico dovrà avere in allegato la documentazione che attesti il possesso dei requisiti di accesso (certificato di nascita e residenza, fotocopia del tesserino di disoccupazione Mod. CI, fotocopia del diploma e/o laurea) o in sostituzione, apposta dichiarazione sostitutiva di atto notorio e dovrà essere inviata a mezzo A/R (Firma Fidei la data del timbro postale), a mezzo fax, o consegnata a mano entro e non oltre le ore 18.00 del all'Istituto di Medicina Interna e Geriatria dell'Università degli Studi di Palermo (Direttore: Prof. S. Mansueto), Segreteria del corso FSE per orientatori socio-sanitari - Via del Vespro, 141 - 90141 Palermo, tel. 091/652981-2952, fax 6552935, e-mail affronti@unipa.it.

Il regolamento del corso potrà essere visionato presso la suddetta sede ed eventuali informazioni richieste ai numeri telefonici suddetti.

La prova di ammissione avrà luogo alle ore del giorno del mese di nei locali

I candidati potranno essere ammessi alla prova solo previa esibizione di un documento valido di indennità personale. La graduatoria finale verrà affissa il giorno gli interessati potranno prendere visione del regolamento del corso presso la segreteria.

SEDE DI SVOLGIMENTO DEL CORSO: i plessi dell'Istituto di Medicina Interna e Geriatria dell'Università di Palermo - Via del Vespro, 141 - 90141 Palermo

SEDE DELLA SEGRETERIA DEL CORSO: Istituto di Medicina Interna e Geriatria dell'Università di Palermo - Via del Vespro, 141 - 90141 Palermo.



Università degli Studi di Palermo
Cattedra di Medicina Interna



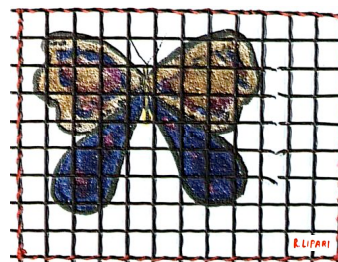
Unione Europea
Fondo Sociale Europeo



Regione Siciliana Ass. del Lavoro e della Formazione Professionale

CORSO DI FORMAZIONE PROFESSIONALE PER IMMIGRATI PER LA QUALIFICA DI "ORIENTATORE SOCIO SANITARIO "
Prog. N. 97485/PA 3/3/2/003/9

PROGRAMMA DIDATTICO



Coordinatore: Prof. Serafino Mansueto
Coordinatore didattico: Dr. Mario Affronti
Tutor: Dr. Ercole Piccione

Disegno del Progetto con i profili in entrata e in uscita

1) AREA DELLA COMUNICAZIONE

Lingua Italiana
Psicologia
Antropologia

2) AREA IGIENICO-SANITARIA

Servizio Sanitario
Fattori di rischio individuali e comuni
Igiene ambientale e del lavoro
Salute materno-infantile
Alimentazione
Primo intervento

3) AREA DELLA NORMATIVA

Organizzazione dei servizi socio-sanitari
pubblici e di volontariato

ORIENTATORE SOCIO-SANITARIO

A) Promozione alla salute

Prevenzione all'interno
delle Comunità

B) Intermediazione culturale

Gravidanza e maternità,
Malattie, invalidità, cura dei figli

C) Intermediazione linguistica

Strutture pubbliche sanitarie ed
Extrasanitarie: carceri, questure
Uffici pubblici, servizi sociosanitari

D) Orientamento

Pronto soccorso, centri
di prima accoglienza
centro stranieri, ufficio
nomadi e stranieri

AREA DELLA COMUNICAZIONE

Obiettivi didattici e contenuti

Comprende l'insegnamento della lingua italiana, in particolare per quanto riguarda l'acquisizione di un lessico tecnico-scientifico, ed elementi di psico-antropologia, indispensabili alla formazione di queste figure professionali che dovranno svolgere una funzione di intermediazione e di orientamento socio-sanitario.

ITALIANO

Acquisizione di un vocabolario linguistico tecnico-scientifico
(morfologia della lingua italiana, grammatica, cultura letteraria)

DISAGIO PSICOLOGICO DELL'IMMIGRAZIONE

- Il sentimento di identità; la migrazione come crisi di identità.
- La migrazione come trauma.
- La psicologia della migrazione: la partenza, l'arrivo, il processo di integrazione, l'ansia persecutoria e la depressione.
- L'impatto con la comunità ospitante: pregiudizio. Discriminazione.
- Psicologia transculturale, rapporti transculturali.
- Diverse concezioni di malattia.
- I luoghi di cura del disagio psichico
- Relazione medico-paziente.
- Disordini e ordini nelle relazioni di cura

ANTROPOLOGIA

- L'impatto tra diverse culture e meccanismi di integrazioni.
- Strumenti di comprensione di una cultura.
- Analisi specifica dell'immigrazione extracomunitaria a Palermo.
- Antropologia medica: il concetto di malattia nelle varie culture; bioetica e grandi religioni; la qualità della vita, della salute, della cultura; alcune problematiche rilevanti (l'aborto); la pianificazione familiare nel contesto della cultura di appartenenza.

AREA IGIENICO - SANITARIA

Obiettivi didattici e contenuti

Comprende l'acquisizione di un bagaglio di conoscenze tecniche sulla funzionalità dei servizi socio-sanitari, sulla individuazione dei fattori di rischio individuali e comunitari; verranno forniti elementi di igiene ambientale e del lavoro, di salute materno-infantile, di alimentazione, comportamenti e situazioni a rischio e primo intervento.

IGIENE E PROFILASSI

- I concetti di malattia ed iter diagnostici: anamnesi, es. obiettivo, ed esami strumentali.
- Morbosità e mortalità, mortalità infantile.
- Epidemiologia generale delle malattie infettive.
- Prevenzione delle malattie infettive: vaccinazioni.
- Disinfezione e disinfestazione; sterilizzazione.
- Igiene dell'ambiente fisico.
- Inquinamento ed i suoi effetti sulla salute.
- Malattie a trasmissione oro-fecale.
- Malattie a trasmissione aerea.
- Malattie a trasmissione sessuale e parenterale.
- HIV e sindrome correlate.
- Malaria, lebbra, tubercolosi.

ALIMENTAZIONE

- Il problema dell'alimentazione nel mondo.
- Distribuzione calorica dei paesi del nord e del sud.
- Valore calorico. Fabbisogno calorico.
- Come si costruisce una dieta.
- Consumo calorico ed attività fisica.

- Peso normale ed obesità.
- Diete a paragone.
- Letture delle etichette dei prodotti alimentari.

AREA MATERNO - INFANTILE

- Ostetricia e ginecologia
- Pediatria
- Psicologia

AREA NORMATIVA

Obiettivi didattici e contenuti

Riguarda, appunto, la normativa e l'organizzazione dei servizi socio-sanitari pubblici e di volontariato, con particolare riferimento allo specifico dell'immigrazione.

ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI:

- Nei paesi di provenienza.
- Concetto di salute secondo l'OMS.
- Il SSN. Prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione.
- USSL.
- Area materno-infantile.
- Servizi psichiatrici
- Servizi geriatrici
- Diritti del malato: l'ufficio di tutela.
- I servizi per gli immigrati a Palermo.
- Il volontariato: l'esperienza di S. Chiara.

NORMATIVA

- Le leggi sull'immigrazione.
- La costituzione italiana, l'organizzazione dello stato, gli enti pubblici, gli enti locali.
- I diritti dei lavoratori.
- Previdenza sociale, INPS, INAIL, la tutela della donna.
- La medicina del lavoro.
- La cooperativa: funzionamento degli organi sociali e statuto.

Trasversalmente ai tre moduli verrà attuato **il Tirocinio Pratico**

Esso ha lo scopo di verificare sul campo la soluzione pratica dei vari problemi che si vengono a creare tra l'utenza extracomunitaria ed il sistema sanitario: interpretazione linguistico-culturali, decodificazione dei bisogni ed individuazione di percorsi specifici, per l'esatta conoscenza ed un buon utilizzo dei servizi. Si dovrebbe altresì, elaborare una mappa delle risorse disponibili, sia pubbliche che private, nel settore socio-sanitario ed assistenziale.

IL TIROCINANTE sarà affiancato alle diverse figure professionali presenti all'interno del servizio in tempi e modi che saranno di volta in volta definiti con gli operatori.

L'inserimento degli allievi sarà controllato dal TUTOR che dovrà anche valutare e mantenere il rapporto tra l'ente formatore e gli operatori dei servizi.

Il Percorso ed i contenuti di questa esperienza sono di seguito elencati:

IL POLIAMBULATORIO S. CHIARA

Tutti i corsisti dovranno effettuare un tirocinio pratico all'interno del centro per partecipare attivamente a tutti i momenti di attività

- Accoglienza
- Raccolta di indicatori socio-sanitari
- Visita medica
- Supporto logistico
- Segretariato sociale

Attività di educazione sanitaria e prevenzione

IL CONSULTORIO FAMILIARE

I consultori familiari, per la loro tipologia, sono sensibili alle problematiche ed ai bisogni emergenti della popolazione immigrata e bene si prestano alla definizione del ruolo professionale della nuova figura di intermediario in rapporto con gli altri operatori.

Momenti particolarmente interessanti per il contenuto del corso sono:

I momenti di sintesi del lavoro (riunioni di équipes)

Le prime visite ed i momenti di contatti collettivi con le utenti,

I colloqui di IVG (Interruzione Volontaria di Gravidanza)

Il segretariato sociale

Il gruppo per l'affido familiare

IL PRONTO SOCCORSO DELL'AZIENDA UNIVERSITARIA POLICLINICO

L'alta utenza di immigrati presso questo Ospedale per la sua posizione centrale e per la presenza di un attrezzato Pronto Soccorso hanno motivato l'inserimento dei tirocinanti proprio nella realtà dell'emergenza che spesso per gli immigrati rappresenta il luogo di prima accoglienza e filtro della domanda di salute.

Lo scopo è quello di sperimentare il ruolo della figura intermediaria nello:

Accoglimento della richiesta di aiuto espressa ed accompagnamento della stessa

Decodificazione del bisogno

Orientamento della domanda sia all'interno che all'esterno della stessa struttura

Interpretariato linguistico

L'AZIENDA UNIVERSITARIA POLICLINICO DI PALERMO

L'obiettivo è la conoscenza dell'organizzazione di un ospedale:

La spedalità

L'accettazione

I reparti di degenza

Il servizio di assistenza sociale

LA CATTEDRA DI MEDICINA INTERNA E GERIATRI A DELL'UNIVERSITA' DI PALERMO

Tale struttura ha, in collaborazione -convenzione con il Poliambulatorio S. Chiara, sviluppato e curato gli aspetti scientifico-culturali oltrechè assistenziali del fenomeno migratorio e rappresenta il luogo ideale per la definizione dei percorsi sanitari per questo particolare tipo di utenza.

In particolare, qui il tirocinio pratico sarà volto a:

Sperimentare modelli facilitanti la comunicazione tra utente ed operatore sanitario al momento della visita, della diagnosi e della terapia.

Conoscere accuratamente i servizi presenti (diagnostica clinica, strumentale, di laboratorio, cura e riabilitazione, ruoli e funzioni del personale).

