

**INTERNATIONAL SCHOOL OF MEDICAL SCIENCES,
112th COURSE
TERTIO MILLENNIO INEUNTE:
MIGRATION, NEW SCENARIOS FOR OLD PROBLEMS
A CONSENSUS CONFERENCE VII SEMINAR
V NATIONAL CONGRESS SIMM**

MEMORIAL "LUIGI DI LIEGRO"

19 - 22 MAY 2002 - ERICE - ITALY

ATTI

Le ragioni della Consensus

La Consensus come è noto raccoglie le esperienze che "il volontariato ed il pubblico" 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.

Queste le ragioni di fondo dell'ultima Consensus che si chiudeva all'insegna dell'ottimismo perché la legge sull'immigrazione tentava di regolare la materia cercando un equilibrio tra programmazione dei flussi, politiche di integrazione e contrasto della clandestinità, accogliendo di fatto le istanze e le conoscenze acquisite nel frattempo dal mondo civile del volontariato, di cui la Consensus è stata tribuna autorevole. L'Italia aveva, finalmente, il suo progetto sull'immigrazione che era considerata non più un problema ma, come è giusto che fosse, una risorsa.

Paradossalmente proprio quando si è pervenuti alla maturità legislativa e quando le cause e le dimensioni del fenomeno, ormai abbondantemente conosciute, avrebbero dovuto suggerire misure flessibili e lungimiranti capaci di favorire l'integrazione nel pieno rispetto della legalità, la società si è spaccata in due, una pro e l'altra contro, o quanto meno ostile e diffidente di fronte all'immigrazione: la legge in atto in discussione al Parlamento è infatti caratterizzata da uno spirito repressivo che a conti fatti produrrà effetti contrari a quelli sperati in quanto porterà ad un aumento delle quote di irregolarità e di clandestinità.

Rimane però un ottimismo di fondo che deriva dalla consapevolezza che, intanto, la conoscenza paga sempre e, poi, dal fatto che l'immigrazione ha acquistato una dimensione socio-culturale con la quale è giocoforza convivere.

La Consensus, dando voce alle istanze provenienti dal mondo del volontariato, ha avuto un ruolo importante nella comprensione degli aspetti più peculiari che il fenomeno della immigrazione ha comportato e nella creazione di una medicina più attenta all'uomo ed ai suoi bisogni piuttosto che alle tesi precostituite e ai principi di ordine generale.

La riflessione sulla *medicina transculturale*, i cui punti centrali sono rappresentati dalla consapevolezza che la cultura influenza in maniera sostanziale la tipologia dell'espressione patologica e dalla forza terapeutica della relazione che sembra essere stata trascurata negli ultimi tempi e che sicuramente influenza in modo decisivo il risultato terapeutico finale, caratterizzerà, infatti, l'attuale edizione della manifestazione, ormai giunta al XII anno e farà da collante rispetto alle altre tematiche presentate.

Discuteremo, ad esempio, dell'impatto che i 300.000 *bambini immigrati* presenti in Italia avranno sui servizi materno-infantili perché venga garantito il diritto sancito dalla legge.

In un'ottica di integrazione socio-sanitaria affronteremo il tema della *salute zingara*, con i nodi, le strategie, i bisogni e gli interventi di promozione alla salute.

Ci confronteremo sulle *politiche locali* con i referenti regionali della ex Commissione sull'Immigrazione del Ministero della Sanità, sulla valutazione dell'impatto delle politiche, sull'accesso e sulla fruibilità dei cittadini stranieri regolari e non e sulle esperienze di buone pratiche, perché quanto di positivo fatto nel recente passato non vada perduto.

Si tratta di problemi vecchi ma lo scenario è nuovo perché ha come prima attrice una solidarietà più consapevole in quanto forgiata nel fuoco dell'esperienza vissuta in prima persona.



**Lettera del Presidente e del Segretario
della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni**
SIMM - news, maggio 2002

Cari soci e colleghi,

ci vediamo in Sicilia. La Consensus Conference sui temi sanitari dell'immigrazione, organizzata dal prof. Serafino Mansueto e dai suoi collaboratori, è il nostro più importante periodico appuntamento: un appuntamento che ha scandito alcune tappe significative della storia dell'immigrazione in Italia e ha visto la nostra Società sempre attenta ed impegnata.

Dicembre 1990, il primo incontro nel freddo atmosferico ma nel contempo nel calore dell'accoglienza di Baida nel palermitano: era il periodo dei diritti negati agli immigrati irregolari e nascosti per quasi tutti gli altri; si era in piena sindrome di Salgari, quando gli stranieri erano visti in genere come problema e nello specifico sanitario come untori di chissà quali malattie esotiche. Ricordo la sorpresa ed il conforto nella condivisione delle esperienze dei singoli centri, soprattutto legati al mondo del volontariato, i cui dati testimoniavano invece individui sani, malati spesso di povertà ed esclusione; si indicava chiaramente che la migliore cura, la migliore politica sanitaria sarebbe stata l'integrazione, la garanzia dei diritti, l'accesso ordinario al sistema di servizi e processi che garantiscono nel nostro paese una diffusa promozione della salute.

Nel 1992 e 1994 in scenari sempre molto belli della precoce estate siciliana, ci siamo confrontati su condizioni specifiche di sofferenza e malattia, scoprendo progressivamente la questione centrale della medicina delle migrazioni: la relazione con l'altro, l'alterità come risorsa terapeutica, uno sforzo di comprensione che ci fa migliorare umanamente e professionalmente... Ed ancora un capillare impegno per il diritto alla salute per tutti gli immigrati anche quelli non in regola con le norme del soggiorno in Italia che non per questo debbono "avere sconti sulla loro dignità di esseri umani".

La Consensus del 1996 segna lo sdoganamento ed il riconoscimento normativo di questo diritto; parliamo con maggior insistenza di politiche sanitarie che includano, di cittadinanza di diritti, di necessità circa una chiarezza su quale integrazione debba proporre l'Italia per dare certezze agli stranieri e prospettive agli italiani impegnati nell'accoglienza e nella tutela degli immigrati.

Ed ancora, la Consensus del 1998 dove, con soddisfazione, si analizza una nuova normativa in ambito sanitario ha recepito quanto sostenuto negli anni dalla SIMM e che la nostra Società ha avuto la possibilità di contribuire alla costruzione.

Si chiudono così nuovi scenari, non più quelli legati al diritto, ormai riconosciuto per legge,

ma all'analisi di alcune aree critiche dell'immigrazione ancora non completamente conosciute e tutelate: i minori, i rifugiati, le donne sfruttate, gli zingari, ...

Infine con la Consensus del 2000 si individuano nuove strategie: mediazione culturale in un'ottica di complessivo sistema di mediazione ed accoglienza per ogni cittadino, formazione a tutto campo, riorientamento dei servizi, strutture a bassa soglia d'accesso e ad alto impatto relazionale, la prevenzione sanitaria in ottica transculturale...

Anche in ambito sanitario abbiamo colto il passaggio da una politica dell'emergenza a una politica di governo del fenomeno, di progettualità ampia. Certo permangono problemi aperti in campo sociale ed in quello legato alla "sicurezza". Ciò, a mio avviso, però non giustifica una riforma della normativa sull'immigrazione come quella proposta dall'attuale governo, in cui si risucchia il "cittadino immigrato" a mera "forza lavoro", particolarmente debole sul piano della rappresentanza e quindi sulla tutela dei propri diritti: culturalmente leggo il rischio del passaggio da un processo di progressiva normalità ed inclusione sul piano dei diritti e doveri, a quello di voler mantenere l'altro distinto e separato, inserito, a scartamento ridotto, solo se a noi conveniente. E se la normativa proposta non tocca i diritti sanitari, certamente questa influirà sul sentirsi in salute dell'immigrato: accoglienza, integrazione, rispetto, equità, sono termini di grande valenza anche nel definire profili di salute.

Ancora una volta la Consensus si colloca in un momento "sensibile" della storia dell'immigrazione nel nostro paese. Sapremo ancora interrogarci in modo originale su questa realtà?

Sapremo trovare stimoli per metterci in discussione e promuovere cambiamenti e diffusa sensibilità?

E' un augurio ... è un impegno.

Salvatore Geraci

L'assistenza alla nascita dopo l'introduzione delle nuove normative

A. Spinelli, M. Grandolfo, S. Donati, S. Andreozzi, C. Longhi, M. Bucciarelli, G. Baglio (Istituto Superiore di Sanità, Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, Roma), (Agenzia di Sanità Pubblica, Regione Lazio)

Introduzione

Pochi dati sono disponibili in letteratura sulla situazione dell'assistenza alla nascita ricevuta dalle donne straniere in Italia e sugli esiti. Da un'analisi dei dati nazionali, l'Istat ha calcolato per il 1994 un tasso di natimortalità pari a 6.6 per 1000 per le coppie straniere a fronte del 4.9 per 1000 per le coppie padre italiano/madre straniera e 4.1 per le coppie italiane (Istat, 1998).

Simili risultati sono stati osservati nel Lazio nel periodo 1992-96: vi sono stati 7.4 nati morti per 1000 nati in caso di madre straniera rispetto a 3.5 tra le italiane (Miceli M. e Di Lallo D., 1996). Differenze sono state trovate anche nella mortalità neonatale (9.3 bambini morti nei primi 28 giorni di vita per 1000 nati vivi da madre straniera rispetto a 4.4 per 1000 tra le italiane) e quella post-neonatale (2.6 morti per 1000 nati vivi con madre straniera e 1.3 per 1000 da quelli con madre italiana). Inoltre la percentuale di bambini con basso peso alla nascita (< 2500 g) è risultata più elevata quando la madre era nata in un paese ad economia in via di sviluppo (circa 9%) in confronto a quella calcolata per i nati da madre nata nel Lazio (5.2%) o in paesi ad economia avanzata (4.4%).

Uno studio per valutare le condizioni di salute alla nascita è stato condotto in 33 punti nascita di 25 città italiane nel 1996-97 (Bona G. *et al.*, 1998). 2424 neonati con genitori extracomunitari sono stati confrontati con 4848 con genitori entrambi italiani. I nati pretermine (età gestazionale inferiore a 37 settimane) sono risultati essere il 14.8% dei neonati extracomunitari e l'11.9% degli italiani. La percentuale di bambini a basso peso alla nascita è stata 9.7% tra i neonati extracomunitari e 6.8% nei controlli. Le corrispondenti percentuali di nati con peso inferiore o uguale a 1500 g sono state 2.4% e 1.2%. I neonati da genitori extracomunitari hanno presentato asfissia neonatale in percentuale superiore rispetto ai controlli (2.3% e 1.2%). Anche i tassi di natimortalità e di mortalità neonatale precoce sono risultati più elevati tra i figli degli extracomunitari: 3.7 nati morti per 1000 nati rispetto a 2.7 tra i neonati da genitori italiani e 7.9 bambini morti nella prima settimana di vita per 1000 nati vivi tra i neonati extracomunitari e 1.9 tra gli italiani.

Infine uno studio su 150 donne provenienti da paesi ad economia in via di sviluppo è stato condotto dal Reparto di Indagini Campionarie di Popolazione del Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) nel 1995-96 per valutare l'assistenza in gravidanza (Spinelli *et al.* 1998). 74 donne extracomunitarie, prevalentemente irregolari, seguite presso quattro centri di volontariato romani e 76 donne extracomunitarie che hanno partorito nel reparto di Clinica Ostetrica del Policlinico Umberto I di Roma (con permesso di soggiorno) sono state confrontate con un campione di 9004 donne italiane (Donati S. *et al.*, 1999).

Marcate differenze sono state osservate tra i tre gruppi sul piano delle conoscenze. Si è evidenziata una grave carenza di informazioni da parte delle donne extracomunitarie rispetto alle opportunità medico-assistenziali e, più in generale, di supporto psico-sociale

che le strutture sanitarie pubbliche offrono alle donne in gravidanza. Ad esempio, oltre il 60% delle straniere non aveva ricevuto informazioni sufficienti sulla possibilità di effettuare una diagnosi prenatale, rispetto al 31% delle italiane. Inoltre, il 67% delle extracomunitarie ha dichiarato di non avere avuto alcuna informazione sull'utilizzo di metodi contraccettivi in puerperio, rispetto al 40% delle italiane.

Sul piano degli atteggiamenti, la distanza tra i gruppi è risultata meno marcata, probabilmente perché le attitudini più direttamente collegabili al ruolo materno sono patrimonio comune di tutte le donne, indipendentemente dallo stato sociale e dai condizionamenti esterni.