Particolare cura sarà dedicata alla problematizzazione di alcuni aspetti come il concetto ed il rapporto con la malattia, il mito della diagnostica strumentale, la valutazione della compliance e l'approccio interculturale alla soluzione delle varie problematiche di ordine sanitario.

STAGE TEORICO PRATICO PRESSO IL POLIAMBULATORIO CARITAS DI ROMA

LA MEDICINA DELLE MIGRAZIONI: ASPETTI SCIENTIFICI E SOCIO-ETNO-CULTURALI

**L.VERNUCCIO, A. D'ANGELO, N. LA MANNA, M. LUPO, G. MEZZAPELLE,
E. PICCIONE, G. PEPE, A. RACALBUTO, G. RICCO GALLUZZO, D. GULLOTTI,
G. B. RINI, C. SALVAGGIO, R. SAMMARTINO, G. SCHILLACI, D. SORRENTINO, J.
SPANÒ, M. TARANTELLO, M. AFFRONTI.**

**Istituto di Medicina Interna e Geriatria Università di Palermo
Poliambulatorio S. Chiara Palermo**

Il numero ufficiale di migranti nel mondo ammontava a circa cento milioni, di cui 30 i regolari, 30 i familiari, 35 milioni gli irregolari e 15 i rifugiati politici.

L'Italia è spesso un paese ponte verso altri paesi come Canada, Stati Uniti, ed Europa del nord, dove si concluderà il processo migratorio.

Malgrado l'ampio numero di persone che migrano ogni anno, poco si conosce circa lo stato della loro salute.

L'epidemiologia attuale si basa sui dati di mortalità, quelli di morbilità sono incompleti e limitati a causa della mancanza di dati di confronto con i paesi di origine e di destinazione.¹

Comunque esistono studi sulle popolazioni migranti che suggeriscono ipotesi per l'eziologia di patologie specifiche e che mettono in rapporto l'epidemiologia di una determinata malattia nella popolazione migrante

e nella popolazione di origine. In tal modo è possibile analizzare le caratteristiche di una determinata malattia, l'effetto della migrazione su un gruppo di individui che in quanto tali hanno in sé un background genetico individualmente suscettibile all'ambiente che li circonda.

Uno studio condotto da Kliewer et al. su 29 gruppi di nazionalità diverse immigrati in Canada al fine di valutare l'andamento della mortalità per patologia coronarica ha evidenziato una correlazione positiva altamente

significativa tra i dati di mortalità della popolazione di origine e quelli degli immigrati ($R= 0.48$; $p<0.01$). Si è osservato che i gruppi provenienti dai paesi con i più bassi livelli di mortalità per patologia coronarica hanno conservato gli indici più bassi, pur tendendo ad allinearsi ai canadesi autoctoni, allo stesso modo quelli provenienti dai paesi con gli indici più alti hanno conservato le loro caratteristiche, e in alcuni casi come per i Finlandesi, gli Australiani, gli Austriaci, e i Bulgari c'è stato un superamento dei tassi di mortalità dei canadesi di origine.²

Ciò ha suggerito una forte influenza del fattore ambientale sull'andamento della mortalità per patologia coronarica, senza escludere la componente individuale, genetica e culturale, della razza e della persona. (Tab. 1)

Un secondo studio condotto su un gruppo di inglesi immigrati in Australia per valutare la mortalità per cardiovasculopatie ha evidenziato l'andamento degli indici di mortalità della popolazione inglese, considerando gli indici prima e dopo la migrazione, includendo due variabili: età e anni di permanenza in Australia.

Si è riscontrato un aumento della mortalità direttamente proporzionale al numero di anni di residenza nel nuovo paese di destinazione e all'età dei soggetti, sia prima che dopo la migrazione.

Inoltre questo studio ha messo in evidenza "l'effetto migrante sano" (The Healthy migrant effect), secondo il quale la migrazione avrebbe un effetto positivo sull'andamento di alcune malattie. La spiegazione più verosimile di tale fenomeno sembrerebbe dovuta al fatto che i soggetti che migrano sono sempre quelli in migliori condizioni di salute. Comunque tale effetto scompare con l'aumentare del numero di anni di permanenza in Australia (TAB.2), infatti i tassi di mortalità per cardiovasculopatie

degli inglesi con l'aumentare della permanenza in Australia aumentano e si avvicinano a quelli della popolazione autoctona subendo quindi l'influenza dei fattori ambientali.³

Un altro studio conosciuto già da lungo tempo, NI-HON-SAN (C.G. Kogan et al. 1974) ha esaminato la prevalenza della mortalità per patologie cardiovascolari in due gruppi di uomini giapponesi residenti in California,

uno cresciuto con una cultura tradizionale e l'altro con una cultura non tradizionale. Questo secondo gruppo è quello in cui si sono riscontrati i tassi di mortalità per patologie cardiovascolari più alti.(Tab. 3)

L'esempio mostra un altro fattore che influenza l'andamento di patologie specifiche dopo la migrazione, lo stile di vita del paese di destinazione

adottato dai migranti dopo la migrazione che in questo caso ha dimostrato avere un effetto negativo sulle patologie cardiovascolari.⁴

Due studi sono stati condotti da Lilienfeld et al. per esaminare l'andamento degli indici di mortalità per cancro allo stomaco e all'intestino.⁵ (Tab. 4-5)

Nel primo caso gli studiosi calcolarono la mortalità età standardizzata per cancro allo stomaco in 14 gruppi di migranti di diversa origine emigrati negli Stati Uniti d'America, nelle rispettive popolazioni del paese di origine e nella popolazione autoctona del nuovo paese di destinazione.

E' importante sottolineare come la maggior parte delle popolazioni nei paesi di origine avevano indici di mortalità per cancro allo stomaco più elevati rispetto a quelli degli americani, fatta eccezione per il Messico.

Tutti i gruppi, tranne gli irlandesi e gli slavi che ebbero un modesto incremento, dopo la migrazione andarono incontro a una diminuzione dei tassi di mortalità per la neoplasia esaminata convergendo verso i valori della popolazione autoctona degli USA. Comunque la convergenza è stata incompleta e i valori rimasero il doppio circa di quelli degli americani d'origine.

Come per la mortalità per patologie cardiovascolari anche in questo caso l'andamento è influenzato da fattori ambientali presenti sia nel paese di origine quanto in quello di destinazione, dallo stile di vita condotto dai migranti dopo la migrazione, dall'Healty migrant effect, ma anche da fattori genetici che per il cancro allo stomaco dimostrano avere una forte significatività insieme ai fattori ambientali a cui soggetti erano stati sotto posti prima della migrazione.

Invece differente è l'immagine di convergenza che emerge dallo studio condotto su 14 diversi gruppi di migranti per carcinoma intestinale.

Anche in questo caso gli indici di mortalità hanno riportato una convergenza verso quelli della popolazione autoctona ma con un andamento in salita. Infatti i tassi di mortalità che i migranti avevano nei loro paesi di origine erano inferiori a quelli degli americani, e dopo la migrazione hanno avuto un incremento, riportando una convergenza completa con quelli degli americani e a volte anche superandoli.

Ciò suggerisce che i fattori ambientali associati al nuovo posto di residenza per il cancro intestinale hanno un ruolo preponderante rispetto a tutti gli altri sull'andamento degli indici di mortalità per tale patologia.

Un altro studio condotto da Lilienfeld e da Moriyama su un gruppo di irlandesi emigrati in America ha esaminato l'andamento dei tassi di mortalità per 20 diverse patologie prima e dopo la migrazione.(Tab.6)

I risultati hanno messo in evidenza un aumento di tutti gli indici di mortalità indiscriminatamente per tutte le patologie esaminate evidenziando in tal modo un particolare effetto negativo della migrazione sulla popolazione irlandese, rimane dubbia l'eziologia di tale andamento. Gli irlandesi emigrati sono forse una popolazione selezionata con particolari caratteristiche socioeconomiche e demografiche diverse da quelle dei loro connazionali e degli americani del nuovo paese di destinazione? Oppure la migrazione per questa popolazione sortisce un particolare effetto stressante indipendentemente dalla patologia esaminata?

Comunque sia un altro fattore importante viene fuori da questo studio: le caratteristiche individuali della razza che migra.⁶

In conclusione possiamo dire che non esiste una sola causa determinata che influenza l'andamento della mortalità per varie patologie in una popolazione che migra, ma possiamo e dobbiamo parlare di un mosaico eziologico dove i diversi pezzi hanno un loro ruolo individuale ma nello stesso tempo non hanno alcun significato se presi isolatamente e non adesi ad una realtà. (Tab.7)

Fino a questo punto abbiamo esaminato solo dati riguardanti indici di mortalità, in realtà pochi sono in letteratura gli studi condotti sulla morbilità per l'insufficienza di dati di confronto tra i paesi di origine e quelli di destinazione.

Comunque uno studio condotto da D. Balzi, M. Geddes, e E. Buiatti pubblicato nel 1996 negli Annuali dell'Istituto Superiore della sanità, ha valutato la frequenza di tumori dell'apparato digerente (stomaco, colon, retto e pancreas) nella popolazione italiana emigrata in Canada, Argentina, Australia, Francia, Inghilterra e Galles.(Tab.8-9)

Gli studiosi hanno stimato il rischio relativo nei migranti italiani, nei residenti in Italia e nel sud Italia rispetto alle popolazioni dei paesi destinatari dell'immigrazione.

E' stata presa in considerazione anche la durata di permanenza nel paese ospite.(Fig.1-2)

I risultati hanno messo in evidenza una diminuzione del rischio per i tumori più frequenti in Italia, tumore dello stomaco, e un incremento per quelli del colon e del retto, meno frequenti nel nostro paese.

Nell'eziologia di questi tumori sono da sottolineare la componente genetica e quella delle abitudini alimentari.

Il tumore allo stomaco, come sappiamo riconosce fra i suoi fattori di rischio la presenza di un gruppo sanguigno A, la gastrite atrofica, anche come forma ereditaria, una dieta povera di frutta e verdura e ricca di alimenti salati e conservati.

Invece i tumori del colon retto hanno come fattori di rischio il Morbo di Crohn e la Rettocolite ulcerosa, la poliposi familiare e altre sindromi ereditarie meno comuni, una dieta ricca di carne, di grassi di origine animale e povera di fibre vegetali.

Il rischio di tumore allo stomaco è più elevato in Italia rispetto ai 5 paesi presi in esame con una differenza tra l'Italia del sud e quella del centro e del nord. Infatti nel centro e nel nord Italia il rischio è maggiore, invece nel sud Italia è minore e tale si mantiene anche rispetto all'Inghilterra, Galles e Argentina. Inoltre il rischio di morire di cancro allo stomaco decresce all'aumentare della durata di permanenza nel paese ospite.

Al contrario il rischio di tumore del colon è minore negli italiani rispetto alle popolazioni dei paesi considerati, e si mantiene tale anche dopo la migrazione, anche se negli uomini emigrati in Australia il rischio aumenta aumentando il periodo di permanenza nel paese.

Anche per il tumore del retto il rischio è più basso negli Italiani e nei migranti italiani rispetto ai paesi considerati fatta eccezione per l'Argentina.

Lo stesso vale per la mortalità per tumore del pancreas anche se questa volta i migranti italiani presentano valori non statisticamente diversi dal paese ospite.