Infine, sul piano dei comportamenti, le distanze tra i gruppi tornano a farsi marcate. I comuni indicatori di utilizzo dei servizi in gravidanza confermano per le donne extracomunitarie il rischio di una sorveglianza prenatale ridotta. Il follow-up tende a iniziare con un ritardo di circa un mese per le donne immigrate e la cadenza dei controlli appare notevolmente più diradata.

Il quadro generale che emerge dunque è quello di una popolazione, quella delle donne immigrate, fortemente svantaggiata sul piano delle conoscenze, discriminata nell'accesso alle strutture socio-sanitarie e quindi con conseguenze negative sugli esiti alla nascita.

Al fine di poter valutare i cambiamenti avvenuti nel tempo e l'influenza della normativa del 1998, che ha esteso alla componente irregolare il riconoscimento giuridico del diritto all'assistenza in area materno-infantile, è stato condotto dall'ISS uno studio sull'assistenza alla nascita tra le donne straniere nell'ambito del progetto "Indagine clinico-epidemiologica sulla condizione di salute della popolazione immigrata e nomade presente in Italia, con particolare riferimento alla realtà della donna e al rischio di insorgenza di malattie sessualmente trasmesse, di infezioni riemergenti e da importazione", coordinato dal Dr. Aldo Morrone dell'Istituto San Gallicano e finanziato dal Ministero della Sanità.

Sono qui presentati i risultati preliminari dello studio relativi all'assistenza in gravidanza.

Obiettivi dello studio

1. Valutare le conoscenze e gli atteggiamenti sulla gravidanza, sul parto e sul puerperio da parte di donne immigrate provenienti da Paesi ad economia meno avanzata che hanno recentemente partorito in Italia.
2. Rilevare i comportamenti in gravidanza e al parto come misura indiretta del grado di accessibilità dei servizi sanitari pubblici e della disponibilità degli operatori.
3. Valutare la soddisfazione delle donne immigrate per quanto riguarda l'assistenza alla nascita.
4. Aumentare le conoscenze sui servizi sanitari pubblici tra le donne immigrate attraverso la realizzazione di materiale divulgativo preparato insieme alle comunità di immigrate.

Materiali e metodi

Per poter raggiungere gli obiettivi sopraindicati, il Reparto di Indagini Campionarie di Popolazione del Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha invitato tutte le Asl del Comune di Roma a partecipare ad uno studio sul

percorso nascita tra le donne immigrate provenienti da Paesi ad economia meno avanzata. Cinque centri nascita hanno deciso di aderire: Ospedale Policlinico Casilino, Ospedale Sandro Pertini, Ospedale Policlinico Umberto I, Ospedale S. Giovanni Calibita Fatebenefratelli, Ospedale S.Eugenio.

Tutte le donne immigrate che si sono rivolte a questi centri nascita per partorire dal 14 ottobre 2000 al 13 febbraio 2001 sono state contattate per essere intervistate. Le interviste sono state effettuate il giorno prima della dimissione da ostetriche addestrate dai ricercatori dell'ISS. Nel caso di non conoscenza della lingua italiana da parte dell'intervistata, le intervistatrici potevano chiedere il supporto di mediatrici culturali-interpreti, anche loro addestrate dai ricercatori dell'ISS alla conduzione dell'intervista. Non sono state contattate le donne con gravi complicanze o il cui neonato presentava problemi che hanno richiesto il ricovero.

Il questionario utilizzato per l'indagine è stato preparato insieme all'Associazione "Candelaria", ONLUS formata da donne di diverse comunità di immigrate, e ad altri esperti nel settore. L'associazione "Candelaria" ha anche partecipato alla conduzione di alcune interviste. L'ISS ha inoltre preparato un manuale per la conduzione dell'intervista che è stato consegnato alle intervistatrici e alle interpreti.

Per sopperire alle carenze tra la popolazione immigrata di informazioni sulle leggi in campo sanitario in vigore in Italia e sul Servizio Sanitario Nazionale, più volte evidenziate dalle comunità di immigrate e dagli operatori, sono stati prodotti dall'ISS e dall'Associazione "Candelaria" due depliant: uno sui diritti in campo sanitario da parte della popolazione immigrata e l'altro sui servizi sanitari pubblici. I due depliant sono stati stampati in sei lingue: italiano, inglese, francese, spagnolo, arabo e cinese. Tutte le donne contattate dalle intervistatrici, dopo l'intervista, hanno ricevuto copia dei due depliant e un piccolo questionario per valutare il materiale ricevuto.

I questionari raccolti sono stati consegnati all'ISS che ha provveduto al controllo dei dati, alla codifica, all'immissione su supporto magnetico e all'analisi statistica.

Risultati e Discussione

Delle 361 donne contattate, 318 sono state intervistate (tasso di rispondenza pari a 87.1%), 24 hanno rifiutato di partecipare (6.6%) e 19 (5.3%) sono uscite dall'ospedale prima di essere contattate (il 93% di quest'ultime erano donne nomadi).

Le donne intervistate nei 5 ospedali provenivano da 54 paesi: 138 (43.4%) dall'Europa dell'est, 80 (25.2%) dall'Asia, 53 (16.7%) dall'America centro-sud e 47 (14.8%) dall'Africa. I gruppi più numerosi sono risultati essere: Rumene (52 donne), Filippine (32), Peruviane (26), Polacche (24), Slave (18), Albanesi (17), Cinesi (11) ed Egiziane (11). Questo dato è in accordo con i dati nazionali che indicano una presenza molto eterogenea degli immigrati e delle immigrate nel nostro Paese e l'aumento negli ultimi anni dell'immigrazione dai paesi dell'Est Europa.

La maggior parte delle donne si colloca nella fascia 20-34 anni (81.1% del totale).

Generalmente queste donne in Italia sono casalinghe (47.2%) o svolgono attività come colf o baby sitter (28.9%), particolarmente le asiatiche e le latino americane.

Il 55.3% delle donne era al primo figlio e solo il 4.7% ne aveva già 3 o più.

Il 22.6% delle donne, quando ha pensato di essere incinta, ha semplicemente aspettato, mentre il 40.3% ha eseguito un test di gravidanza a casa.

Il 17% delle intervistate ha avuto difficoltà ad essere assistita durante la gravidanza, con percentuali più elevate tra le donne dell'Est Europa.

Nella tabella seguente sono riportati i dati relativi ai principali indicatori di assistenza in gravidanza. I dati dell'indagine qui presentata (indicati nella colonna "immigrate 2000-01") sono confrontati con i risultati delle indagini condotte nel 1995-96 tra le donne italiane, le immigrate senza permesso di soggiorno ("immigrate irregolari") e quelle intervistate presso il Policlinico Umberto I ("immigrate regolari") già citate nell'introduzione (Donati S. *et al.*, 1999; Spinelli A. *et al.*, 1998).

Tabella 6. Indicatori di assistenza in gravidanza

	ITALIANE (1995-96)	IMMIGRATE IRREGOLARI (1996)	IMMIGRATE REGOLARI (1995-96)	IMMIGRATE (2000-01)
Non assistite in gravidanza	0.5%	—	3%	4%
1 ^a visita dopo il 1° trimestre	10%	42%	25%	16%
Numero medio ecografie	5	2	3	3
Mese 1 ^a ecografia	3°	4°	4°	3°

Il 96% delle immigrate intervistate nel 2000-01 è stato seguito da un operatore sanitario durante la gravidanza. Questo valore risulta simile a quello osservato tra le immigrate nel 1995-96 e di molto inferiore a quello delle italiane (solo lo 0.5% nel 1995-96 ha riferito di non essere stata seguita da alcuna figura professionale in gravidanza).

Il 16% delle intervistate è stata visitata per la prima volta dopo il 3° mese di gravidanza. In particolare il 2.6% ha effettuato la prima visita all'8°-9° mese. I valori sono peggiori rispetto a quelli osservati tra le italiane del 1995-96, ma di molto migliorati rispetto a quelli riscontrati tra le immigrate nello stesso periodo. Infatti tra le donne senza permesso di soggiorno questa percentuale era pari a 42% e tra quelle regolari a 25%. Questo miglioramento è evidente anche dal dato relativo al valore medio del mese in cui è stata effettuata la prima visita: 3° mese e mezzo tra le irregolari, 3° mese tra le regolari e 2° mese e mezzo tra le intervistate del 2000-01.

Le ecografie eseguite sono state in media 3, numero previsto dai protocolli di assistenza in gravidanza nazionali. Il valore trovato tra le italiane nel 1995-96 era 5, indice probabilmente di una eccessiva medicalizzazione della gravidanza.

Il valore medio e mediano della prima ecografia è il 3° mese, mentre nel 1995-96 risultava essere il 4° mese tra le immigrate.

Il 15.4% delle intervistate ha frequentato un corso di preparazione al parto, la maggioranza presso un consultorio familiare (nel 1995-96 nessuna donna immigrata lo aveva frequentato). I motivi principali per cui nel 2000-01 risultano non aver partecipato ai corsi sono stati: la non conoscenza della loro esistenza (41.9%) e problemi di tempo (22.0%). Ancora una volta si ripropone il problema della mancanza di informazioni e delle difficoltà di accesso alle strutture.

Conclusioni

I risultati dello studio condotto consentono di delineare con sufficiente chiarezza il quadro generale in cui le donne immigrate si trovano a vivere la propria esperienza di maternità. Interessanti elementi di riflessione scaturiscono, in particolare, dal confronto con i dati relativi alla situazione delle donne italiane in gravidanza e delle immigrate nel 1995-96. Da allora, infatti, il riconoscimento giuridico del diritto all'assistenza in area materno infantile è stato esteso anche alla componente irregolare e i servizi, specie nelle grandi città, sempre più dichiarano l'incremento della domanda da parte della popolazione straniera.

All'origine dell'indagine vi è stato l'intento di rilevare i punti critici del percorso nascita tra donne immigrate provenienti da Paesi ad economia meno avanzata e, in particolare, di misurare il loro grado di accessibilità in gravidanza ai servizi sanitari pubblici e la capacità di risposta da parte degli operatori a questa nuova realtà del nostro Paese.

In generale si è osservato un miglioramento dell'assistenza in gravidanza, al parto e puerperio. Ad esempio è diminuita la percentuale di donne che hanno effettuato la prima visita dopo il 1° trimestre (da 25% a 16%), il numero medio di ecografie è quello raccomandato dai protocolli nazionali e il mese della prima ecografia è risultato essere in media il 3°, come tra le italiane. Tuttavia ancora un 4% non ha avuto alcuna assistenza in gravidanza e il 17% ha dichiarato di aver avuto difficoltà ad essere assistita.

Per quanto riguarda i livelli di conoscenze, si evidenzia un miglioramento rispetto ai dati delle immigrate rilevati nel 1995-96, ma risultano ancora inferiori rispetto a quelli osservati tra le italiane. Ciò è stato confermato anche dai giudizi sui due depliant distribuiti. La gran maggioranza delle donne ha dichiarato di non essere a conoscenza delle informazioni fornite o solo di alcune.

Ciò suggerisce, come sottolineato da altri autori (Geraci S. e Marceca M., 1998), la necessità di provvedere a un "riorientamento" complessivo dei servizi. Si intende con ciò sia un ripensamento dell'organizzazione interna del servizio sulla base delle dimostrate esigenze della sua potenziale utenza (come l'apertura di alcuni servizi in fascia oraria pomeridiana e, in particolare, nella giornata del giovedì, la disponibilità di servizi di interpretariato, lo sviluppo del lavoro di gruppo multidisciplinare e lo stimolo all'integrazione sociosanitaria), sia una sua effettiva apertura all'esterno, in raccordo con le altre strutture del volontariato e del privato sociale afferenti al medesimo territorio. Gli operatori dei servizi dovrebbero cercare di raggiungere gli immigrati, e in generale tutte le popolazioni a maggior rischio di eventi negativi, anche al di fuori delle proprie strutture fisiche, andando ad esempio nei luoghi dove queste popolazioni si incontrano. Una difficoltà certamente deriva dall'eterogeneità dell'immigrazione in Italia. Ad esempio in questo studio le donne provenivano da 54 paesi, le cui culture e costumi sono spesso molto diversi.

Un elemento essenziale affinché si possa attuare questo cambiamento di orientamento dei servizi è la formazione degli operatori che è spesso scarsa e lacunosa, persino sulla normativa vigente che regola le diverse possibilità e modalità di accesso alle prestazioni per gli stranieri.