La riduzione dell'incidenza del tumore allo stomaco prima descritta è da attribuirsi alla modifica delle abitudini dietetiche. La migrazione infatti ha comportato spesso il trasferimento da un'area rurale in cui la mancanza di frigoriferi comportava la limitazione del consumo di frutta e verdura al solo periodo stagionale, ad ambienti urbani mediamente più sviluppati dell'Italia del dopoguerra con una modificazione dello stato sociale e delle abitudini di vita degli emigrati. Inoltre i fattori ambientali per questo tumore rivestono un'importanza non solo durante l'infanzia, ma anche nelle fasi successive della vita come dimostrato dal fatto che le persone che emigravano in Australia in età adulta conservavano un rischio più elevato di quelle che emigrati in età più giovane risiedevano nel nuovo paese da più tempo.

Per quanto concerne i tumori del colon e del retto i migranti partono da zone a basso rischio per andare a zone a rischio più elevato, essi infatti vanno incontro ad un aumento del rischio che è direttamente proporzionale al periodo di permanenza, pur rimanendo sempre a livelli più bassi di quelli dei nuovi paesi.

Questo studio suggerisce l'importanza dei cambiamenti sociali, culturali, ambientali, nonché alimentari a cui vanno incontro le popolazioni dei migranti, ossia l'esposizione a nuovi fattori di rischio.7

Le Nuove Generazioni

Al mosaico eziologico della medicina delle migrazioni bisogna aggiungere un'altra specificità : “la dinamicità”.

L'evoluzione socioculturale a cui vanno incontro i migranti comporta tutta una serie di modificazioni demografiche di questa popolazione dovute ai ricongiungimenti familiari, all'aumento delle nascite di bambini appartenenti ad altre razze che crescono nelle nostre realtà, allo sviluppo di una popolazione migrante che fisiologicamente invecchia e aumenta il suo numero di persone anziane.(Tab.10)

I bambini extracomunitari, sempre più numerosi, nati nel nostro paese rappresentano, il simbolo di una nuova cultura, figlia dell'integrazione tra civiltà diverse.

Ma questo processo di integrazione avviene realmente?

La nostra società non è pronta ad allargare i suoi orizzonti, a conoscere quello che ritiene diverso, a non temerlo e quindi ad accettarlo così da arricchire il proprio valore culturale ed individuale. Ciò comporta lo sviluppo numerico di ragazzi cosiddetti a rischio in quanto cresciuti senza una propria identità, o meglio con la difficoltà di riconoscere una propria identità in una società che li ritiene “diversi”, e che inconsapevolmente li spinge verso comportamenti violenti e ribelli.

Cresce il numero di anziani extracomunitari.

Attualmente è la Francia, seguita dall'Inghilterra e dalla Germania ad avere il maggior numero di pazienti anziani e ciò ha determinato una vera e propria rivoluzione demografica con cambiamenti consistenti nella struttura sociale della popolazione.⁸

Oggi anche nei nostri ambulatori iniziano ad essere presenti pazienti anziani con le stesse esigenze di salute dei nostri vecchi.

Anche loro sono affetti da patologie croniche spesso invalidanti che necessitano oltre a una risposta prettamente medica tutta una serie di servizi assistenziali che migliori la loro qualità di vita e che riduca al minimo possibile il rischio di perdita di autosufficienza.

Gli Stati Uniti d'America hanno parlato di “doppia discriminazione”, includendo in questo concetto sia la condizione di “anziano fragile” a rischio di disabilità, quanto la condizione di migrante con tutto ciò che questo comporta (difficoltà linguistiche, la nostalgia della patria, della propria cultura, degli affetti, della propria casa, il peso del passato lavorativo se non anche presente, i problemi economici, e la scarsa informazione sui servizi). Così la “doppia discriminazione” diventa una “tripla” prendendo in considerazione la povertà di questi individui, sia economica quanto di mezzi, adeguati ad accoglierli e a farli vivere da uomini. Spesso questi anziani fragili sono delle donne che più degli altri hanno difficoltà ad accettare una permanenza definitiva all'estero e che vengono frequentemente alla nostra osservazione con disturbi psicosomatici. 9-10-11-12(Tab.11)

La medicina delle migrazioni possiede delle sue specificità ma è pur vero che è una medicina per uomini.

Oggi la nostra è una società multirazziale e per questo la medicina deve e dovrà conoscere tutti i colori degli uomini non dimenticandosi che dietro ad ogni colore o malattia c'è sempre un uomo.

BIBLIOGRAFIA

- 1) M. Affronti, J. Spanò: La Ricerca Scientifica e la Medicina delle Migrazioni. Atti del Convegno: "L'Emilia Romagna di fronte ai Problemi Sanitari dell'Immigrazione". Bologna, 20-21 Novembre 1998
- 2) Kliewer, EV, Ward, RH. Coronary heart disease in Canadian immigrants. Unpublished manuscript 1991.
- 3) Stenhouse, N. S. and M. G. McCall. "Differential mortality from cardiovascular disease in migrants from England and Wales, Scotland and Italy, and native-born Australians", *Journal of Chronic Diseases*, 23: 423-31,1970.
- 4) Kagan, A., et al. "Epidemiological studies of coronary heart disease and stroke in Japanese men living in Japan, Hawaii and California: demographic, physical, dietary and biochemical characteristics", *Journal of Chronic Disases*, 27:345-64,1974.
- 5) Lilienfeld, A.M., et al. *Cancer in the United States*, Harvard University Press, Cambridge,1972.
- 6) Moriyama, I. M. " Cardiovascular diseases in the United States, Harvard University Press, Cambridge. 1971
- 7) D.Balzi, M.Geddes, E. Buiatti: i tumori dell'apparato gastroenterico nei migranti italiani all'estero. Unità Operativa di Epidemiologia, Centro per lo studio e la prevenzione Oncologica, Firenze. Unità Operativa di Epidemiologia descrittiva, Sezione distaccata dell'Istituto Scientifico per lo studio e la Cura dei Tumori, Firenze.
Ann. Ist. Super. Sanità, vol. 32, n. 4 (1996), pp. 497-502
- 8) Eurostat, *Demographic statistics*, 1997. Luxembourg,1997.
- 9) Kent, D.P. : *The Negro Aged. Gerontologist*. 11: 48-51,1971.
- 10) Dowd James J. and Bengtson L.: *Aging in Minority Populations Journal of Gerontology*. 33,3: 427-436, 1978.
- 11) Brand E., Lamers A. en Van de Ven L.: *Nooit meer de oude. Lize, Utrecht, 1991.*
- 12) Sen F.: *Woonprobleem van oudeeren buitenlanders in Duitsland. In Berlo ven A. et al.(red), Allochtone ouderen: thuis in Nederland. Akontes Publishing, Knegsel, 1993.*

Tabella 1

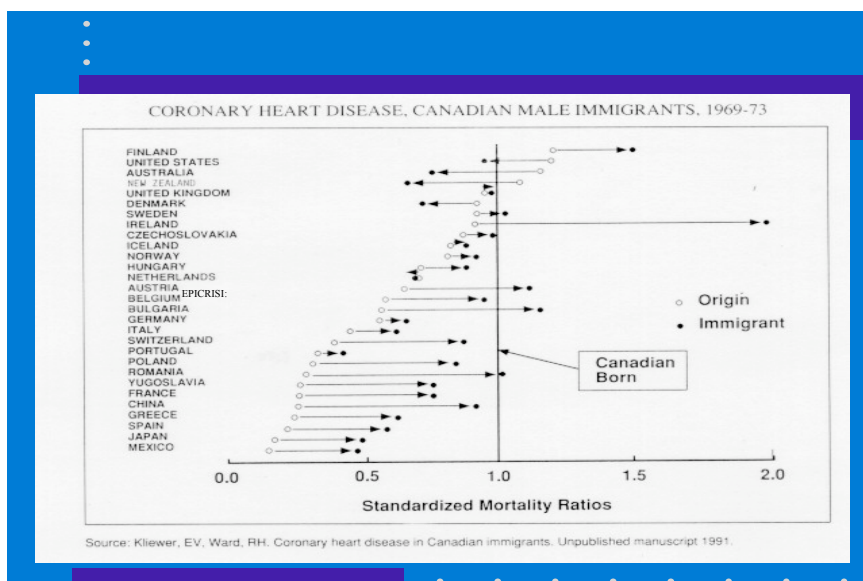


Tabella 2

HEART DISEASE IN ENGLISH MALE IMMIGRANTS BY LENGTH OF RESIDENCE, AUSTRALIA 1962-66

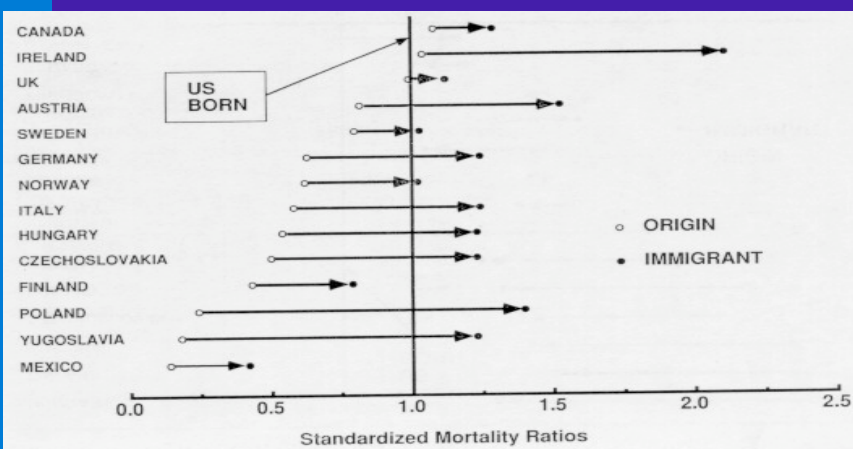
AGE AT DEATH

| | 40 - 49 | 50 - 59 | 60 - 69 | 70 - 79 |
|-----------------------|---------|---------|---------|---------|
| ENGLAND, WALES | 0.72 | 0.72 | 0.74 | 0.83 |
| IMMIGRANTS | | | | |
| 0 - 6 | 0.46 | 0.51 | 0.53 | 0.52 |
| (YEARS OF RESIDENCE) | | | | |
| 7 - 19 | 0.77 | 0.68 | 0.70 | 0.83 |
| 20+ | 0.79 | 0.87 | 0.82 | 0.87 |
| AUSTRALIA NATIVE BORN | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |

Source : Based on Stenhouse and McCall, 1970

Tabella 3

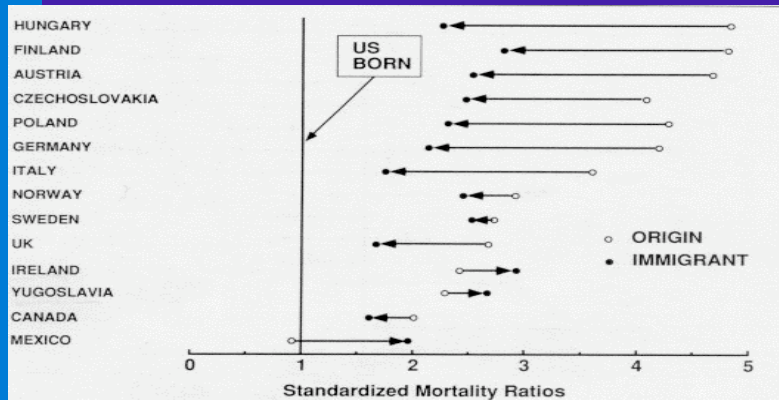
INTESTINAL CANCER, US MALE IMMIGRANTS, 1959-61



Source: Based on data from Lilienfeld, 1972

Tabella 4

STOMACH CANCER, US MALE IMMIGRANTS, 1959-61



Source: Based on data from Lilienfeld, 1972

Tabella 5

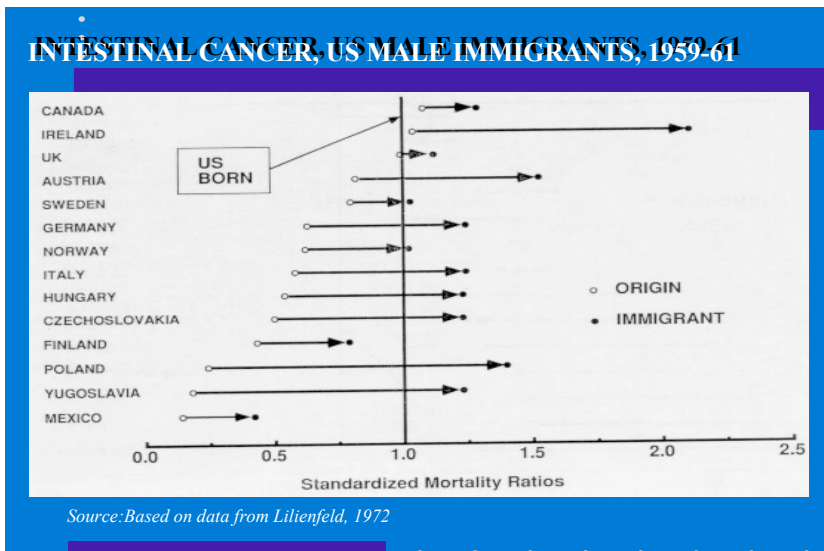


Tabella 6

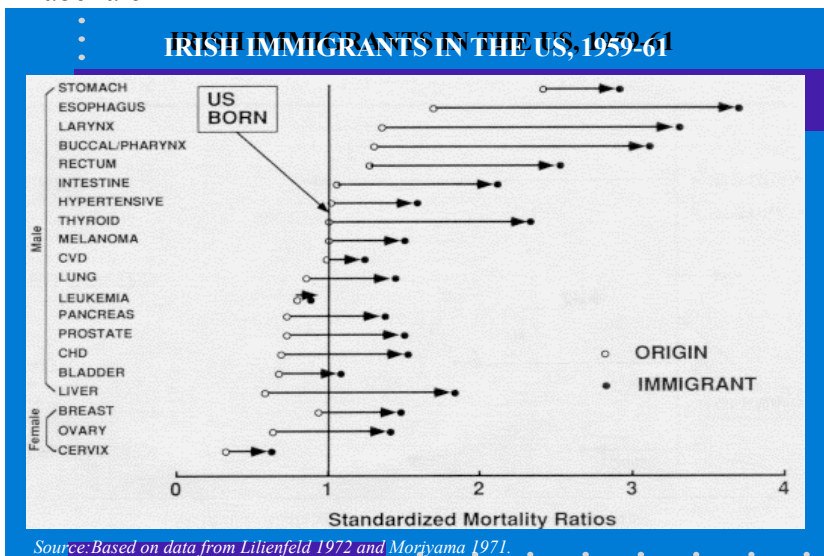


Tabella 7

MEDICINA DELLE MIGRAZIONI: MOSAICO EZIOLOGICO

- Fattori ambientali : paese d'origine e paese ospite
- The Healty Migrant Effect
- Fattori genetici
- Fattori socio-economici
- Caratteristiche culturali
- Cambiamento dello stile di vita
- Stress migratorio

Tabella8

Tabella 1. - Numero assoluto di decessi per sede e per paese nei migranti italiani, rischi relativi (RR) di mortalità e loro intervalli di confidenza (IC) al 95% per i migranti, per i residenti in Italia e nel Sud Italia, rispetto ai residenti nei diversi paesi (categoria di riferimento: nati in ciascun paese). Uomini

| Sede del tumore/paese | Migranti (a) | | | Italia (b) | | Sud Italia (b) | |
|-----------------------|--------------|------|-----------|------------|-----------|----------------|-----------|
| | no. casi | RR | IC | RR | IC | RR | IC |
| Stomaco | | | | | | | |
| Canada | 632 | 1.46 | 1.31-1.63 | 2.27 | 2.10-2.46 | 1.33 | 1.21-1.47 |
| Argentina | 489 | 0.93 | 0.84-1.02 | 1.46 | 1.37-1.56 | 0.90 | 0.84-0.97 |
| Australia | 468 | 1.45 | 1.16-1.82 | 2.36 | 1.63-3.42 | 1.38 | 1.08-1.77 |
| Francia | 1395 | 1.70 | 1.61-1.79 | 1.97 | 1.82-2.12 | 1.19 | 1.03-1.38 |
| Inghilterra e Galles | 114 | 0.93 | 0.72-1.20 | 1.35 | 1.27-1.44 | 0.79 | 0.72-0.87 |
| Colon | | | | | | | |
| Canada | 433 | 0.69 | 0.63-0.76 | 0.62 | 0.58-0.67 | 0.36 | 0.31-0.41 |
| Argentina | 339 | 0.83 | 0.74-0.93 | 0.86 | 0.76-0.97 | 0.48 | 0.40-0.58 |
| Australia | 238 | 0.50 | 0.34-0.72 | 0.61 | 0.47-0.80 | 0.36 | 0.27-0.48 |
| Francia | 763 | 0.81 | 0.75-0.87 | 0.69 | 0.61-0.77 | 0.39 | 0.33-0.45 |
| Inghilterra e Galles | 57 | 0.65 | 0.45-0.94 | 0.74 | 0.71-0.77 | 0.43 | 0.39-0.47 |
| Retto | | | | | | | |
| Canada | 210 | 0.75 | 0.65-0.86 | 0.91 | 0.83-0.99 | 0.53 | 0.46-0.62 |
| Argentina | 163 | 1.21 | 1.02-1.44 | 1.68 | 1.50-1.88 | 1.10 | 0.96-1.26 |
| Australia | 134 | 0.65 | 0.48-0.89 | 0.90 | 0.70-1.18 | 0.53 | 0.40-0.69 |
| Francia | 404 | 0.80 | 0.73-0.89 | 0.91 | 0.86-0.96 | 0.58 | 0.51-0.66 |
| Inghilterra e Galles | 36 | 0.48 | 0.29-0.79 | 0.67 | 0.63-0.70 | 0.39 | 0.35-0.43 |
| Pancreas | | | | | | | |
| Canada | 256 | 0.93 | 0.84-1.04 | 0.65 | 0.59-0.71 | 0.38 | 0.35-0.44 |
| Argentina | 213 | 0.85 | 0.73-0.98 | 0.88 | 0.82-0.95 | 0.54 | 0.48-0.61 |
| Australia | 244 | 1.03 | 0.84-1.25 | 0.76 | 0.54-1.06 | 0.45 | 0.32-0.63 |
| Francia | 558 | 1.10 | 1.01-1.20 | 0.91 | 0.84-0.99 | 0.56 | 0.50-0.63 |
| Inghilterra e Galles | 53 | 0.94 | 0.65-1.36 | 0.69 | 0.65-0.74 | 0.42 | 0.38-0.46 |

(a) Aggiustati per età e periodo di decesso e per le principali variabili disponibili (ad es. classe sociale e luogo di residenza in Francia e provincia di residenza in Canada).
 (b) Aggiustati per età e periodo di decesso.

Tabella 9

| Sede del tumore/paese | no. casi | Migranti (a) | | Italia (b) | | Sud Italia (b) | |
|-----------------------|----------|--------------|-----------|------------|-----------|----------------|-----------|
| | | RR | IC | RR | IC | RR | IC |
| <i>Stomaco</i> | | | | | | | |
| Canada | 310 | 1.64 | 1.46-1.83 | 2.42 | 2.25-2.61 | 1.47 | 1.33-1.63 |
| Argentina | 230 | 0.98 | 0.85-1.12 | 1.60 | 1.50-1.72 | 1.02 | 0.95-1.10 |
| Australia | 214 | 1.55 | 1.03-2.33 | 2.36 | 1.73-3.21 | 1.42 | 1.14-1.78 |
| Francia | 817 | 1.69 | 1.57-1.81 | 2.04 | 1.80-2.31 | 1.28 | 1.01-1.64 |
| Inghilterra e Galles | 101 | 1.14 | 0.86-1.50 | 1.44 | 1.38-1.51 | 0.86 | 0.79-0.95 |
| <i>Colon</i> | | | | | | | |
| Canada | 285 | 0.52 | 0.43-0.62 | 0.51 | 0.47-0.56 | 0.32 | 0.28-0.36 |
| Argentina | 270 | 0.83 | 0.73-0.94 | 0.75 | 0.68-0.83 | 0.48 | 0.42-0.55 |
| Australia | 185 | 0.49 | 0.28-0.86 | 0.52 | 0.41-0.67 | 0.33 | 0.25-0.43 |
| Francia | 626 | 0.78 | 0.72-0.84 | 0.73 | 0.65-0.81 | 0.47 | 0.41-0.54 |
| Inghilterra e Galles | 62 | 0.48 | 0.34-0.69 | 0.64 | 0.61-0.66 | 0.40 | 0.37-0.43 |
| <i>Retto</i> | | | | | | | |
| Canada | 113 | 0.73 | 0.60-0.88 | 0.93 | 0.83-1.04 | 0.65 | 0.54-0.79 |
| Argentina | 75 | 0.90 | 0.71-1.14 | 1.64 | 1.50-1.79 | 1.22 | 1.09-1.37 |
| Australia | 63 | 0.61 | 0.34-1.12 | 0.96 | 0.76-1.21 | 0.67 | 0.53-0.86 |
| Francia | 262 | 0.83 | 0.74-0.94 | 1.06 | 0.98-1.16 | 0.79 | 0.65-0.95 |
| Inghilterra e Galles | 43 | 0.89 | 0.60-1.34 | 0.69 | 0.64-0.75 | 0.49 | 0.41-0.57 |
| <i>Pancreas</i> | | | | | | | |
| Canada | 180 | 0.83 | 0.73-0.96 | 0.60 | 0.56-0.64 | 0.36 | 0.32-0.42 |
| Argentina | 146 | 0.89 | 0.74-1.07 | 0.79 | 0.73-0.85 | 0.51 | 0.45-0.57 |
| Australia | 106 | 0.91 | 0.68-1.22 | 0.74 | 0.58-0.96 | 0.45 | 0.35-0.58 |
| Francia | 391 | 1.19 | 1.07-1.31 | 1.03 | 0.93-1.15 | 0.67 | 0.55-0.82 |
| Inghilterra e Galles | 50 | 0.89 | 0.60-1.34 | 0.66 | 0.64-0.67 | 0.40 | 0.38-0.42 |

(a) Aggiustati per età e periodo di decesso e per le principali variabili disponibili (ad es. classe sociale e luogo di residenza in Francia e provincia di residenza in Canada).

(b) Aggiustati per età e periodo di decesso.