Infine questo studio mostra che un contributo importante può essere fornito dalle stesse comunità di immigrati, sia per evidenziare gli eventuali problemi e le differenze culturali, sia per trasmettere le informazioni necessarie a garantire l'uguaglianza al diritto alla salute.

Ringraziamenti

Gli autori ringraziano l'Istituto San Gallicano e il Ministero della Sanità per il supporto finanziario alla ricerca e i seguenti colleghi per il loro contributo alla realizzazione dello studio:

Patrizia Guidone, M. Pierina Barbarini, Palmira Del Vecchio, Tiziana Malatesta (Policlinico Casilino); Marisa Conti, Amelia Zingarelli, Marina Baldocci, Valentina Mancori, M. Grazia Tocci, Marina Ciolfi, Ida Rinaldi, Simona Vescina (Policlinico Umberto I); Elisabetta Giorgi, Grazia Gravina, Franca Gatto, Laura Brescia, Patrizia Proietti (Ospedale Sandro Pertini); Maria Grazia Pellegrini, Dafne Berrettoni, Maria Teresa Paglia, Giovanna Barra, Chiara Tizzi (Ospedale S. Giovanni Calibita Fatebenefratelli); Anna Grazia Aronica, Marianna Scarinci, Azzurra Osiride (Ospedale S. Eugenio); Maria Del Carmen Arias, Esther Haile, Graciela Boqué, Adela Gutierrez (Associazione "Candelaria"); Maria Edoarda Trillò, Simonetta Martorelli, Salvatore Geraci, Leili Khosravi, Susanna Diku.

Bibliografia

- Bona G, Zafferoni M e Gruppo di lavoro Bambino Immigrato (1998), Stato di salute dei neonati figli di immigrati. Rivista Italiana di Pediatria, 24, 713-718.
- Donati S., Spinelli A., Grandolfo M.E., Baglio G., Andreozzi S., Pediconi M., Salinetti S. (1999) L'assistenza in gravidanza, al parto e durante il puerperio in Italia. Annali dell'Istituto Superiore di Sanità; 35(2): 289-296.
- Geraci S, Marceca M. (1998) Donne e bambini immigrati. In: Geddes M. e Berlinguer G. La salute in Italia. Rapporto 1998. Ediesse, Roma: 43-76.
- Istat (1998), La presenza straniera in Italia negli anni '90. Informazioni 61. Roma, Istituto Nazionale di Statistica.
- Miceli M, Di Lallo D (1996) La salute riproduttiva delle donne immigrate: uno studio nella città di Roma negli anni 1982-1992. Epidemiologia e Prevenzione, 20, 80-82.
- Spinelli A, Baglio G, Donati S, Grandolfo ME, Andreozzi S, Geraci S, Baljovic V, Scassellati G, Ciminelli P, Pollastrini L, Marzano P.(1998) Gravidanza, parto, puerperio: una ricerca su donne immigrate. Atti del convegno "Immigrati e salute sessuale riproduttiva: le risposte dei servizi"; 26-27 novembre 1998; Milano: 35-39.

**Immigrazione e HIV:
"Creazione di una Rete tra i National Focal Point
dei Paesi dell'Area Mediterranea"
(Sottoprogetto nell'ambito del Progetto Europeo AIDS & Mobility)**

A. M. Luzi*, P. Gallo*

Gruppo di lavoro del NFP Italiano**

*Telefono Verde AIDS, Reparto AIDS – MST, Laboratorio di Epidemiologia e
Biostatistica, Istituto Superiore di Sanità, Roma, Italia.

**Lista dei componenti alla fine

Introduzione

Il fenomeno migratorio negli ultimi anni ha interessato, sempre più, i paesi dell'Europa occidentale, richiedendo sia interventi legislativi per regolamentare flussi e status dei cittadini stranieri, sia interventi di politica sanitaria per meglio rispondere alle esigenze di salute degli immigrati e garantire loro una migliore accessibilità e fruibilità dei servizi presenti sul territorio.

Per ottimizzare l'uso delle risorse sanitarie pubbliche da parte dei cittadini stranieri, il National Focal Point (NFP) italiano, coordinato dal Telefono Verde AIDS (TVA) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e costituito da un gruppo di esperti che appartengono a strutture sanitarie pubbliche (Ministero della Salute, IRCCS S. Gallicano, IRCCS Spallanzani, ASL RM/E, Università "La Sapienza"), a Organizzazioni Non Governative (L.I.L.A., Comitato diritti delle prostitute/TAMPEP) e ad Associazioni di Volontariato (Caritas Diocesana di Roma), ha presentato nell'ambito del progetto europeo AIDS & Mobility, coordinato dal Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention di Worden, uno studio per la "Creazione di una rete tra i NFP dei paesi dell'Area Mediterranea", che si è svolto in collaborazione con Grecia, Portogallo e Spagna.

Tale ricerca è stata coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità e ha avuto come obiettivo generale quello di fornire un quadro aggiornato dell'effettiva situazione delle strutture psico-socio-sanitarie pubbliche che si occupano di stranieri con problematiche relative all'HIV/AIDS/MST nei paesi dell'Area mediterranea, che per caratteristiche geografiche e storia, pur in misura diversa e con differenti modalità, sono coinvolti da fenomeni migratori similari.

Obiettivi del Progetto

- Lo studio prevedeva il raggiungimento dei seguenti obiettivi:
- Censimento e mappatura delle strutture psico-socio-sanitarie che si interessano di popolazioni migranti con problematiche relative all'infezione da HIV/AIDS e alle MST nei paesi dell'Area Mediterranea;
 - Creazione di una banca dati informatizzata comune delle strutture psico-socio-sanitarie che si occupano di problematiche sanitarie riguardanti le popolazioni migranti;

- Creazione di una rete tra i NFP dei paesi dell'Area Mediterranea.

Materiali e Metodi

Per il censimento e la mappatura delle strutture sanitarie presenti in ciascun paese partner è stata creata una scheda di rilevazione dati discussa, elaborata e condivisa durante un meeting al quale hanno partecipato i rispettivi rappresentanti dei singoli NFP.

La scheda, suddivisa in due parti, era costituita da 52 item: la prima parte riguardava le informazioni generali sulla struttura; la seconda, più specifica, riguardava le modalità di accesso ai servizi per gli stranieri. Nell'ultimo quesito veniva richiesto di segnalare nome ed indirizzo di strutture psico-socio-sanitarie, non necessariamente pubbliche con le quali i servizi collaborano. Inoltre, è stato predisposto uno spazio, allo scopo di permettere eventuali suggerimenti sul miglioramento della qualità delle strutture che a vari livelli si occupano di assistenza alle persone straniere.

Il progetto è stato articolato nelle seguenti fasi:

- Individuazione dei Servizi psico-socio-sanitari pubblici;
- Censimento dei servizi psico-socio-sanitari governativi che si occupano di Immigrazione/HIV/MST attraverso gli Assessorati Regionali, le principali società scientifiche e l'archivio aggiornato del TVA del Reparto AIDS e MST del Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica dell'ISS. Dai centri presenti nell'archivio del TVA sono state selezionate solo le strutture che hanno contatti diretti con utenti stranieri;
- Preparazione di una scheda per la raccolta dei dati relativi alle strutture da censire inviata tramite posta. Tale scheda compilata dai responsabili, doveva essere restituita utilizzando la busta pre-affrancata;
- Indagine pilota con il coinvolgimento di 10 strutture psico-socio-sanitarie pubbliche, scelte in maniera casuale e rappresentative del Nord, del Centro e del Sud Italia, allo scopo di valutare la validità della scheda;
- Raccolta ed elaborazione dei dati. I dati sono stati raccolti e analizzati centralmente da alcuni ricercatori del TVA dell'ISS. Per la raccolta dei dati è stato elaborato un sistema di data-base che ha permesso la gestione semplificata delle informazioni;
- Analisi dei risultati;
- Stesura del Rapporto Finale per la Commissione Europea.

Descrizione dell'indagine

Il progetto ha coinvolto quattro paesi del Sud Europa (Italia, Grecia, Portogallo e Spagna) che hanno collaborato in modo differenziato. La Spagna ha partecipato con l'istituzione di un Focus Group. La Grecia ha potuto svolgere l'indagine solo presso 9 Centri. Il Portogallo ha inviato 540 schede, ma di queste solo 120 (22,2%) sono state restituite compilate. L'Italia ha inviato 340 schede e ne ha ricevute 177 (52,1%) compilate. Pertanto, l'analisi dei risultati si riferisce ad un totale di 297 schede.

Gli aspetti interessanti che emergono dall'elaborazione dei dati sono i seguenti:

- l'organizzazione dell'assistenza sanitaria agli stranieri segue direttrici diverse, a livello strutturale, in Italia e in Portogallo (ad esempio in Italia i centri intervistati appartengono per la maggior parte al Servizio Sanitario Nazionale (SSN), mentre in Portogallo si è osservata una distribuzione tra SSN e Comunità Autonome);
- le esigenze del personale sanitario che scaturiscono dall'attività di assistenza agli stranieri sono simili (difficoltà a comunicare in generale con il paziente straniero), tuttavia sia per gli operatori sanitari italiani, sia per quelli portoghesi emerge una carenza formativa specifica;
- le difficoltà nel comunicare con l'utenza straniera (differenze linguistiche, culturali, religiose e nell'approccio alla malattia) sono acuite dall'assenza della figura del mediatore linguistico culturale;
- l'intervento di counselling è presente nella maggior parte delle strutture sanitarie del campione italiano, mentre risulta poco praticato in Portogallo. Tuttavia l'attività di counselling può riferirsi a modalità e a contesti di intervento differenti, che potrebbero essere sondati in successive indagini;
- per quanto riguarda la prestazione erogata in modo anonimo è interessante rilevare che in entrambi i paesi l'anonimato è previsto "in tutti i casi" in una bassa percentuale di strutture; tuttavia in Italia l'utente può richiedere l'anonimato in più della metà dei centri, in Portogallo ciò è possibile solo in pochi. In riferimento alla confidenzialità della prestazione in Italia è assicurata in oltre il 60% dei servizi, mentre in Portogallo tale percentuale è di gran lunga inferiore;
- dalla sezione della scheda relativa alla gratuità della prestazione si evidenzia che il SSN italiano sembra assicurare più di quello portoghese, interventi sanitari gratuiti anche per i cittadini stranieri;
- infine, la disponibilità mostrata dalla maggior parte dei centri intervistati sia in Italia sia in Portogallo a collaborare con i rispettivi NFP, induce a ritenere fondamentale la costituzione di una rete sia in ambito nazionale sia europeo.

Considerazioni

Dai risultati dell'indagine scaturisce l'esigenza di migliorare la qualità e l'efficienza dei servizi attraverso la **formazione e l'aggiornamento** degli operatori sanitari e l'inserimento nelle strutture della figura del mediatore **linguistico culturale**, opportunamente preparato e la **creazione di una rete di collegamento** tra tutte le strutture che si occupano di assistenza alle popolazioni mobili.

Inoltre, sarebbe auspicabile, al fine di ottimizzare l'accesso e la fruibilità delle strutture, la realizzazione di **materiale informativo** sui servizi presenti sul territorio, sulle loro modalità di funzionamento e sulla normativa sanitaria vigente.

Infine, i risultati raggiunti rappresentano un contributo importante per la comprensione della situazione riguardante le popolazioni mobili; e potranno essere utilizzati dalle autorità sanitarie dei paesi interessati per poter organizzare programmi sanitari maggiormente mirati ai bisogni degli stranieri presenti nell'Area Mediterranea, nonché dalla Commissione Europea per implementare tali risultati anche in altri paesi: Tuttavia, c'è molto ancora da fare in questo settore della sanità pubblica.

Bibliografia

1. Population mobility and AIDS. *UNAIDS* February 2001, Geneva.
2. Migrant populations and HIV/AIDS. *UNESCO - UNAIDS* June 2000, Geneva.
3. L'immigrazione in Italia dopo il 2000: il tempo dell'integrazione. Anticipazioni Dossier Statistico Immigrazioni 2001. *Caritas Diocesana di Roma*, February 2001, Roma.
4. Geraci S. Approcci transculturali per la promozione della salute. Argomenti di medicina delle Migrazioni. Edizioni Anterem, 2000 Roma.
5. Geraci S. Immigrazione e salute: un diritto di carta? Viaggio nella normativa internazionale, italiana e regionale. Edizioni. Anterem, 1996 Roma.
6. Camoni L, Colucci A, Covre P, D'Agostini A, Gallo P, Geraci S, Luzi AM, Mayer R, Morrone A, Petrosillo N, Spizzichino L, Volpicelli S. Immigration and health: The Italian National Focal Point experience. In *Annali Ist. Super. Sanità*, Roma 2000;36(4):479-490.
7. Salvi N. Un decalogo per l'assistenza sanitaria agli stranieri e una guida pratica per gli operatori sociali e sanitari. In *Agenzia Sanitaria Italiana*, Roma 2001;10:3-5.
8. Anna Maria Luzi et al., "Creation of a net among the NFP of the countries of the Mediterranean Area" Final Report, *Ist. Super.Sanità*, Roma 2001.