Tabella 10

FUTURO :

Le Nuove Generazioni

- *I Ricongiungimenti Familiari*
- *I Bambini*
- *Gli Anziani*

Tabella 11

GLI ANZIANI

Le Discriminazioni :

- **Doppia** : anziani-migranti
- **Tripla** : anziani-migranti-poveri
- **Quadrupla** : anziani-migranti-poveri-donne

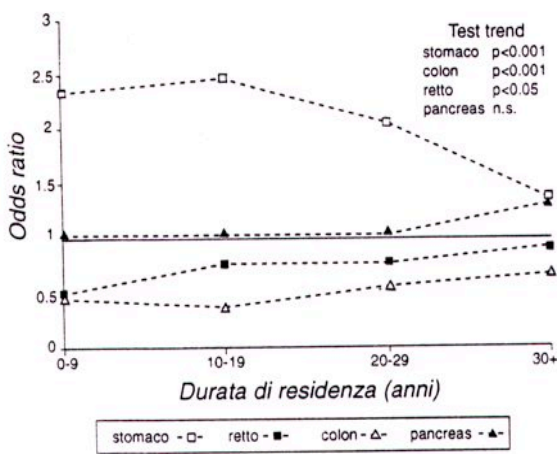


Fig. 1. - Odds ratio (*), per i migranti italiani in Australia (rispetto ai nati in Australia), per durata di residenza. Uomini, 1964-1985.

(*) Aggiustati per età e periodo di decesso e stato di residenza in Australia.

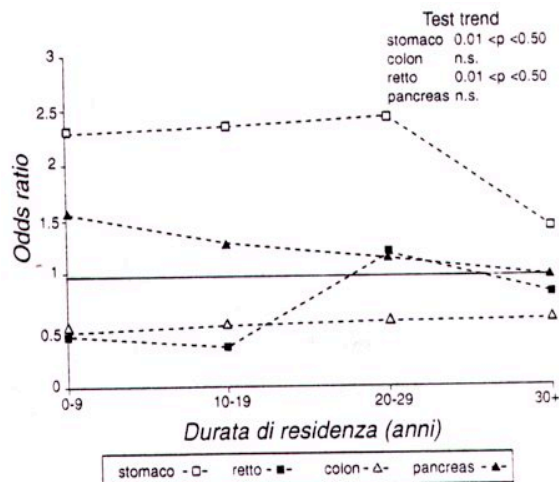


Fig. 2. - Odds ratio (*), per i migranti italiani in Australia (rispetto ai nati in Australia), per durata di residenza. Donne, 1964-1985.

(*) Aggiustati per età e periodo di decesso e stato di residenza in Australia.

MASS MEDIA e SALUTE “IL CASO MALARIA”

FILIPPO GRIPPI

**Direttore Distretto Sanitario 13
Azienda USL 6 Palermo**

La notifica di caso di malaria da falciparum (la notifica riporta alla voce ricerca diagnostica: striscio periferico, presenza di Plasmodium falciparum, data striscio 7/5/97. presso Istituto di Medicina Interna Università di Palermo) perviene all'Ufficio di Igiene Pubblica Distretto Palermo 61 via fax l'8/5/97 alle ore 13.40: già prima della notifica arriva in ufficio un giornalista di un quotidiano locale, al corrente del caso di malaria e delle precarie condizioni di salute in cui il paziente versa in ospedale.

Ci rechiamo immediatamente in ospedale dove apprendiamo che il collega è appena deceduto. Valutate le circostanze, assumiamo le prime informazioni dalla cartella clinica, da due congiunti prossimi del paziente, dal responsabile del Pronto Soccorso e dal Primario del reparto di Geriatria, dove il paziente è stato inizialmente ricoverato. Per quanto di epidemiologicamente rilevante, dalla cartella clinica si apprende che il paziente si ricovera alle ore 01.00 del 2/5/97 per febbre di n.d.d. In anamnesi non sono riferiti viaggi in paesi ad endemia malarica né altri fattori di rischio per la trasmissione della malaria: una riferita trasfusione risale all'età di 13 anni. Dal colloquio con i cugini emerge che l'ultimo viaggio all'estero del loro congiunto risaliva a 5 anni fa, negli Stati Uniti; che non faceva uso di droghe i.v., che non aveva riferito loro recenti incidenti, di tipo puntura con ago, nell'esercizio della sua professione (dichiarazione confermata anche dal responsabile del pronto soccorso) tranne una paziente straniera che gli aveva durante la visita ripetutamente tossito addosso, che non era stato di recente in aeroporto né aveva fatto gite né soggiornato in aree ad esso limitrofe, che aveva l'abitudine di rosicchiarsi le unghie e che si lamentava delle punture di zanzara che lo torturano durante i turni di guardia notturni in ospedale (ciò confermato dagli operatori del servizio di Pronto Soccorso).

Sulla scorta delle prime informazioni raccolte non emergeva nessun fattore di rischio e ciò impediva di classificare il caso come previsto dalla Organizzazione Mondiale della Sanità. Si riteneva, confortati dalla letteratura scientifica, estremamente improbabile una malaria da falciparum autoctona nel nostro territorio e in questa stagione.

“L'assessore regionale alla sanità..., non esclude la presenza di un bacino di malaria autoctona”.

Il Mediterraneo 10 maggio 1997

“La ricostruzione epidemiologica delle fasi della malattia sarà condotta dall'Azienda UsI provinciale...ma è da escludere che il medico possa aver contratto la malattia infettiva durante l'attività lavorativa”

Il Mediterraneo 10 maggio 1997

L'allarme generatosi a seguito di dichiarazioni di operatori sanitari sulla stampa locale e sulle reti RAI per non escludere a priori tale evenienza, anche al fine di dare all'opinione pubblica elementi certi di rassicurazione, e sulla base delle seguenti considerazioni:

- a) lavoro a rischio di contatto con sangue;
- b) periodo di incubazione dell'infezione da *P.falciparum* nell'uomo (range 9—19gg);
- c) riferite punture multiple di zanzara.;

si decideva di proseguire l'indagine epidemiologica in due direzioni:

1) verifica delle liste dei soggetti afferiti al pronto soccorso dell'Ospedale Villa Sofia durante i turni del medico, al fine di valutare la possibilità di contatti infetti (criteri di revisione delle liste: casi di malaria già notificati; soggetti provenienti da aree endemiche, o che potessero veicolare passivamente vettori infetti (valigie, materiale vario proveniente da servizi aeroportuali); soggetti con ferite;

2) valutazione delle aree limitrofe all'ospedale e alla abitazione del collega onde escludere l'improbabile presenza di *Anopheles* spp.

“Abbiamo avvertito la sanità marittima e quella aeroportuale perché potenzino la disinfestazione su aerei e navi che provengono da zone dove c'è la malaria”

L'esperto di igiene ritiene, invece, che “ le condizioni climatiche delle ultime settimane” possano avere favorito la presenza di questo tipo di zanzara nel nostro habitat.

Il Mediterraneo 11 maggio 1997

In data 10/5/97 si è proceduto a:

1) chiedere al Servizio Meteorologico i dati di temperatura rilevati nel mese di aprile in città (il ciclo sessuato del *Plasmodium falciparum* nell'*Anopheles* non può avvenire a temperature inferiori ai 18° C)

2)ispezionare, sotto la direzione della Prof, A. Lavagnino, Professore di Parassitologia. Dipartimento di Igiene e Microbiologia dell'Università degli Studi di Palermo, l'insediamento agricolo confinante con l'Ospedale Villa Sofia: sono stati raccolti campioni di larve in tutte le raccolte di acqua stagnante presenti e ad una prima osservazione macroscopica le caratteristiche delle larve e il loro comportamento portano ad escludere la presenza di larve di *Anopheles* spp; sono state visitate inoltre le stalle sui cui muri non stazionavano nè *Anopheles* nè zanzare di altre specie;

“ Un vertice a Villa Whitaker per fare il punto sull'allarme malaria. Il prefetto...ha ricevuto una relazione ..che consiglia di avviare una bonifica ambientale, specie nelle zone a potenziale rischio...tocca ad Alessandra Lavagnino ...analizzare gli insetti che si trovano nella zona dell'ospedale. Anche se ci fossero zanzare *anopheles* continua l'esperta.. non potrebbero trasmettere la malattia in questa stagione”.

Il Mediterraneo 13 maggio 1997

3) all'interno dell'area ospedaliera di Villa Sofia sono state identificate e campionate alcune raccolte di acqua putrida (vasche abbandonate, etc): sono stati ispezionati i locali del pronto soccorso e in alcune stanze sono state rilevate numerose zanzare morte. adese al muro, alcune quasi integre e sono state quindi prelevate per essere esaminate. Si sono ispezionate le zone adiacenti al pronto soccorso e si è riscontrata la presenza di un elevato numero di colombi stanziali con presenza di nidi, fecalizzazione dei muri e dei davanzali delle finestre e in particolare al primo piano, contenente impianti tecnici sono presenti fenestrate prive di infissi. La morfologia strutturale dell'edificio consente la formazione di

raccolte d'acqua, anche piccole, sufficienti a spiegare la riferita e constatata abbondanza di zanzare, non Anopheles, al piano terra dove si trovano i locali del Pronto Soccorso.

4) il sopralluogo delle zone limitrofe all'abitazione del soggetto, predisposto per individuare eventuali depositi di materiale, legnami e manufatti provenienti da zone endemiche come suggerito dal Prof. Coluzzi durante un colloquio telefonico, ha dato esito negativo.

Si iniziano a valutare i referti dei pazienti trattati in pronto soccorso dal collega deceduto in seguito alla malaria (10 turni dal 1° al 24 aprile per un totale di 976 referti) sulla base di un riepilogo di turni fornito dalla Direzione sanitaria.

Da un colloquio, in data 15/5/95, con la fidanzata, emergeva che prima di manifestare i sintomi della malattia, le aveva riferito che durante un turno di guardia aveva visitato una paziente inglese, proveniente da un paese dell'Africa equatoriale (Kenia?, Zimbabwe?) e che quest'ultima gli aveva ripetutamente tossito in faccia, cosa che lo aveva molto infastidito, e aggiunge che dopo il decesso, nel prendere dall'armadietto del posto di lavoro del fidanzato i suoi effetti personali, aveva trovato copia di un referto di pronto soccorso in cui risultava che era stato medicato per puntura d'ago nel corso del trattamento di una paziente dal nome che non ricorda, ma che comincia per B e con data di nascita 1968, che ricorda perché uguale al suo.

Nel corso della stessa mattinata del colloquio appena riferito, arrivava l'informativa sulla disponibilità all'acquisizione dei turni di servizio unitamente alle copie dei relativi referti. Si avviava allora una ricerca degli atti prestando particolare attenzione a referti con cognome inglese e con cognome trovando due referti (turno ore 14.00—20.00 del 17/4/97).

In considerazione della rilevanza dell'elemento acquisito (puntura con ago) si ritenne cruciale rintracciare la sig.ra inglese (nel referto manca ogni riferimento al domicilio) al fine di accertare se, precedentemente al soggiorno a Palermo, avesse soggiornato in un paese ad endemia malarica (elemento non presente nel referto) e secondariamente acquisire dati sul suo stato di salute.

Tutto questo accade mentre sulla stampa si lancia un'altra pista in direzione dei cittadini extracomunitari, con richieste di avviare indagini epidemiologiche in tal senso, per l'emergere di altri casi.

“....la presenza in città di altri due casi.. si tratta di una suora missionaria .. e di un giovane extracomunitario”...

“...avrebbe contratto la malattia in ospedale: dietro il padiglione delle emergenze, dove il medico lavorava, si trova una stalla e poco lontano il campo nomadi”

Giornale di Sicilia 10 maggio 1997

“IL PARTITO .. CHIEDE ALLE AUTORITÀ SANITARIE DI PREDISPORRE ADEGUATE INIZIATIVE DI SCREENING EPIDEMIOLOGICO – PER VERIFICARE L'EVENTUALE PRESENZA DI PORTATORI SANI NELLE COMUNITÀ DI EXTRACOMUNITARI NEL TERRITORIO”

Giornale di Sicilia 12 maggio 1997

“ UN ALTRO CASO DI MALARIA IMPORTATA IN CITTÀ. E' QUELLO DI UN QUARANTENNE DELLO SRI LANKA....FINORA ERANO TRE I CASI ...

“.....non c'è una relazione con la presenza di extracomunitari: basti pensare che, in rapporto al numero di immigrati presenti, la Sicilia ha meno casi del Veneto, dove invece si viaggia molto”.

Giornale di Sicilia 15 Maggio 1997

Su espressa richiesta dell'Assessorato Regionale alla Sanità si effettuò presso la Polizia di Frontiera dell'Aeroporto di Punta Raisi un intervento che ha consentito di esaminare le liste dei passeggeri (cognome, nome, nome dello scalo) in partenza da Punta Raisi (voli nazionali e internazionali) dal 17/4 al 24/4/97, ma la ricerca della signora ha avuto esito negativo.

Non si è comunque ritenuta esauriente la ricerca in quanto non esistono liste dei passeggeri dei voli charter e dei voli in arrivo. Si è quindi interrotta la rilevazione in aeroporto e attivata la ricerca presso le agenzie di viaggio di Palermo specializzate in voli charter e, su consiglio della Polizia di Frontiera, presso l'Interpol di Roma. Poichè l'Interpol ha comunicato in data 16/5/97 la sua non competenza in materia sanitaria, si è informato il Signor Prefetto per il tramite dell'Assessore Comunale alla Sanità. E' stata quindi attivata dal Segretario del Prefetto, l'Ambasciata Britannica di Napoli competente per le problematiche inerenti l'indagine epidemiologica in oggetto.

Contemporaneamente si procedeva alla selezione dei referti (che con i turni aggiunti erano diventati n.1484 referti) e da essi venivano estratti quelli ritenuti meritevoli di ulteriori approfondimento (pazienti verosimilmente provenienti da paesi con endemia malarica, pazienti con febbre elevata e con brivido, pazienti con ferite), ma tra i referti non si rintracciava nessun caso di malaria già segnalato.

L'acquisizione delle informazioni sullo stato di salute e l'eventuale soggiorno in paesi ad endemia malarica della paziente nel corso delle cure della quale si è verificata la puntura con ago è dirimente ai fini della indagine epidemiologica, e ciò prima di procedere alla ulteriore fase operativa, indirizzata ad un rilevante numero di soggetti che devono essere contattati ed intervistati.

In data 22/5 perviene la relazione della Prof. Lavagnino sulla indagine entomologica svolta presso l'Ospedale Villa Sofia e nelle zone limitrofe che esclude la presenza di Anopheles nella zona.

La comunicazione ricevuta in data 29/5/1997 dal Consolato Generale Britannico, per il tramite della Prefettura di Palermo, e cioè che la turista transitata dal Pronto Soccorso di Villa Sofia in data 17/4/97, rientrata nel suo paese, è stata ricoverata perché affetta da malaria (19/4/97), consente di attribuire la modalità di trasmissione alla puntura accidentale da ago infetto in corso di cure mediche e di concludere l'indagine epidemiologica definendo il caso di malaria da falciparum come malaria indotta (WHO 1963).

Si sottolinea che il Consolato Generale Britannico esplicitamente ricorda che in Gran Bretagna ma anche in Italia per legge si è tenuti a rispettare la confidenzialità delle informazioni riguardanti la persona.

“Il medico di Villa Sofia sarebbe stato punto dall'ago infetto di una flebo.... durante la medicazione di una turista inglese ”

Il Mediterraneo 3 giugno 1997



naga

Associazione Volontaria di Assistenza Socio-Sanitaria e per i Diritti di Stranieri e Nomadi - Onlus
20136 Milano - V.le Bligny, 22 - Tel. 02 58301420 - Fax 02 58300089 C.F. 97058050150 P. IVA 10182790153

LINEE GUIDA PER L'APPLICAZIONE DELLE LEGGI ATTUALMENTE IN VIGORE (MAGGIO 2000), SUL TEMA "SANITA' E IMMIGRAZIONE"

Immigrati regolari:

iscrivibili al SSN, come il cittadino italiano (D.Lgs. 286/98, art.34 comma 1)

[Documenti necessari: permesso di soggiorno

codice fiscale

passaporto

certificato di residenza o autocertificazione di effettiva dimora].

IMMIGRATI IRREGOLARI CON DOMANDA DI REGOLARIZZAZIONE (3/98):

TEMPORANEAMENTE ISCRIVIBILI AL SSN (TELEX MINISTERO DELLA SANITÀ, PROT. DPS-X-40-286/98-240 DEL 1/4/00).

[DOCUMENTI NECESSARI: CEDOLINO DELLA QUESTURA

CODICE FISCALE

PASSAPORTO

AUTOCERTIFICAZIONE DI EFFETTIVA DIMORA].

IMMIGRATI IRREGOLARI:

MINORI (0-14 ANNI): VISITE DI BASE C/O PEDIATRA DI BASE, AMBULATORI OSPEDALIERI O DI ASL, O CONSULTORI: SENZA TICKET (L 176/91,RICHIAMATA ALL'ART.35 D LGS.286/98 E CIRCOL. MINISTER. N°5 24-3-2000);

PER TUTTE LE ALTRE PRESTAZIONI: TICKET COME PER IL MINORE ITALIANO.

[NON È RICHIESTA LA DICHIARAZIONE DI INDIGENZA SEMPRE PER LA LEGGE SUDETTA].

**PREVIA DICHIARAZIONE DI INDIGENZA (DECR.PRES.REP. 394/99 ART.43
COMMA 4), (VEDI MODELLO 1: ALLEGATO):**

**URGENZE (VISITE E RICOVERI): ESONERO ANCHE DAL TICKET PER D.LGS.286/98, ART.35, COMMA 4
E CIRCOL. MINISTER. N°5 24-3-2000;**

GRAVIDE (visite e ricoveri): esonero anche dal ticket per D.Lgs.286/98, art.35, comma 4 e Circol.Minister. n°5 24-3-2000;

**ANZIANI (> di 64 anni) (visite e ricoveri): esonero anche dal ticket per Circol.Minister. n°5
24-3-2000;**

MALATTIE ESSENZIALI:

- ricoveri: da eseguirsi su richiesta del medico specialista;
esonero anche dal ticket per D.Lgs 286/98, art 35, comma 3-4;
- visite di base: (ad accesso diretto, senza appuntamento) presso le strutture della medicina del territorio o dei presidi sanitari pubblici e privati accreditati, strutturati in forma poliambulatoriale od

ospedaliera, eventualmente in collegamento con organismi di volontariato aventi esperienza specifica, per DPR 394/99, art.43, comma 8 e Circol. Minister. n° 5, 24-3-2000.

Tali prestazioni di base saranno fornite senza ticket per D.Lgs.286/98, art. 35, comma 4 e Circol.Minister. n°5 24-3-2000;

- visite specialistiche: da eseguirsi su richiesta del medico di base (al momento, e solo fino all'apertura degli ambulatori di base istituiti dalla Regione, è da ritenersi valida anche la richiesta di medici del volontariato);
ticket come per il cittadino italiano.

[Per cure essenziali si intendono “le prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita (complicanze, cronicizzazioni o aggravamenti) .”]

MALATTIE INFETTIVE E CRONICHE: (come da elenco contenuto nel D.M. sanità 28 maggio 1999, n° 329), esonero anche dal ticket per le prestazioni della specialità inerente (per il D.M. sanità 28 maggio 1999, n° 329 e Circol.Minister. n°5 24-3-2000, per le altre prestazioni : ticket come per il cittadino italiano.

Tutte le prestazioni, le prescrizioni e le pratiche di rendicontazione saranno effettuate mediante l'utilizzo del codice STP (= straniero temporaneamente presente), come da Circolare Ministeriale n° 5 del 24-3-2000.

Codice STP: costituito da 16 caratteri:

- 3 per la scritta STP
- 3 per il codice ISTAT della Regione
- 3 per il codice ISTAT della Struttura Sanitaria erogante
- 7 = numero progressivo assegnato da ogni Struttura.

Allegato:

D.Lgs. 286/98,

DPR 394/99,

Circolare Ministeriale n°5 24-3-2000

Telex Ministero della Sanità, prot.DPS-X-40-286/98-240 del 1-4-2000

(D.M. Sanità 329/99)

(Legge 176/91)

Modello 1 (per dichiarazione di indigenza).

PERCORSI MIGRATORI TRA SALUTE E MALATTIA. UN CONTRIBUTO DI RICERCA

**STEFANO BOCA* , GABRIELE PROFITA* * ,
VALENTINA LO MAURO* * * , MOIRA NANGANO* * ***

QUESTO LAVORO SI PROPONE COME MOMENTO DI RICERCA E DI RIFLESSIONE SULLA RELAZIONE COMPLESSA TRA RAPPRESENTAZIONI DELLA MALATTIA E SISTEMI DI CURA; IN PARTICOLARE CI SIAMO CHIESTI IN CHE MISURA L'INCONTRO TRA PAZIENTI NON OCCIDENTALI E CLINICI OCCIDENTALI SI CONFIGURASSE COME CONFRONTO-SCONTO TRA DIFFERENTI RAPPRESENTAZIONI DELLA MALATTIA ED ALTRETTANTO DIFFERENTI MODALITÀ DI PRESA IN CARICO.

La malattia non costituisce mai una realtà biologica e/o psicologica separata, individuale, quanto un complesso processo di costruzione sociale nel quale i significati vengono negoziati e condivisi, le esperienze narrate in contesti precisi, le strategie di cura prodotte all'interno di vincoli individuali, culturali ed istituzionali.¹

Curare, ovvero prendersi cura della sofferenza espressa da un paziente non occidentale, pone al clinico occidentale un doppio vincolo epistemologico, e cioè la necessità di pensare sia sulla costruzione sociale, culturale ed istituzionale del proprio modello di malattia e di cura, sia sulla irriducibilità dei modi concreti attraverso i quali ciascun sistema culturale costruisce la propria rappresentazione della malattia e della cura, intesa come l'insieme dei saperi e delle tecniche attraverso cui decifrare, codificare, pensare e riordinare le forme del disordine, di cui la manifestazione sintomatologica è espressione. La relazione di cura si configura, allora, come lo spazio in cui si incrociano, ma si scontrano anche, mondi ed ordini di rappresentazioni differenti, spazio in cui la narrazione sintomatologica incontra la traduzione diagnostica.