PARTECIPANTI AL SOTTOPROGETTO

ITALIA

Membri del National Focal Point dell'Istituto Superiore di Sanità - Roma:

- **Responsabile scientifico del Progetto:**
Dott. Giovanni Rezza, *Reparto AIDS-MST*
- **Coordinatore del Progetto e del National Focal Point:**
Dott.ssa Anna Maria Luzi, *Telefono Verde AIDS*
- **Collaboratori dell'Istituto Superiore di Sanità:**

Dott.ssa Laura Camoni, *Telefono Verde AIDS*
Dott.ssa A. Colucci, *Telefono Verde AIDS*
Sig.ra Anna D'Agostini, *Telefono Verde AIDS*
Dott. Pietro Gallo, *Telefono Verde AIDS*
Dott. Rudi Valli, *Telefono Verde AIDS*
Paola De Castro, *Servizio per le Attività Editoriali*
Sig.ra Manuela Luzi, *Servizio Elaborazione Dati*
Sig.ra Francesca Meduri, *Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica*
Dott.ssa Enrica Rosa, *Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica*
Sig. Daniele Zavattiero, *Servizio Elaborazione Dati*

Membri del National Focal Point appartenenti ad altre strutture:

Sig.ra Pia Covre, *Comitato per i Diritti delle Prostitute - Azzano (PN)*
Dott.ssa Anna Rosa Frati, *Ministero della Sanità, Dip.Prevenzione RM*
Dott. Salvatore Geraci, *Caritas Diocesana di Roma, Area Sanitaria RM*
Dott. Rodolfo Mayer, *Università degli Studi "La Sapienza" RM*
Dott. Aldo Morrone, *IRCCS S.Gallicano - Roma*
Dott. Nicola Petrosillo, *INMI L.Spallanzani, IRCCS RM*
Dott.ssa Laura Spizzichino, *ASL RME, Unità Operativa AIDS RM*
Dott. Stefano Volpicelli, *Lila Centro Studi MI*

GRECIA

- **Coordinatori del NFP:**
Evangelos Vogiatzakis, *Hellenic Center for the Infectious Diseases Control Athens*
Eva Zacharouli, *Hellenic Center for the Infectious Diseases Control - Athens*
- **Collaboratori:**
Jenny Filiou, *Hellenic Center for the Infectious Diseases Control - Athens*
Amalia Mavraki, *Hellenic Center for the Infectious Diseases Control - Athens*
John Xatzistylianakis, *Hellenic Center for the Infectious Diseases Control - Athens*

PORTOGALLO

- **Coordinatore del NFP:**
Carla Martingo, *National AIDS Commission - Lisboa*
- **Collaboratori:**
Ana Maria de Mota Monteiro, *National AIDS Commission - Lisboa*

SPAGNA

- **Coordinatori del NFP:**
Julia del Amo, *Plan Nacional Sobre SIDA - Madrid*
Susana Castillo, *Health Institute Carlos III - Madrid*
- **Collaboratori:**
Maria José Belza, *Plan Nacional Sobre SIDA - Madrid*
Alicia Llácer, *Health Institute Carlos III - Madrid*
Pilar Ramón, *Doctors in the World - Madrid*
Jaén Purificación, *Plan Nacional Sobre SIDA - Madrid*

Per ulteriori delucidazioni in merito contattare:

Dott.ssa Anna Maria Luzi
Reparto AIDS e MST – Lab. Epidemiologia e Biostatistica
Istituto Superiore di Sanità
V.le Regina Elena, 299
00161 Roma – Italia
Tel. 0649902029
Fax 0649387210
E-mail: anna.luzi@iss.it
E-mail: nfp@iss.it

Bambino immigrato e intolleranze alimentari

F. Cataldo

Segretario del Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Immigrato.
Clinica Pediatrica, Università di Palermo

Nella storia del nostro Paese l'immigrazione costituisce un fenomeno relativamente recente (da circa un trentennio, Fig. 1) che negli ultimi anni ha assunto aspetti rilevanti, interessando anche l'età pediatrica: i minori stranieri presenti in Italia e regolarmente censiti (1) erano 125.565 il 1/1/97 e sono più che raddoppiati dopo solo 4 anni,raggiungendo il numero di 277.976 il 1/1/2001.Tale aumento è collegato soprattutto (1) all'incremento dei bambini stranieri giunti in Italia per ricongiungersi alla famiglia di origine (Tabella 1) e all'aumento dei nati in Italia da genitori stranieri (Tabella 2).

E' noto peraltro che l'immigrazione si accompagna a fattori di rischio per la salute,particolarmente nell'età pediatrica (2), e le problematiche sanitarie relative al bambino immigrato, più volte evidenziate dal Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Immigrato (GLNBI),sono da mettere in relazione soprattutto alla povertà,alle carenze igienico-sanitarie,alle precarie condizioni ambientali e alle difficoltà di accesso al Servizio Sanitario Nazionale (2,3,4,5).

Nella nostra Nazione negli ultimi anni l'immigrazione da Paesi Sottosviluppati ha assunto sempre più il carattere della "stabilità", perché buona parte degli stranieri ha un lavoro regolare che ha consentito loro di formare una famiglia. Tale fenomeno ha determinato, come si accennava prima, un rapido incremento dei nati in Italia da genitori immigrati e di minori stranieri che arrivano nella nostra nazione per ricongiungimento familiare. Questi bambini crescono in un background ambientale con abitudini alimentari simili a quelle dei nati da genitori italiani,presentando quindi un rischio di intolleranze e di allergie alimentari sovrapponibile a questi.

Per tale motivo il GLNBI,insieme alla Società Italiana di Gastroenterologia ed Epatologia Pediatrica (SIGEP), ha condotto a livello nazionale una indagine multicentrica sugli aspetti clinico-epidemiologici delle intolleranze e delle allergie alimentari nel bambino immigrato di cui qui di seguito vengono riportati i dati preliminari.

Materiale e metodi

L'indagine, ancora in corso sia per quanto riguarda i Centri aderenti che la raccolta dati, è stata retrospettiva ed ha riguardato gli anni 1999,2000 e 2001.Vi hanno partecipato 12 U.O. di Pediatria con degenze o con ambulatori rivolti alla cura del bambino immigrato,distribuite in maniera omogenea nel territorio nazionale: A) 4 nell'Italia Settentrionale (Milano,Novara,Parma,Venezia); B) 4 nell'Italia Centrale (L'Aquila,Modena,Pisa,Roma); C) 4 nell'Italia Meridionale ed Insulare (Bari,Catania,Messina e Palermo).

Sono state ricercate le cartelle cliniche dei bambini con uno o entrambi i genitori stranieri, affetti dai seguenti stati morbosi: malattia celiaca, intolleranza alle proteine del latte vaccino, altre allergie alimentari (all'uovo, al riso ,alla soia, al pomodoro, ai piselli, alle arachidi, al pollo, al pesce, alla frutta), colite ulcerosa e malattia di Crohn, e ne è stata

valutata la prevalenza nei confronti con i medesimi stati morbosi diagnosticati negli stessi anni nelle stesse UO nei bambini nati da genitori italiani.

Dalle cartelle cliniche dei bambini immigrati sono stati raccolti i seguenti dati: sesso ed età, luogo di nascita, Nazione di origine dei genitori, motivo della presenza in Italia (adozione, ricongiungimento familiare, nascita in Italia, presenza occasionale), modalità di presentazione clinica della malattia, età di insorgenza dei sintomi ed intervallo tra insorgenza di questi ed arrivo in Italia, età alla diagnosi e intervallo tra questa ed inizio dei sintomi, compliance alla dieta ed alla terapia. In totale sono state analizzate 3259 cartelle cliniche di bambini con intolleranze ed allergie alimentari (561 nei Centri dell'Italia Settentrionale, 1870 nei Centri dell'Italia Centrale e 703 nei Centri dell'Italia Meridionale ed insulare). Sono stati anche effettuati dei confronti tra i pazienti nati da genitori immigrati e quelli nati da genitori italiani.

Risultati

63/3259 (1,9%) bambini con intolleranze alimentari avevano uno od entrambi i genitori immigrati. La Tabella 3 mostra la prevalenza dei minori immigrati per ciascuna delle intolleranze e delle allergie alimentari nella popolazione studiata, e la Tabella 4 la frequenza di queste tra i bambini nati da genitori stranieri nelle diverse aree della nostra Nazione (Italia del Nord, Centrale e Meridionale).

La maggior parte di questi bambini (49/63, 77,8%) risiedeva in Italia dalla nascita (48 erano nati in Italia ed 1 era stato adottato sin dalla nascita). Gli altri minori immigrati erano giunti in Italia o a seguito di ricongiungimento familiare (8 soggetti, nella 2° e 3° infanzia), o perché adottati all'età di 2-3 anni (4 soggetti), o perché si trovavano da pochi mesi in Italia per una vacanza (2 soggetti celiaci di 10 ed 11 anni provenienti dall'Africa Sahariana che presentavano sintomi e segni clinici di malattia celiaca sin dai primi anni di vita).

Relativamente al Continente di origine delle famiglie dei bambini immigrati ed al loro gruppo etnico, 16 provenivano dall'Europa Orientale, 17 dall'Africa Settentrionale, 9 dall'Africa Sahariana e Sub-Sahariana, 13 dal Subcontinente Indiano, 4 dall'America Centro Meridionale, 2 dal Medio Oriente e 2 dall'Estremo Oriente. 8 di questi minori avevano un solo genitore straniero. La Tabella 5 mostra ciascuna intolleranza ed allergia alimentare dei bambini immigrati ed il Continente di origine dei loro genitori, e la Tabella 6 la Nazione di provenienza delle due più comuni intolleranze alimentari osservate (la malattia celiaca e la intolleranza alle proteine del latte vaccino).

Nei minori immigrati le modalità di presentazione delle intolleranze alimentari non differivano da quelle dei bambini nati da genitori italiani. Così, la distribuzione delle forme cliniche di malattia celiaca tra i bambini immigrati era molto simile a quella rilevata in un recente (6) studio multicentrico nella popolazione italiana: 14/22 (63,3%) presentavano sintomi gastroenterologici, 7/22 (31,8%) sintomi non gastroenterologici ed uno solo (4,5%) aveva una forma silente (diagnosi posta per il rilievo occasionale della mancanza delle pliche di Kerckring durante una endoscopia per sospetta gastrite da *Helicobacter*). Per quanto riguarda l'intolleranza alle proteine del latte vaccino, nei bambini immigrati i sintomi gastrointestinali (vomito, diarrea cronica, arresto della crescita, etc) e quelli extraintestinali (shock, dermatite atopica, bronchite dispnoizzante, etc) erano presenti rispettivamente nel 60,8% (14/23) e nel 39,2% (9/23) dei casi, con frequenze non molto

diverse da quelle dei bambini nati da genitori italiani (rispettivamente nel 65%, 838/1289 e nel 35%, 451/289 dei casi)

Per quanto riguarda l'intervallo di tempo tra l'arrivo in Italia e la comparsa dei sintomi, questo è stato valutato solo nei 14 bambini nati all'estero, essendo gli altri vissuti nella nostra Nazione sin dalla nascita. In 3 di questi la malattia era già presente all'arrivo in Italia (i due pazienti con malattia celiaca provenienti dall'Africa Sahariana ed uno con allergia al pesce), mentre in 3 questa si è manifestata dopo un intervallo molto breve (1 mese) dall'arrivo in Italia (un paziente con intolleranza alle proteine del latte vaccino, uno con allergia al riso ed un'altro con allergia alla pesca). Negli altri 8 bambini la malattia si è presentata più tardivamente: sei volte dopo 10-24 mesi dall'arrivo in Italia (quattro casi di malattia celiaca e due di allergia alla frutta) e 2 volte dopo 6 anni (un paziente con malattia di Crohn ed uno con la forma silente di celiachia).

Escludendo dalla casistica i 3 pazienti con malattie infiammatorie croniche intestinali, stati morbosi nei quali il tempo tra l'insorgenza dei sintomi e la diagnosi è comunemente lungo perché non sempre facili da diagnosticare, nella maggior parte dei bambini figli di genitori immigrati l'intervallo di tempo tra inizio dei sintomi ed epoca della diagnosi è stato breve: inferiore a 6 mesi in 32 pazienti, ed a 12 mesi in altri 15. Solo in 8 casi la diagnosi è stata posta 18-24 mesi dopo l'insorgenza dei sintomi ed in 5 dopo 3-4 anni.

Per quanto riguarda la compliance alla dieta, i bambini immigrati che non hanno aderito a questa sono stati 16/63 (24,5%), senza alcuna relazione col tipo di intolleranza presentata o con la Nazione di provenienza dei genitori. Peraltro, buona parte di queste famiglie (14/16) aveva un reddito basso o un lavoro irregolare.

Considerazioni

I nostri dati, anche se preliminari, consentono di trarre alcune considerazioni perché la casistica studiata è numerosa (3259 minori con intolleranze ed allergie alimentari) e perché i Centri partecipanti allo studio sono distribuiti uniformemente in tutto il territorio Nazionale.

Da rilevare innanzi tutto che la prevalenza di bambini immigrati tra quelli con intolleranze ed allergie alimentari (63/3259, 1,9%) è sovrapponibile a quella dei minori stranieri nella popolazione infantile italiana: infatti, secondo quanto riportato dal Dossier Statistico della Caritas (1), negli anni presi in considerazione (1999, 2000 e 2001), i bambini immigrati costituivano il 2% di tutti i soggetti in età pediatrica presenti in Italia. I nostri dati confermano inoltre l'osservazione (1) che l'immigrazione nella nostra Nazione sta assumendo sempre più il carattere della stabilità perché la maggior parte (48/63, 76,2%) dei minori stranieri osservati era nata in Italia.

E' da ritenere che le allergie e le intolleranze alimentari rilevate nei bambini immigrati siano correlate alla condivisione da parte di questi di abitudini alimentari di tipo occidentale, simili a quelle della popolazione infantile italiana, ed è probabile che nel prossimo futuro esse possano aumentare perché l'integrazione delle famiglie straniere con i costumi, e quindi con le consuetudini alimentari, della nostra popolazione tende a divenire sempre più stretta.

Peraltro anche il rilievo che le intolleranze e le allergie alimentari interessano bambini originari da tutti i Continenti e che le loro aree di provenienza sono le più disparate suggerisce che l'uniformarsi degli immigrati alle nostre abitudini alimentari favorisce

l'insorgenza di questi stati morbosi. Ciò è apparso particolarmente evidente per le intolleranze alimentari più frequenti nella nostra casistica (la malattia celiaca e l'intolleranza alle proteine del latte vaccino). Significativo a tal proposito è il rilievo che nei bambini immigrati le modalità di presentazione clinica di questi due stati morbosi non erano differenti da quelle della popolazione infantile italiana.

Tra i bambini immigrati la prevalenza di ogni singola intolleranza ed allergia è apparsa sovrapponibile alle altre, suggerendo che questi bambini hanno un rischio nei confronti di tali stati morbosi "generico", e non mirato o rivolto in particolare verso uno di questi. Riteniamo infatti che la frequenza particolarmente elevata di pazienti con malattia di Crohn tra i bambini immigrati, così come l'assenza tra questi di colite ulcerosa, possa essere la conseguenza di un bias nella raccolta dei dati, essendo il numero di pazienti con tali malattie non elevato e verosimilmente non sufficientemente rappresentativo della realtà italiana perché le diagnosi di questi stati morbosi erano concentrate in 2 Centri di Gastroenterologia Pediatrica di riferimento che da soli raccoglievano 38 dei 48 casi di malattia di Crohn e 29 dei 34 casi di colite ulcerosa.

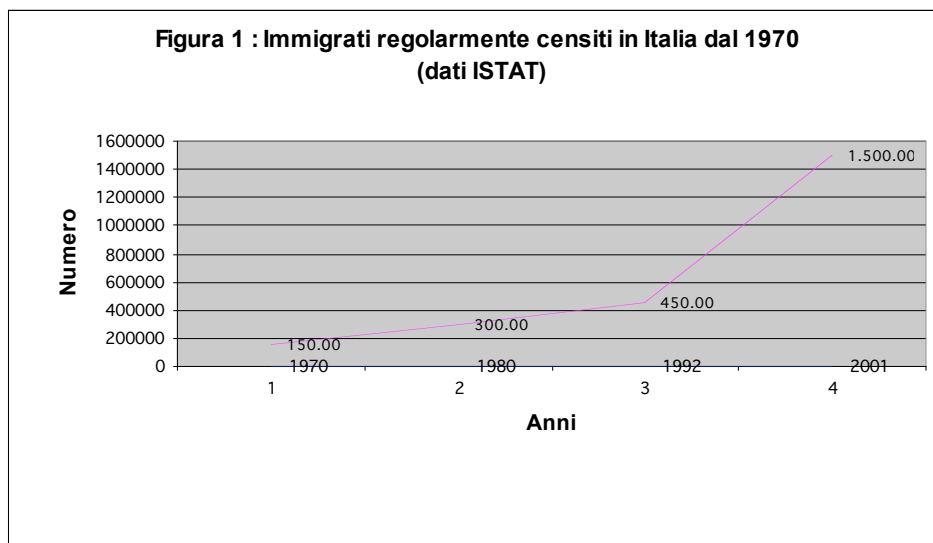
Peraltro se si escludono le malattie infiammatorie croniche intestinali dall'intera casistica, la prevalenza delle altre intolleranze ed allergie intestinali tra i bambini immigrati appare abbastanza simile nelle diverse aree del territorio Nazionale: 8/550 (1,4%) nell'Italia Settentrionale, 39/1891 (2%) nell'Italia Centrale, e 13/677 (1,9%) nell'Italia Meridionale ed Insulare.

Alcuni bambini immigrati hanno presentato segni clinici di intolleranza poco dopo il loro arrivo nella nostra Nazione. Tale fenomeno, non trascurabile dal punto di vista della sua incidenza (è stato riscontrato in 3/11, 27,2% dei minori immigrati giunti in Italia diversi anni dopo la nascita), indica, in analogia a precedenti osservazioni (2), che un brusco e repentino cambiamento delle abitudini alimentari successivo all'arrivo in un Paese Occidentale è un fattore di rischio per l'insorgenza di una intolleranza o di una allergia alimentare. Invece il rilievo che in alcuni bambini questi stati morbosi erano già presenti all'arrivo in Italia sottolinea l'importanza della predisposizione genetica nei confronti di tali malattie.

L'osservazione infine che nella maggior parte di bambini immigrati le intolleranze e le allergie alimentari sono state diagnosticate dopo un intervallo di tempo breve dall'inizio dei sintomi e che la compliance alla dieta è corretta e non correlata alla Nazione di origine, indicano che le famiglie straniere sono attente alle condizioni di salute dei loro figli, a prescindere dalla Nazione di provenienza. Invece la correlazione tra la cattiva adesione alla dieta e le scadenti condizioni economiche sottolinea, come già evidenziato in Italia ed in altre Nazioni sede di rilevanti flussi migratori (3,4,5,7), che le precarie condizioni di vita influenzano sfavorevolmente lo stato di salute della popolazione immigrata.

In conclusione, nell'approccio al bambino immigrato il Pediatra deve considerare anche le allergie e le intolleranze alimentari che presentano una prevalenza sovrapponibile a quella della popolazione italiana in età pediatrica. Probabilmente nel prossimo futuro assisteremo a un aumento di questa patologia nei bambini immigrati sia perché vi è un rapido incremento dei nati da genitori stranieri e dei minori che giungono in Italia per ricongiungersi alla famiglia di origine, sia perché buona parte degli immigrati, stabilizzatasi nella nostra Nazione, tende ad uniformarsi ai costumi e alle abitudini alimentari

italiane. Una delle prossime sfide del Pediatra a favore del bambino immigrato sarà quindi rivolta nei confronti di questi stati morbosi, propri del Mondo Occidentale.



	NATI DA GENITORI STRANIERI	% DEI NATI IN ITALIA
1985	5.500	0,9
1990	11.500	2
1995	20.500	3,8
2000	21.500	4

TABELLA 1 : Nati in Italia da genitori stranieri (dati ISTAT)

1990	2.000
1992	6.500
1994	12.500
1996	18.500
1999	22.000
2000	23.000

TABELLA 2: Minori giunti in Italia per ricongiungimento familiare (Fonte: Ministero dell'Interno)

	BAMBINI IMMIGRATI	NATI DA GENITORI ITALIANI	
Malat. celiaca	22	1099	2%
IPLV	23	1289	1,8%
Altre allergie*	15	729	2%
Colite ulcerosa	0	34	
Crohn	3	45	6,6%
TOTALE	63	3196	1,9%

TAB. 3 : Prevalenza dei bambini immigrati con intolleranze e allergie alimentari nella popolazione studiata .

IPLV : Intolleranza alle proteine del latte vaccino

* = all'uovo, al riso, alla soia, al pomodoro, alle arachidi, al pesce, al pollo, alla frutta, ai piselli.

	NORD	CENTRO	SUD ISOLE
CELIACHIA	7/368 (1,9%)	10/460 (2,2%)	5/271 (1,8%)
IPLV	1/114 (0,9%)	16/838 (1,9%)	6/337 (1,7%)
ALTRE ALLERGIE	0/68	13/596 (2,2%)	2/65 (3%)
CROHN	0/3	3/31 (9,7%)	0/11
COLITE ULCEROSA	0	0/28	0/6
TOTALE	8/553 (1,4%)	42/1953 (2,1%)	13/690 (1,9%)

TABELLA 4 : Frequenza delle intolleranze e delle allergie alimentari tra i bambini immigrati nelle diverse aree della nostra Nazione.

	MALATTIA CELIACA	IPLV	ALTRE ALLERGIE	CROHN	TOTALE
EUROPA ORIENTALE	9	3	3	1	16
AFRICA SETTENTRIONALE	6	7	4	0	17
AFRICA SAHARIANA E SUB- SAHARIANA	3	2	3	1	9
SUBCONTINENTE INDIANO	4	8	1	0	13
MEDIO ORIENTE	0	1	0	1	2
ESTREMO ORIENTE	0	2	0	0	2
AMERICA CENTRO- MERIDIONALE	0	0	4	0	4

TABELLA 5 : Continenti ed aree di provenienza dei bambini immigrati

TABELLA 6 : Numero di bambini immigrati con malattia celiaca o con intolleranza alle proteine del latte vaccino e Nazione di origine.

	MALAT. CELIACA	INTOL. AL LATTE VACCINO
EUROPA ORIENTALE	1	
Macedonia	2	
Romania	2	
Polonia	3	2
Albania	1	
Russia		
Serbia		
AFRICA SETT.		
Tunisia	3	3
Marocco	2	1
Egitto	1	3
AFRICA SAHARIANA E SUB SAHARIANA		
Isole di Capoverde	1	
Saharawi	2	
Isole Mauritius		1
Nigeria		1
MEDIO ORIENTE		
Iran		1
SUBCONT. INDIANO		
Pakistan	3	
Bangladesh		3
Sri-Lanka	1	5
ESTREMO ORIENTE		
Cina		1
Filippine		1
TOTALE	22	23

Bibliografia

- 1) Caritas di Roma. Immigrazione. Dossier Statistico 2001. Edizioni Antarem.
- 2) Salvioli G.P. Il bambino immigrato. Una nuova realtà per il Pediatra. Riv. Ital. Ped. 1994; 20 : 299-310.
- 3) Bona G., Zaffaroni M., Garzoli E., Aguzzi A. Lo stato di salute dei neonati figli di immigrati. Riv. Ital. Ped. 1998; 24 : 713-718.
- 4) Cataldo F., Marino V., Ziino O. Immigrazione e salute : indagine multicentrica sul bambino immigrato in Sicilia. Riv. Ital. Ped. 1999; 25 (Suppl. 3) : 26-30.
- 5) Bona G., Zaffaroni M. Immigrazione e bambini stranieri in Italia. Edit Symposia 2001; 237-250.
- 6) Bottaro G., Cataldo F., Rotolo N., Spina M., Corazza G.R. The clinical pattern of subclinical/silent celiac disease. An analysis on 1026 consecutive cases . Amer. J. Gastr. 1999; 94 :691-696.
- 7) Freeman H.H., Payne R. Racial injustice in health care. New England J. Med. 2000; 343: 1045-1047.