Il contatto tra mondi, all'interno della relazione di cura, si presenta attraverso il volto, i volti, di una multiforme diversità culturale. Di fronte alla perturbante alterità si può decidere di lavorare attraverso i percorsi di cura che si snodano all'interno dei sistemi nosografici occidentali, oppure, ma è solo una delle alternative, intraprendere percorsi più accidentati in cui il riconoscimento del carattere contingente di ciascun ordine di rappresentazioni e spiegazioni³ offre la possibilità di lavorare attraverso la tensione creativa e co-evolutiva fra polarità (distinte ma non opposte).⁴

Il colloquio clinico con pazienti immigrati pone costantemente delle domande e richiede una attenta riflessione sul modo di costruire il setting, sul modo di pensare i fenomeni-sintomi, sulla

* Cattedra di Psicologia Sociale, Università di Palermo.

** Cattedra di Teoria e Tecniche del Colloquio Psicologico, Università di Palermo.

*** Dottoressa in Psicologia.

¹ Possiamo rintracciare quattro definizioni di *salute/malattia*: 1) salute come stato fisiologico del corpo umano e malattia come anomalia nel funzionamento e/o nella struttura di una parte, sistema o processo; 2) salute come stato soggettivo, approccio olistico; 3) salute e malattia vanno definite tenendo separate la sfera fisica da quella mentale; 4) salute come armonioso equilibrio funzionale, la malattia è il prodotto di un mancato adattamento tra l'uomo e il suo ambiente. Possiamo inoltre analizzare la "malattia" su tre livelli di significato e di esperienza differenti: *illness* si riferisce all'esperienza personale dei sintomi e della sofferenza; *disease* è la malattia secondo l'interpretazione del medico; *sickness* è la rappresentazione sociale della malattia. (Cozzi, Nigris, *Gesti di cura*, Colibri, Milano 1996)

²Ogni processo diagnostico è una costruzione sociale, esso discende dall'insieme di saperi e tecniche (metodo clinico) profondamente radicato nelle logiche cognitive di un determinato gruppo sociale; e, d'altra parte, la logica e la coerenza di un sistema nosologico non sono comprensibili se non attraverso la conoscenza dei modi con cui ogni sistema culturale assegna valore e statuto alla persona, al corpo, alle emozioni, agli affetti, ai sentimenti e all'invisibile non umano. (cfr. S. Inglese, C. Peccarisi, 1997)

³«Ogni prospettiva unitaria (adottata) è il risultato contingente, più o meno stabile, di procedimenti costruttivi che operano su ciò che è e permane irriducibile. E' la storia di come le nostre teorie, le nostre idee, le nostre categorie, le nostre immagini della natura e della conoscenza si costruiscono a partire dalla lotta e attraverso la lotta e l'irriducibilità dei differenti paradigmi, dei differenti punti di vista.»M. Ceruti, 1986; Callari Galli, Ceruti, Pievani, 1998

possibilità del terapeuta di accedere ai significati di quel mondo culturale da cui ogni paziente trae il proprio ordine e la propria norma. La relazione clinica si costruisce a partire dalle differenze e dalle difficoltà che due mondi culturali inevitabilmente incontrano quando decidono di confrontarsi. La reciproca differenza apre, tuttavia, uno spazio di condivisione in cui il paziente, attraverso la narrazione sintomatologica, riesce a ripercorrere le tappe della propria storia e della propria migrazione. In questo spazio diventa possibile pensare sui confini attraversati e sui limiti incontrati.

La migrazione segna una rottura nella storia di una persona, nella storia di una famiglia, di un gruppo; la migrazione comporta sempre la separazione dalle origini, essa introduce nella storia di ciascuno elementi di discontinuità che si configurano come perturbazioni del registro di abituale familiarità all'interno del quale si iscrive ogni storia umana.

La migrazione è, però, anche attraversamento, progetto e possibilità di poter vivere in luoghi altri, la possibilità, quindi, di appartenere a contesti relazionali diversi all'interno dei quali sperimentare aspetti molteplici di sé, stabilendo, di volta in volta, il più alto grado di connessione e continuità con la memoria di ciò che si è stati e delle persone con le quali si è stati.

Progetto di ricerca: primi risultati.

Il progetto di ricerca è stato organizzato sull'ipotesi che esistono differenze significative nel modo di ammalarsi e di curarsi degli immigrati nel proprio Paese d'origine rispetto all'Italia, loro paese ospite; si è voluto, inoltre, verificare la relazione esistente tra periodo di permanenza, sintomi manifestati e prima richiesta di cura.

Nella prima parte della nostra ricerca sono state visionate le cartelle cliniche relative a 2239 soggetti visitati presso l'Ambulatorio Medico Polispecialistico per Cittadini Extracomunitari "S. Chiara", dal 1991 al 1997. Attraverso l'analisi delle cartelle cliniche sono stati evidenziati i principali dati sociodemografici: età, sesso, Paese di provenienza, stato civile, presenza del coniuge in Italia, anno di immigrazione ed anno della prima richiesta di cura, diagnosi; questi dati rappresentano le variabili usate per conoscere la distribuzione dei soggetti e per tracciare un quadro quanto più rappresentativo della provenienza e numerosità degli immigrati a Palermo e sui disturbi più frequentemente diagnosticati. Il campione della prima fase della ricerca è costituito da 2239 soggetti (1639 maschi e 608 femmine), con un'età che va dai 20 ai 40 anni; i Paesi maggiormente rappresentati sono Ghana, Costa d'Avorio, Marocco, Tunisia, Sri Lanka, Isole Mauritius; i disturbi più frequentemente diagnosticati sono a carico dell'apparato gastro-intestinale e di quello respiratorio; altrettanto rilevante è la frequenza dei disturbi dermatologici.

Come avviene per la salute fisica che, dopo un periodo di latenza della malattia di circa un anno, cominciano a manifestarsi i primi segni del deterioramento ambientale (confermato dai dati che presentano una maggiore frequenza di patologie a carico dell'apparato respiratorio, digerente e dermatologico dovuti proprio alle carenti condizioni igieniche, nutrizionali, ecc.), in egual maniera i disturbi psichici degli immigrati tendono a manifestarsi maggiormente dopo uno, due anni dall'ingresso nel Paese ospite. Non esiste una patologia psichiatrica specifica rilevabile a carico degli immigrati, bensì una serie di reazioni psicoemotive dovute ad alcuni fattori ad elevato potere psicopatogeno; insieme alle carenti condizioni di vita, possiamo ricordare: lo stress da "trasculturazione", la perdita delle cornici di identificazione culturale e la mancanza di una rete di supporto sociale.

Il quadro clinico più frequente è costituito da patologie psichiche minori, come: sindromi ansiose, depressive e manifestazioni di tipo somatico.

Questi dati clinici sono stati ottenuti mediante la somministrazione dell'S.R.T. (Symptom Rating Test) ad un campione di soggetti, sempre presso il Poliambulatorio di S. Chiara. Il Symptom Rating Test di R. Kellner e B.F. Sheffield, nella versione italiana di G.A. Fava e di R. Kellner, è composto da 30 item e fornisce punteggi relativi a 4 scale, ansietà, depressione, somatizzazione, inadeguatezza. L'SRT è stato scelto perché non si organizza su rigide categorie diagnostiche, inoltre è tarato su una popolazione non patologica analoga a quella del campione di riferimento.

Insieme a questo test abbiamo somministrato anche un questionario costruito proprio a partire dai dati rilevati durante la prima fase della ricerca, esso è composto da 30 item suddivisi in due parti, la prima consente di raccogliere informazioni sulle malattie, le cure, le relazioni terapeutiche in Italia; gli item della seconda parte si riferiscono a episodi di malattia, cura, terapia esperiti nel proprio Paese. L'analisi di questi ultimi dati non mette in luce differenze significative tra il modo di curarsi nel

Paese d'origine ed in Italia.

E' interessante notare, però, come a modalità occidentali di curare (uso prevalente di farmaci) siano contemporaneamente affiancati modi di cura delle medicine tradizionali. Questa ricerca non ci permette, però, di sapere quanto queste due modalità di cura siano tra loro parallele e per questo destinate a non incrociarsi o piuttosto, e in che misura in Italia, sia possibile un loro reciproco confronto.

Riferimenti bibliografici

- ANCORA, A. (1997) *La dimensione transculturale della psicopatologia. Uno sguardo da vicino*. Edizioni Universitarie Romane, Roma.
- CALLARI GALLI, M., CERUTI, M., PIEVANI, T. (1998) *Pensare la diversità*. Meltemi, Roma.
- CARDAMONE, G., COPPO, P., INGLESE, S. (1997) L'etnopsichiatria e il suo campo applicativo in Italia. In MELLINA, S. (a cura di) *Medici e sciamani. Fratelli separati*. Lombardo, Roma.
- CARDAMONE, G., INGLESE, S. (1998) Migrazione e malattia mentale nella realtà italiana (1978-1996). In LANTERNARI, V., CIMINELLI, M. L. (a cura di) *Medicina, magia, religione, valori. Dall'antropologia all'etnopsichiatria*. vol.2 Liguori, Napoli.
- CARDAMONE, G., INGLESE, S., ZORZETTO, S. (1999) *Djon Djongonon. Psicopatologia e salute mentale nelle società multiculturali*. Edizioni Colibrì, Milano.
- COPPO, P. (1996) *Etnopsichiatria*. Il Saggiatore, Milano.
- DEVEREUX, G. (1973) *Saggi di etnopsichiatria generale*. Tr. it. Armando Editore, Roma 1978.
- DE MARTINO, E. (1977) *La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali*. Einaudi, Torino.
- INGLESE, I., PECCARISI, C. (1997) *Psichiatria oltre frontiera. Viaggio intorno alle sindromi culturalmente ordinate*. Utet, Milano.
- INGLESE, S. (2000) Etnopsicoterapie meridiane: una pratica in cerca di teoria. In LOSI, N. (a cura di), *Vite altrove. Migrazione e disagio psichico*. Feltrinelli, Milano.
- INGLESE, S. (1995) Fondazioni dell'etnopsichiatria clinica. Piste e sorgenti di una disciplina nomade. *I Fogli di Oriss*, 3.
- INGLESE, S. (1996) Appunti per un'etnopsichiatria critica. *I Fogli di Oriss*, 5.
- INGLESE, S. (1997) La psicopatologia dell'emigrazione: un'esperienza di cambiamento catastrofico individuale e collettivo. In MELLINA, S. *Medici e sciamani- Fratelli separati*. Lombardo, Roma.
- KAËS, R. (et coll.) (1998) *Différence culturelle et souffrances de l'identité*. Dunod, Paris.
- LOSI, N. (a cura di) (2000) *Vite altrove. Migrazione e disagio psichico*. Feltrinelli, Milano.
- MELLINA, S. (1997) *Medici e sciamani- Fratelli separati*. Lombardo, Roma.
- NATHAN, T. (1997) Spécificité de l'ethnopsychiatrie. *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*, 34.
- NATHAN, T. (1993) *Principi di etnopsicoanalisi*. Tr. it. Bollati Boringhieri, Torino 1996b.
- NATHAN, T. (1996a) *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*. Dunod, Paris.
- NATHAN, T., STENGERS, I. (1995) *Medici e stregoni*. Tr. it. Bollati Boringhieri, Torino 1996c.
- PAKMAN, M. (1998) Educazione e terapia ai confini culturali. Un'esortazione ai processi sociali critici nei servizi umani. *Pluriverso*, 3.
- PANDOLFI, M. (1994) Pour une ethnopsychiatrie métisse. Au-delà de la folie des autres. *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*, 27.
- PICHOT, P., NATHAN, T. (1998) Quale avvenire per la psichiatria e per la psicoterapia? Tr. it. Edizioni Colibrì, Milano 1998.