Bioetica Diritti Umani e Multietnicità

Pontificia Università San Tommaso D'Aquino

F. Compagnoni, P. Benevene, E. Baldoni, A. De Leo, R. Rondini

La ricerca, come si è avuto modo di mostrare durante la precedente Consensus, si è posta l'obiettivo generale di rilevare in quale modo le strutture medico-sanitarie rispondono alle esigenze di cura e prevenzione degli immigrati presenti sul territorio italiano, individuando, altresì, le cause che impediscono, o rendono molto difficile, agli stranieri di fruire dei servizi nello stesso modo dei cittadini italiani.

Avviata alla fine del 1999, di respiro triennale, l'indagine si avvia alla sua conclusione. È gradito anticipare alla Consensus i temi più rilevanti e alcune sintetiche conclusioni che sono in elaborazione per il completamento dell'indagine i cui risultati saranno presentati alla fine dell'anno.

La nota dolente che, spesso, ricorre nelle indagini relative all'immigrazione nel nostro paese, quella della grave inadeguatezza dei sistemi informativi a dar conto della complessità della fenomenologia, si presenta ovviamente anche per quanto riguarda l'osservazione dal punto di vista delle problematiche sanitarie.

È difficile, infatti, ancor oggi, ricostruire un panorama statistico di una qualche soddisfacente esaustività, soprattutto per la presenza di fonti di informazioni non omogenee tra loro. La scelta metodologica di condurre un'indagine qualitativa è, però, soltanto in parte dovuta a queste necessità oggettive, derivanti dalla mancanza di un quadro informativo statisticamente esauriente, preciso e completo.

Un certo miglioramento delle conoscenze strutturali dell'immigrazione è, indubbiamente, avvenuto nel corso di questi anni, pur, a volte, nella babele delle cifre. Molti aspetti dovranno essere ulteriormente approfonditi e conosciuti ma è ormai evidente, come i *Dossier* della Caritas rilevano, che il *Policentrismo* è la caratteristica portante del fenomeno migratorio in Italia, sostanziato – in relazione alle sue due gambe, la pressione migratoria dei paesi di provenienza e il richiamo delle reti etniche già operanti sul territorio – in una spiccata differenziazione per zone geografiche italiane e per gruppi etnici di appartenenza.

In ogni caso, il raggiungimento dell'obiettivo della ricerca ci poneva, è evidente, nell'impossibilità di procedere ad un'analisi dell'universo delle strutture sanitarie pubbliche e private esistenti sul territorio italiano, sia pure procedendo su campionatura. Sarebbe stata necessaria un'indagine a sé stante, preliminare, che censisse la totalità dei servizi, comprese, ovviamente, anche le strutture di volontariato più piccole, operanti nel settore.

In effetti, la scelta di condurre una ricerca qualitativa è stata dettata, consapevolmente, dall'esigenza di evidenziare aspetti, tendenze, caratteristiche, che un'indagine quantitativa non sempre pone in evidenza o analizza. L'intenzione è invece quella di far emergere le problematiche più rilevanti, alla luce del bilancio di un decennio di attività, attraverso il contributo di testimoni privilegiati che, pur da differenti angolature - non soltanto quindi operatori dei servizi sanitari – abbiano una visione globale della questione. Del resto, la metodologia qualitativa, se ben applicata, consente, seppure da un altro versante euristico, la significatività dei risultati.

Non è stato, perciò, intento dell'indagine quello di "scoprire" aspetti e temi già abbondantemente messi in evidenza dal "lavoro sul campo" degli operatori, quanto di ricostruire un quadro generale dei fatti, tentando un bilancio e una sintesi che consentano una buona visuale, di respiro generale, del fenomeno, della sua evoluzione nel decennio, degli sviluppi che concretamente possono aspettarsi nel futuro.

Ovviamente l'impostazione metodologica ha tenuto ben presenti i riferimenti statistici più significativi, la cui adozione ha consentito il disegno del panorama di riferimento generale della ricerca, attraverso l'acquisizione delle informazioni recenti provenienti dal Ministero dell'Interno, dalle elaborazioni della Caritas, dalle indagini dell'ISMU. Sono state, altresì, valutate attentamente le novità normative degli ultimi due anni, in particolare il Decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, concernente il "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero".

Obiettivi più specifici dell'indagine sono:

1. La rilevazione delle specificità con le quali le strutture pubbliche e private d'assistenza sanitaria rispondono in maniera differenziata alle esigenze di cura e prevenzione degli stranieri.
2. La rilevazione delle esigenze di prevenzione e cura dei vari gruppi etnici che non sono state evase e di quelle cui si riesce a dare risposta in modo diffuso e sostanziale.
3. L'individuazione delle cause che impediscono agli stranieri di fruire degli stessi servizi socio sanitari offerti ai cittadini italiani (con particolare attenzione a variabili come il linguaggio, i modi della comunicazione, la disponibilità e l'accessibilità dei servizi, l'eventuale inadeguatezza della normativa e/o della sua applicazione).
4. L'individuazione d'eventuali aspetti problematici, che si configurano come aree di gravi violazioni dei diritti umani, come possono intendersi le mutilazioni genitali femminili.
5. L'individuazione di risposte possibili per quanto riguarda il miglioramento dell'organizzazione di servizi medico - sanitari di cura e prevenzione, fruiti dagli stranieri.

Uno sguardo d'insieme

Due ipotesi hanno guidato il lavoro fin dall'inizio; la prima ha considerato che, nel corso dell'ultimo decennio, il variare numerico e qualitativo dei flussi migratori e l'evoluzione della normativa in questo settore hanno prodotto una trasformazione dell'intera fenomenologia socio sanitaria. La seconda ha ipotizzato che tale trasformazione è stata caratterizzata da un progressivo emergere della presenza del servizio sociosanitario pubblico e da un parallelo cambiamento del ruolo delle strutture di volontariato.

L'indagine si è sviluppata attraverso due momenti essenziali, l'analisi delle opinioni di un gruppo di testimoni privilegiati e l'osservazione sul campo di dodici strutture sociosanitarie, disseminate sul territorio nazionale.

Durante la prima fase, l'indagine ha saggiato le opinioni di 45 testimoni privilegiati e di queste interviste ne sono state utilizzate 40. Gli intervistati provengono da organizzazioni

del volontariato (13), dal privato sociale (5), da strutture pubbliche sociosanitarie (9), da esperti in ambito scientifico e accademico (6), da istituzioni (nazionali e locali) (3), da associazioni di stranieri (4). L'intervista, composta di 27 domande, suddivisa in tre parti principali (la *situazione attuale*, i *punti critici* e i *nodi da sciogliere*, le *novità* e le *proposte*) ha inteso saggiare attraverso i testimoni privilegiati l'intera situazione, soffermandosi in particolare su:

- la complessità dell'interazione dei fattori culturali e dell'incidenza di questi nel favorire o deviare la comunicazione tra pazienti stranieri, di differenti nazionalità e culture, e operatore sanitario. Concretamente, molta cura è stata prestata ai diversi aspetti legati alla comunicazione, a quelli collegati alle difficoltà terapeutico-relazionali che si possono presentare nel corso di un rapporto tra paziente straniero e operatore sanitario;
- l'analisi del tema della "mediazione culturale", tema che, a nostro avviso, non è stato ancora sufficientemente sperimentato e valutato negli effetti di applicazione sul campo.

La quasi totalità dei quesiti ha offerto la possibilità di risposte aperte; ciò ha reso necessaria, da parte dei ricercatori, l'elaborazione di categorie interpretative comprensive che fossero in grado, pur rispettando le posizioni espresse, di rendere adeguatamente un quadro interpretativo generale e significativo.

Le opinioni degli esperti testimoniano concordemente l'evoluzione nel decennio dell'assistenza sanitaria agli immigrati, secondo tre percorsi distinti ma interagenti: un'evoluzione legata alla situazione normativa, una di tipo strettamente politico – culturale, una interna e specifica delle strutture.

Con unanimità d'opinioni, l'anno 1995 è stato individuato come lo spartiacque indicativo. Il decennio esaminato appare, infatti, equamente diviso a metà: prima e dopo l'emanazione del decreto Dini che, appunto in quell'anno, costituisce, dal punto di vista normativo, una svolta storica per l'intera questione.

È importante rilevare che l'evoluzione politico – culturale va di pari passo con quella normativa, esprimendosi appieno nel cambiamento complessivo del paradigma di riferimento. Dagli inizi degli anni novanta data, a tutti gli effetti, la nascita di una questione sanitaria legata agli immigrati.

In questo processo di trasformazione, il volontariato è identificato dalla generalità delle testimonianze come una lobby di pressione sui temi dei diritti dei nuovi utenti, della fruibilità delle strutture e degli aspetti legati alla comunicazione tra paziente e medico, che ha esercitato un'influenza decisiva nella modifica dell'apparato legislativo.

Nel corso del decennio, dunque, i parametri culturali di riferimento si modificano, cresce, ovunque, in modo generalizzato il dibattito sui temi che si sono sopra ricordati e sono attivati i primi corsi per mediatori culturali. Dal 1995 al 1996, soprattutto nel 1996 che è l'anno di svolta, si sviluppa la grande emergenza del dibattito sulla pertinenza o meno di inserire mediatori culturali nelle strutture sanitarie.

In tale contesto, si segnalano i primi risultati positivi conseguiti all'interno di alcune strutture sociosanitarie pubbliche, percorsi-pilota molto interessanti che si distinguono per la loro capacità di innovazione in alcune realtà locali.

La maggiore presenza dell'utenza femminile nei consultori e nei servizi di pediatria e materno – infantile è ugualmente da ascrivere a efficace segnale di cambiamento del clima culturale generale, stavolta come segnale corretto da parte dell'utenza.

Tutte le questioni citate, indistintamente, hanno consentito, di porre mano a modifiche e a risoluzione dei problemi, di affinare la conoscenza sia dell'articolazione delle diverse etnie presenti sia, soprattutto, delle loro specificità culturali.

Con l'interagire di questi diversi fattori, è inevitabile che le strutture, sia pubbliche, sia private, si modifichino ciascuna acquisendo una propria caratteristica e specifiche tipologie di risposta ai bisogni. Progressivamente, nel corso degli anni, la sfida è raccolta dal servizio pubblico, al cui interno avvengono i cambiamenti maggiori dei dieci anni.

È indubbio, inoltre, che il servizio pubblico si dimostra sempre più attento all'evoluzione del fenomeno e si organizza fornendo una duplice risposta: da un lato, creando centri specificamente dedicati agli immigrati dall'altro, inserendo l'assistenza sanitaria all'interno di servizi aperti a tutti.

Di ciò fa fede, sia pure con risultati ancora non pienamente soddisfacenti, una tendenza incoraggiante al progressivo, minore ricorso alle strutture del Pronto Soccorso e, soprattutto, una maggiore utilizzazione da parte degli immigrati dei consultori e dei servizi di pediatria e materno – infantile.

È evidente però che il servizio pubblico si è mosso con notevole ritardo e, di fatto, soltanto dopo anni di presenza costante sul territorio di una forte immigrazione.

Tuttavia, i cambiamenti sono avvenuti e di peso specifico rilevante, in molti casi hanno determinato il raggiungimento di livelli elevati di prestazioni e di soddisfacimento dei bisogni anche se permangono gravi sacche di inadeguatezza nei rapporti con l'utenza e accentuate, persistenti, manifestazioni di disinformazione sulle nuove disposizioni legislative.

Ciò che è stato sopra sottolineato per i gettiti informativi, vale anche per quanto riguarda i *servizi ambulatoriali*, poiché non è ancora possibile avere a disposizione flussi complessi e completi di informazioni sull'argomento. È ancora agli inizi, nei servizi delle aziende ASL, un progetto d'azione che distingua le informazioni in relazione alla provenienza e alla cittadinanza e, quindi, se non sporadici tentativi, non si è effettuato alcun tipo di analisi delle informazioni provenienti dalle strutture.

La percezione dell'altro e le aspettative

Un aspetto, a nostro avviso molto interessante, emerso dall'analisi sia delle interviste sia degli studi di caso, riguarda l'esistenza di aspettative specifiche, presenti sia nel personale socio sanitario sia negli utenti nomadi e immigrati. Tali aspettative hanno un peso rilevante nel determinare gli atteggiamenti reciproci e i modi di fruizione dei servizi. Se ne segnala oltre una selezione espressiva.

Lo straniero o il nomade che si rivolge ad una struttura pubblica spesso ha aspettative altissime rispetto ai servizi e alle modalità d'intervento che riceverà. Facilmente interpreterà come l'adozione di un atteggiamento discriminatorio nei propri confronti l'essere sottoposto a lunghe attese e a procedure farraginose, la non accoglienza dei locali, la mancanza di informazioni adeguate ed esaustive: aspetti che anche gli italiani incontrano nel loro contatto con le strutture pubbliche.

Ciò non vuol dire che il funzionamento delle strutture pubbliche sia esente da atteggiamenti discriminatori, a volte riscontrabili nelle modalità organizzative dei servizi, altre volte nei comportamenti di alcuni operatori, o in entrambi. Dalle informazioni raccolte appare con chiarezza che il trattamento degli stranieri è molto diverso secondo il luogo, le strutture o il singolo operatore che incontrano. In generale, però, i testimoni sembrano concordare che, al di fuori delle (poche) strutture dove è presente personale motivato e preparato, il trattamento degli stranieri e, ancora di più, dei nomadi, non è improntato all'accoglienza e all'attenzione alle loro esigenze, poiché utenti.

Un contatto negativo con le strutture pubbliche, soprattutto se ripetuto, induce a sviluppare un senso di diffidenza nei confronti di queste; la sfiducia non riguarda solo la capacità di comunicare e di essere compresi ma, ancora di più, la possibilità di trovare una soluzione adeguata ai propri problemi di salute.

Come gli utenti stranieri, anche il personale medico, paramedico e socio sanitario può essere vittima di aspettative infondate e fuorvianti. Una prima aspettativa, ormai ampiamente documentata in letteratura, riguarda l'ipotesi di trovarsi a diagnosticare malattie esotiche (come quelle tropicali), oppure malattie particolarmente gravi ed infettive (come l'HIV e l'AIDS, che pure ha un immaginario collettivo ancora oggi legato all'idea di "colpevolezza sociale"), oppure malattie rare e sostanzialmente sconosciute in Europa. In realtà, la massima parte delle patologie riscontrate negli utenti nomadi e stranieri deriva dallo stress, dalla povertà e dalle cattive condizioni di vita e di inserimento sociale.

Tali pregiudizi sono superabili, da parte del personale socio sanitario, mediante una corretta informazione/formazione e con l'esperienza. L'informazione, però, ancora oggi fa fatica a trovare la strada. Diverse realtà del privato sociale e strutture socio sanitarie che si occupano di immigrazione hanno svolto e divulgato ricerche che hanno confermato la prevalenza di "malattie della povertà" tra utenti nomadi e immigrati. È un fenomeno abbastanza noto, già da diversi anni, almeno agli addetti ai lavori; eppure, tra la popolazione e una quota ancora significativa del personale medico, permane l'idea che gli immigrati siano fonte di malattie diffuse nei paesi in via di sviluppo.

Altrettanto infondata è la percezione degli stranieri come una categoria culturale unica, sostanzialmente priva di differenze rilevanti al suo interno.

La verità è che neanche persone della stessa nazionalità, lingua e etnia sono uguali tra loro, almeno non più di quanto lo sarebbero due italiani con età, storie personali, formazione, reddito, status socio-familiare e origine regionale diverse. La disomogeneità presente all'interno dei gruppi immigrati sembra essere dimostrata anche dalla difficoltà, incontrata nel corso della nostra ricerca, a individuare organismi rappresentativi delle varie nazionalità di immigrati.

La mediazione culturale e i mediatori

In ambito sociosanitario, la crescente presenza di stranieri ha portato a una revisione delle modalità d'intervento per meglio rispondere alle esigenze della nuova utenza e più in generale a una riflessione sul sistema, a partire dalla comunicazione nel rapporto tra medico e paziente.

Proprio a causa dei problemi di tipo comunicativo con gli utenti stranieri si è giunti gradualmente a una "riscoperta" della comunicazione stessa come elemento importante

nella relazione tra l'operatore sociosanitario e il paziente, non solo straniero, ma anche autoctono.

Così come in altri ambiti, anche nel settore sociosanitario la mediazione culturale e l'inserimento di figure professionali ad hoc rappresenta una possibile soluzione al problema della comunicazione; soluzione che, come vedremo più avanti, per diversi motivi e a diversi livelli non è condivisa da tutti i testimoni privilegiati intervistati all'interno della ricerca realizzata.

In ambito sociosanitario, la crescente presenza di stranieri ha portato a una revisione delle modalità d'intervento per meglio rispondere alle esigenze della nuova utenza e più in generale a una riflessione sul sistema, a partire dalla comunicazione nel rapporto tra medico e paziente. Proprio a causa dei problemi di tipo comunicativo con gli utenti stranieri si è giunti gradualmente a una "riscoperta" della comunicazione stessa come elemento importante nella relazione tra l'operatore sociosanitario e il paziente, non solo straniero, ma anche autoctono.

Così come in altri ambiti, anche nel settore sociosanitario la mediazione culturale e l'inserimento di figure professionali ad hoc rappresenta una possibile soluzione al problema della comunicazione; soluzione che, per diversi motivi e a diversi livelli non è condivisa da tutti i testimoni privilegiati intervistati all'interno della ricerca.

L'inserimento dei mediatori culturali presenta ancora numerosi aspetti irrisolti e che sussiste una forte discordanza di opinioni sul ruolo ritenuto più idoneo.

Non vi è, infatti, chiarezza né sul ruolo del mediatore, né sulle modalità organizzative del suo inserimento all'interno delle strutture socio sanitarie. La legge prevede la presenza di tale figura in diversi ambiti, da quello giudiziario a quello scolastico. Per quanto riguarda il settore sanitario, tale riflessione si trova a uno stadio meno avanzato e questo comporta, fra l'altro, che molte strutture, che vogliono occuparsi di sanità per gli immigrati e che sentono l'esigenza – almeno in questa fase di transizione e di adeguamento ad una nuova tipologia di utenza – di impiegare mediatori culturali, provvedano sovente autonomamente alla loro formazione. Rimane però l'interrogativo in base a quali criteri e quali obiettivi sia realizzata tale formazione, visto che non vi è ancora chiarezza sufficiente.

In effetti, un primo aspetto critico, che emerge dall'analisi delle interviste, riguarda proprio l'opportunità o meno di impiegare la figura del mediatore culturale all'interno dei servizi sociosanitari. L'inserimento di tale figura rappresenta un aspetto critico, soprattutto se si fa riferimento alla mediazione intesa come traduzione linguistica e/o linguistico culturale, poiché il mediatore si frappone nel rapporto tra l'operatore sanitario e l'utente straniero.

La maggioranza degli intervistati ritiene la presenza dei mediatori culturali necessaria. Vi è, però, una minoranza significativa, circa un terzo degli intervistati, appartenenti soprattutto alle categorie dei medici e degli esperti, che afferma che l'impiego dei mediatori può essere utile ma sicuramente non è necessario.

Ma, pur se l'utilizzo della figura del mediatore è reputata utile dalla maggioranza dei testimoni intervistati, permangono numerosi aspetti critici anche riguardo alle modalità di inserimento di questa figura professionale all'interno dei sistemi sociosanitari. E' pertanto necessario fare estrema chiarezza sui compiti e ruoli da attribuire al mediatore, sull'identificazione delle persone più indicate a svolgere tale ruolo e sulle modalità organizzative di inserimento.

Realizzazione di osservazioni su dodici strutture che operano fornendo servizi sociosanitari agli immigrati

Dai risultati delle interviste ai testimoni privilegiati abbiamo altresì ipotizzato, da un lato che l'attività svolta dai volontari rappresenti un momento di maturazione di esperienze e di accrescimento di competenze; dall'altro, che il volontariato, chiamato a un ruolo di crescente responsabilità, anche in relazione ai processi di riforma del *Welfare State*, abbia avuto un ruolo trainante nell'adeguare il ruolo delle strutture pubbliche.

In conformità a questi presupposti, l'intento euristico è proseguito con l'individuazione di dodici strutture sociosanitarie, allo scopo di analizzarne il funzionamento e le problematiche.

Utilizzando una metodologia affine all'indagine di studi di caso, abbiamo inteso individuare linee di tendenza indicative a meglio comprendere alcuni aspetti dell'intera problematica.

In considerazione di ciò, la scelta dei casi si è orientata - con riferimento ai diversi contesti cittadini o regionali e alle aree operative da noi prescelte - verso realtà di volontariato o strutture pubbliche contraddistinte dall'esistenza di una struttura organizzativa, anche limitata, volta a fornire servizi a immigrati. L'individuazione delle strutture sottoposte a studi di caso ha risposto anche a criteri di rappresentatività geografica.

Si elencano di seguito le strutture prescelte e analizzate.

Bologna:

1. Ospedale Bentivoglio, Azienda A.S.L. Bologna Nord - Reparto di Ostetricia e Ginecologia
2. Centro per la salute delle donne straniere e dei loro bambini, Azienda A.S.L. Città di Bologna

Firenze

3. Consultorio ostetrico-ginecologico per le donne cinesi di S. Donnino, Comune di Campi Bisenzio

Lecce

4. Azienda USL Lecce 1- Distretto socio sanitario n.6 di Martano, operante presso il centro di permanenza per immigrati "Regina Pacis" di San Foca

Milano

5. Poliambulatorio dell'Opera San Francesco per i poveri

Palermo

6. Poliambulatorio Santa Chiara per cittadini extracomunitari

Roma

7. Ambulatorio STP (stranieri temporaneamente presenti), USL RMB.
8. Progetto Campo Nomadi di Vicolo Savini, A.S.L. RMC
9. Ambulatorio CARITAS di via Marsala
10. Centro Welcome

Torino

11. Poliambulatorio Giovanni Paolo II presso l'Arsenale della Pace gestito dal SERMIG - Servizio Missionario Giovani, Fraternità della Speranza

Verona

12. CESAIM – Centro salute per immigrati

**Profilo clinico-epidemiologico dell'infezione da hiv
in una casistica di immigrati a Brescia**

M. C. Pezzoli, I. El-Hamad, C. Scarcella*, G. Paraninfo, A. Patroni, F. Castelli, G. Carosi

Dipartimento di Malattie Infettive e Tropicali dell'Università di Brescia

Centro Patologia del Migrante

* ASL - 02 di Brescia e Provincia

Obiettivo: descrivere il profilo clinico ed epidemiologico dell'infezione da HIV in immigrati afferenti all'ambulatorio della Clinica di Malattie Infettive e Tropicali di Brescia nel periodo 1987-2001.

Materiali e metodi: lo studio è stato condotto in modo retrospettivo prendendo in considerazione le schede nosologiche di tutti i soggetti stranieri afferiti all'Ambulatorio di sorveglianza dell'infezione da HIV. I dati raccolti sono stati analizzati con l'ausilio di un pacchetto statistico Epi-Info 2000 in riferimento ai seguenti parametri: età, sesso, provenienza, condizione giuridica, fattori di rischio per l'infezione da HIV, stadio dell'infezione, tipo di terapia antiretrovirale, risposta viro-immunologica, patologia marker di AIDS, tasso di ricovero.

Risultati: Tra i 1866 soggetti HIV+, il 10,4% (194) sono immigrati. Di questi, la percentuale dei clandestini è pari al 29%. La proporzione degli stranieri ha presentato un trend crescente: dallo 0,5% nel 1987 al 19% nel 2001. Le caratteristiche prevalenti sono: età media 31,5 anni, non differenze significative di sesso (maschi 55% e femmine 45%), provenienza africana nel 70% dei casi, trasmissione eterosessuale nel 57% dei casi. Il 56% si è presentato a visita entro 1 anno dalla HIV positività. Lo stadio di malattia al momento della 1° visita è risultato: A nel 75,5% dei casi, B nel 5%, C nel 19,5%. La conta media dei linfociti CD4+ di primo riscontro era 375 cell/ml, mentre la viremia era: <1000 23%, tra 1000 e 10000 24%, >10000 53%. Il 66% ha avuto accesso alla TARV, di cui il 35% con almeno tre farmaci. Dei 94 pazienti attualmente in terapia, l'87% assume una triplice terapia. La stratificazione per stato giuridico dei pazienti in terapia non ha evidenziato differenze statisticamente significative ($p=0.2$) tra clandestini (53%) e regolari (74%). Tra i casi di AIDS, la tubercolosi rappresenta il 55% delle cause di notifica.

Commento: la presente ricerca mette in evidenza un incremento dei pazienti immigrati affetti da HIV con un profilo epidemiologico che riproduce le principali caratteristiche della malattia da HIV nei Paesi di provenienza. Non vi sono elementi a favore di un ricorso tardivo alle strutture sanitarie da parte degli immigrati e l'accesso alla terapia antiretrovirale risulta ampiamente garantito, indipendentemente dalla condizione di clandestinità.