DON LUIGI
COME LO RICORDANO I VOLONTARI DELL'AREA SANITARIA DELLA CARITAS DI ROMA

Non si può ricordare Don Luigi senza pensare alla nozione di 'impegno' che egli stesso ha reso chiara e che ha così fortemente promosso mentre lavorava insieme a noi.

Don Luigi non era l'uomo dei miracoli, era un uomo di impegno grazie al quale abbiamo capito che è possibile fare qualcosa per il mondo in cui viviamo,

ad esempio per gli immigrati che hanno voluto o vorranno stabilirsi nella nostra città.

Non c'è bisogno di ricorrere a miracoli: basta un pò di quella fatica che a volte sembra non portare a nulla, un lavoro spesso sotterraneo, lontano dai clamori e dai riconoscimenti ufficiali eppure così importante per i poveri e per tutti noi.

Don Luigi ha fatto la differenza con la sua concezione di impegno su tutti i fronti, facendoci comprendere che il volontariato non è un'attività settoriale ma totale,

uno stile di vita che richiede attenzione per ogni aspetto della vita umana:

da qui il suo impegno politico, ecclesiale, di padre dei bisognosi, e quell'atteggiamento che gli consentiva di coinvolgersi in qualsiasi progetto senza farsi prendere dalla paura di non riuscire.

Tutto ciò che riguarda l'Altro riguarda noi, quello che fa parte della vita dell'Altro

- la politica, il lavoro, la salute, la casa, il dolore - fa parte della nostra.

Senza questo sguardo totale a spaziare intorno, cos'è un volontario?

Senza l'impegno su tutti i fronti l'attività che svolgiamo resta solo un'altra

tra le tante che ci affaticano, ci prendono tempo,

per le quali ritagliamo piccoli spazi.

La vita di coloro che hanno lavorato con Don Luigi è cambiata.

È cambiata la relazione con quelle persone che si accostano ai vetri delle nostre auto o che svolgono tutte quelle attività che non ci interessano più.

Soprattutto, si è trasformata la nostra visione dell'immigrato,

sono cambiati anche i suoi bisogni, oggi più vicini ai nostri.

Probabilmente questo sarebbe avvenuto anche senza Luigi,

magari per mezzo di qualcun altro...

Comunque, molte cose sono diverse oggi, in Italia,

nel mondo dell'immigrazione e del volontariato,

e per questo cambiamento è stato importante Don Luigi, insieme a tanti altri.

Sono stati importanti gli scontri con i politici, le autorità, l'opinione pubblica.

Battaglie che hanno portato la Caritas di Roma

a toccare e curare le ferite trascurate dalle istituzioni.

Essere attenti a tutto ciò che è intorno a noi,

ad ogni aspetto della vita umana, può essere un modo

per ricordare Don Luigi e provare come lui a impegnarsi 'totalmente'.

SOMMARIO

Atti della VI CONSENSUS e del IV CONGRESSO NAZIONALE SIMM

Lettera del Presidente e del Segretario
della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

S. Geraci

Medicina & Migrazioni. Il caso italiano: la storia e le prospettive

M. Guizzardi

ASL ed immigrati a Bologna

G. Dallari

Cittadini Stranieri Immigrati e assistenza sanitaria nella città di Bologna

G. Bona M. Zaffaroni

Infanzia Straniera Ed Emarginazione

F. Cataldo

Il Bambino immigrato: La realtà siciliana

F. Scarlata

Il Bambino Immigrato: Problemi Infettivologici

AM. Luzi, A Colucci

Immigrazione e salute: l'esperienza del National Focal
Point italiano nell'ambito del Progetto europeo AIDS & Mobility

A. Di Napoli

Medici contro la tortura

G. Castro Cedeno

Colombia: "La tragedia nascosta"

J.L. Ledesma

Untori e Unti nel Sud del mondo.

I. El Hamad , C. Casalini , F. Castelli

Tubercolosi e migrazione

L. Frighi

Ver sacrum et migrationis: Riflessioni storiche sulle migrazioni

N. Diasio

Ambigue convivenze Lo spazio del malinteso nella collaborazione tra medici ed antropologi

A. Tonini

Il progetto "tutela della salute dei cittadini e delle cittadine migranti"
dell'Az. Unita' Sanitaria Locale di Parma

M. Bruschi

FLUMEN

N. Pasini, M. Picozzi

Salute e immigrazione. Un modello teorico-pratico per le Aziende Sanitarie

N. Pasini

Le condizioni di salute degli immigrati nell'area milanese, 1998-1999

A. Trevisan

Organizzazione del centro odontoiatrico caritas in rapporto all'emergenza medica:
la scheda di triage per il pronto soccorso ambulatoriale.

R. Santopadre

La dimensione transculturale in odontoiatria
Diagnosi e terapia nel paziente immigrato e nomade

J. Mato, S. Cavallin, G. Dallari

Sportello informativo telefonico in lingua straniera

N. Nicoli aldini, I. Poggiali, V. Migliori, F. De Santis, P.P. Castellani, F. Di Graci,
C. Garau, F. Falco, N. Tommasini, M.G.Palotti, L. Barbiera, A.M. Mancini.
Considerazioni sul valore epidemiologico delle informazioni raccolte in una popolazione
di immigrati nella città di Bologna.

M. Zaffaroni, R. Osello, A.C. Cigolotti, M. Binotti, L. Strigini, A. Zavallone, G. Bona

Nati a Novara con genitori immigrati nel periodo 1984-1999

Pierfranco Olivani

Indagine sulla popolazione extracomunitaria irregolare, reperita nelle aree dismesse
dal gruppo di "medicina di strada" del naga (milano), nel periodo gennaio-marzo 2000,
e raffronto con indagini precedenti : dati socio-demografici e sanitari.

F. Grippi, G. Bruno, M. Crapanzano, L. Vassallo, N. Gugino, S. Palazzo

Nomadi a Palermo

A. Morrone, G. Franco, I. Buonomini, O. Latini

Le mutilazioni genitali femminili: esperienza dell' Istituto Dermatologico San Gallicano

A. Morrone, G. Franco, T. D'Arca, L. Alessandrini, I. Buonomini, O. Latini

Le persone senza fissa dimora: tra miti letterari e disperazione reale

M. Zaffaroni, M. Binotti, R. Osello, G. Bona

Il bambino zingaro in ospedale Accesso al pronto soccorso, ricoveri e punti nascita

Nicola Napoli

Esperienze in Albania

M. Zaffaroni, E. Lupo, V. Alloni, G. Bona

Le mutilazioni genitali femminili

A. Palma, R. Santopadre, A. Trevisan

Odontoiatria e Zingari

A. Palma, R. Santopadre, A. Trevisan

Importanza dell'anamnesi nella pratica odontoiatrica
e approccio multilingue al paziente immigrato

G.S. Ubaldini

Una realtà africana: il Senegal fra tradizioni, modernità e migrazione

L.J. Dominguez, M. Barbagallo

Fattori di rischio cardiovascolare nei paesi in via di sviluppo

C. Carosino

Laboratorio transculturale per la medicina generale

M. Gulletta, C. Pizzocolo, C. Scarcella, C. Scolari, A.,S. Tedoldi,

A. Matteelli, I. El-Hamad, F. Castelli

Dinamica dell'immunità umorale antimalarica in immigrati

I. El-hamad, A. Matteelli, C. Scarcella, C. Baiguera, C. Scolari,

C. Casalini, A. Beltrame, E. Bombana, F. Castelli

Indagine prospettica su conoscenze, pratiche sessuali e prevenzione delle malattie
sessualmente trasmesse in immigrati clandestini

C. Pizzocolo, M. Gulletta, C. Baiguera, F. Mastaglia, A. Iorio,

C. Scolari, S. Tedoldi, I. El-Hamad

Studio di prevalenza di parassitosi intestinali in immigrati extracomunitari a Brescia

A. Beltrame, A. Matteelli, C. Baiguera, A. Iorio, C. Pizzocolo, C. Pollara,

E. Comberti, M. Gironi, I. El Hamad, F. Castelli

Prevenzione delle MST e dell'infezione da HIV in prostitute extracomunitarie a Brescia

A. Morrone, G. Franco, O. Befeuka Tchangmena, L. Toma

Tre casi di Lebbra in un vecchio Ospedale Dermatologico romano

Vittorio Infante

Considerazioni sul fenomeno della devianza in stranieri immigrati adulti
di diversa nazionalità presenti in Italia

M. C. Grimaldi, C. D'Ambra, G. Scarano, R. Landolfi

Indagine sull'uso di sostanze alcoliche tra gli immigrati extracomunitari.

A. Merini, A. Vigherani

Osservazioni sulla salute mentale dei migranti

G. Dallari

Prostituzione: l'aiuto alla persona tra Sanità Pubblica e Sicurezza Urbana

S. Volpicelli

Immigrati extracomunitari e HIV: i risultati di una ricerca.

L. Milone, M. Meli, L.A. D'Anna, P. Procaccianti

Cause e tipologia di morte in soggetti extracomunitari nel settore medico-legale di Palermo - anni 1993-99.

P. Olivani, G. Cantoni, A. Dangelo, A. De Matteo, B. Fantola, S. Meloni

Indagine sulla popolazione extracomunitaria irregolare frequentatrice dell'ambulatorio naga (Milano) nel periodo gennaio-marzo 1999 e raffronto con indagini precedenti : dati socio-demografici e sanitari

M. Bavastrelli, M. Marangi, A. Fileti, M. Vincenzi, F. Riccardo, F. Facente, S. Sanguigni

Alofantrina e malaria da *P.falciparum* 10 anni di esperienza

D. La Barbera, G. Nicosia

Aspetti psicopatologici della immigrazione dai paesi non CEE: una ricerca sul territorio della città' di Palermo

E Foti, A. Augugliaro, P. Mondello, P. Panagia, A. Pollicino, C. Rizzo

Immigrazione e salute a messina:Attività del "centro salute chirone"

S. Scondotto, A. Proclamà, M. Di Giorgi, M. Affronti

Immigrati e servizi per le tossicodipendenze in Sicilia. Dati preliminari

S. Mansueto, M. Affonti, E. Piccione

Corso di formazione professionale per orientatore socio-sanitario

L. Vernuccio, A. D'angelo, N. La Manna, M. Lupo, G. Mezzapelle, E. Piccione, G. Pepe,

A. Racalbuto, G. Ricco Galluzzo, D. Gullotti, G. B. Rini, C. Salvaggio, R. Sammartino,

G. Schillaci, D. Sorrentino, J. Spanò, M. Tarantello, M. Affronti.

La medicina delle migrazioni: aspetti scientifici e socio-etno-culturali

F. Grippi

Mass media e salute "il caso malaria"

Linee guida per l'applicazione delle leggi attualmente

in vigore (maggio 2000), sul tema "sanità' e immigrazione"

S. Boca, G. Profita, V. Lo Mauro, M. Nangano

Percorsi migratori tra salute e malattia. Un contributo di ricerca

Don Luigi Come lo ricordano i volontari dell'area sanitaria della caritas di Roma