Compliance e tollerabilità' del trattamento dell'infezione tubercolare latente (Iti) in immigrati clandestini

*Carvalho A.C., *Salari, *Tedoldi S., *Casalini C., *Mastaglia F., *Scolari C., °*El Hamad I., *Nasta P., *Matteelli A.

*Clinica di Malattie Infettive e Tropicali, Università degli Studi di Brescia

° Azienda Sanitaria Locale, Ambulatorio Extracomunitari Brescia

Obiettivi

Comparare il tasso di completamento ed il tasso di eventi avversi di tre diversi regimi di trattamento per l'infezione tubercolare latente in immigrati provenienti da aree ad alta endemia tubercolare:

Disegno dello studio e metodi

studio prospettico, randomizzato, comparativo, in aperto. Sono stati arruolati immigrati clandestini recentemente arrivati in Italia (≤ 5 anni), di età compresa tra 18 e 35 anni, con test tubercolinico positivo (≥ 10 mm) e randomizzati nei tre regimi di trattamento: Isoniazide qd per 6 mesi (braccio A), Rifampicina + Pirazinamide qd per 2 mesi (braccio B), Rifampicina + Pirazinamide due volte/settimana per 2 mesi in regime supervisionato (braccio C). I soggetti arruolati nel braccio A sono stati sottoposti ad una visita ambulatoriale di controllo mensile, i soggetti nel braccio B e C sono stati sottoposti a visita e a controllo delle transaminasi ogni 15 giorni. I valori di transaminasi sono stati controllati in tutti i soggetti prima dell'inizio della profilassi. Ad ogni visita sono stati registrati gli eventi avversi attraverso un questionario standardizzato.

Risultati

Da gennaio 2001 a febbraio 2002 sono stati arruolati 113 soggetti, di cui 96 (85%) di sesso maschile. La maggior parte dei soggetti aveva origine africana (67,3%) e religione islamica (64,6%). 39 soggetti (34,5%) sono stati randomizzati nel braccio A, 37 (32,7%) nel braccio B e 37 (32,7%) nel braccio C. Del totale dei soggetti, il 50,4% (57) ha completato il trattamento, il 28,3% (32) non ha completato e 24 soggetti sono attualmente in follow-up, perciò non sono stati considerati nell'analisi.

I soggetti arruolati nel braccio A non hanno completato il trattamento nel 60% dei casi, mentre nel braccio B e C il tasso di abbandono del trattamento è stato inferiore, 21,2% e 32,3% rispettivamente, con una differenza statisticamente significativa tra (A) e (B/C) ($p < 0,006$), non differenze significative tra il braccio B e C.

Per quanto riguarda il tasso di eventi avversi il 27,6% dei soggetti arruolati nel braccio A ha lamentato uno o più eventi avversi, mentre nel braccio B/C il 33,3% ha lamentato sintomi.

Solo due pazienti hanno sviluppato ipertransaminasemia, uno arruolato nel braccio B ed uno nel braccio C. Il primo ha sospeso il trattamento, il secondo ha completato il trattamento, dopo una breve interruzione.

Conclusioni

Il regime breve con Rifampicina e Pirazinamide per la profilassi antitubercolare è associato ad un più alto tasso di completamento, senza un significativo incremento degli eventi avversi se paragonato al regime standard con Isoniazide. La somministrazione in regime supervisionato non ha dimostrato beneficio statisticamente significativo.

Bambini maghrebini immigrati e rachitismo carenziale.

P.Preti, A. Rossi, A. Perrone

Unità Operativa di Pediatria, Ospedale Civile "Costa"

Porretta Terme, Azienda USL Bologna Sud

Introduzione

L'Azienda USL Bologna Sud si estende su un territorio di quasi 1.724 Km² (per il 90% montano-collinare) comprendente 30 comuni, dei quali 18 collocati appunto in zona montana. In questo territorio aziendale, come del resto in gran parte del territorio italiano, negli ultimi anni è molto aumentata la percentuale dei cittadini stranieri residenti; il fenomeno è particolarmente interessante per quanto concerne la sua distribuzione; infatti risulta una forte concentrazione di cittadini stranieri immigrati nelle aree di montagna, probabilmente per la presenza di fabbriche che offrono lavoro e per il minor costo degli alloggi rispetto alla città.

Tale affermazione trova del resto conferma anche nei dati puramente "numerici"; infatti la percentuale di stranieri residenti, che nella provincia di Bologna è del 2,6%, sale al 2,7% se consideriamo il bacino di utenza dell'Azienda USL Bologna Sud, fino ad arrivare al 3,9% in riferimento al Comune di Porretta Terme. Se poi comprendiamo anche i comuni montani adiacenti la percentuale cresce significativamente fino addirittura al 6,4% (3).

Al 31 dicembre 2000 nel Distretto Sociosanitario di Porretta Terme (che comprende 13 comuni, tutti di montagna) la popolazione straniera residente era rappresentata da 2.434 individui, di cui 1524 di origine maghrebina (1.346 Marocchini e 178 Tunisini) pari al 62,6% del totale, 211 Albanesi pari all'8,7%; il restante 27,9% era costituito da gruppi etnici differenti (Rumeni, Pakistani, Filippini, abitanti dello Sri Lanka e Jugoslavi) (3).

Come si può notare da questi dati tra tutte le etnie rappresentate prevale la maghrebina, e questo giustifica l'afflusso importante di bambini di questo gruppo nei nostri servizi.

Dal 03.09.2000 (data di riapertura della Unità Operativa di Pediatria dell'Ospedale Civile "Costa" di Porretta Terme) al 31.12.2001 furono ricoverati nel nostro Reparto (costituito da quattro posti letto) 202 bambini, di cui 79 (39,2%) appartenenti a famiglie straniere immigrate e 123 (60,8%) di origine italiana; dei 79 bambini stranieri 66 erano maghrebini (83,5%).

L'età media del gruppo di bambini di origine italiana era di 42,43 mesi \pm 40,58 DS (3,218 anni \pm 3,38 DS), mentre l'età media del gruppo di bambini di origine straniera era di 50,41 mesi \pm 41,54 DS (4,201 anni \pm 3,46 DS).

Nella maggioranza dei casi il ricovero fu motivato da patologie respiratorie, gastrointestinali e traumi.

Tre bambini maghrebini (ossia il 4,5% dei ricoverati di tale etnia) furono riscontrati affetti da rachitismo clinicamente manifesto; mentre per uno di essi la patologia carenziale era già nota all'ingresso, in quanto diagnosticata precedentemente presso altro Presidio Ospedaliero, per gli altri due la diagnosi dell'alterazione del metabolismo calcio-fosforo fu sostanzialmente casuale e svelata da esami bioumorali di routine eseguiti nel corso del ricovero.

Nessun caso di rachitismo fu riscontrato in tutti gli altri piccoli pazienti ricoverati (sia italiani sia appartenenti ad altri gruppi etnici).

Riportiamo schematicamente di seguito i dati salienti (anamnesi patologica remota e prossima, obiettività all'ingresso, esiti delle principali indagini strumentali e di laboratorio, eseguiti durante il ricovero) relativi ai suddetti tre pazienti.

Descrizione dei casi

Le difficoltà oggettive relative alla situazione logistica ed all'età dei piccoli pazienti ci hanno indotto ad adottare esclusivamente, nella definizione della diagnosi, gli esami laboratoristici e strumentali che riportiamo, unitamente al criterio "ex adiuvantibus" della risposta alla terapia con vitamina D2.

1° caso:

K.A., sesso maschile, età 7 mesi; giunto alla nostra osservazione per febbre, pianto inconsolabile ed irritabilità; riferiti tremori degli arti con revulsione dei bulbi oculari.

Esame obiettivo all'ingresso: eruzione al volto di tipo puntiforme, secrezione congiuntivale purulenta bilaterale e modesto edema palpebrale bilaterale, rinite mucopurulenta, membrana timpanica sinistra lievemente iperemica. O.T.: MV aspro. O.C.: non soffi apparenti. Idrocele bilaterale associato ad ernia inguino-scrotale destra. F.A.: 2 cm.

Inquadramento auxologico: Peso 7.500 gr. (>25°<50° pc), Lunghezza 70 cm (90° p.c.) Circonferenza cranica: 46.2 cm (90° p.c.).

Anamnesi patologica remota: Il bambino era stato allattato al seno con integrazione di latte in formula fino al 4° mese di vita e dal 5° mese fino alla data del ricovero il latte in formula era stato sostituito con latte vaccino.

Accertamenti eseguiti all'ingresso:

Ca 6.7 mg/dl.; sideremia 15 mcg/dl; ferritina 65,46 ng/ml, Hb 9,2 g/dl; MCV 67,1 fl; Hb patologiche nella norma.

Rx scheletro: discreto slargamento ed addensamento degli archi costali anteriori, modico slargamento con aspetto a coppa delle metafisi prossimali degli omeri, distali dei femori, prossimali delle tibie. Nuclei epifisari femorali cefalici presenti discretamente trofici con adiacenti linee metafisarie un po' slargate ed irregolari. Presenza di un'immagine calcifica a mezzaluna che appariva seguire il profilo di tutte le creste iliache in maniera simmetrica. Normali gli altri segmenti esaminati.

ECG, EEG, Ecografia Cerebrale: nella norma.

Terapia :

Colecalciferolo + Retinolo (Adisterolo gocce): 3 gocce al dì (750 UI di Vit D). Polivitaminico (Protovit) gocce: 8 gocce al dì. Ca Carbonato (Calcium Sandoz Forte) compresse effervescenti da 500 mg: 3/4 di compressa al dì; Ferromaltoso (Intrafer) 12,5 mg (5 gtt) 3 volte al dì .

Esami ematici dopo una settimana di trattamento:

Ca 8.8 mg/dl; P 4.1mg/dl; Fosfatasi alcalina 2271 U/l; Dosaggio Paratormone Sanguineo (PTH): 1172 pg/ml (v.n. 9-55).

Valutazione auxologica alla dimissione:

Peso: 7700 gr (50° pc); Lunghezza: 70 cm (90° pc); Circonferenza cranica : 46.3 cm (>90° <97°pc)

Il bambino fu dimesso con la terapia indicata, che eseguì correttamente per circa 4 mesi. Prima della dimissione fu attuato un incontro con il mediatore culturale arabo.

Controlli successivi :

Calcemia 9.6 mg/dl, P 5.1 mg/dl; Fosfatasi alcalina 438 UI/l.; Hb 11,2 g/dl; MCV 67,5 fl. In quella occasione furono eseguiti anche AGA,EMA ed Ac anti-transglutaminasi che risultarono nella norma.

La terapia fu modificata dopo 4 mesi con la sospensione del calcio.

L'ultimo recente controllo (16 mesi di età) ha evidenziato un modesto incurvamento bilaterale delle tibie (gambe a parentesi).

Inquadramento auxologico: Peso 10 Kg. (>10°<25° pc), Lunghezza 83 cm (>75°<90° pc) Circonferenza cranica: 50.7 cm di diametro (>90°<97° p.c.).

Esami ematici:

Calcemia 10.3 mg/dl, P 5.9 mg/dl; Fosfatasi alcalina 640 UI/l. PTH 23 pg/ml.

Rx scheletro: normalizzazione delle lesioni a carico del segmento toracico e degli arti superiori. Permaneva invece un certo slargamento con aspetto a coppa delle metafisi prossimali e distali dei femori e prossimali delle tibie. Nuclei epifisari femorali cefalici presenti discretamente trofici con adiacenti linee metafisarie un po' slargate ed irregolari.

Terapia attuale

Adisterolo gocce: 2 gocce al dì, Polivitaminico (Protovit) gocce: 8 gocce al dì, Intrafer 5 gtt x 3 al dì.

2° Caso

A.S., sesso maschile, 11 mesi di età; giunto alla nostra osservazione per febbre, rinite sierosa-mucosa, tosse stizzosa, dermatite.

Anamnesi patologica remota: Il bambino era stato allattato al seno fino all'età di 10 mesi e successivamente divezzato in maniera piuttosto rapida e con l'impiego contemporaneo di vari alimenti. Tre mesi prima del ricovero era stato eseguito un prelievo ematico dietro richiesta del curante per la presenza di scarso incremento staturale-ponderale, disappetenza, fontanella ampia e a bombè, che aveva dato il seguente risultato:

Calcemia 5,6 mg/dl, Fosfatasi alcalina 3169 UI/l.

Alla luce degli esami era stata iniziata terapia con Adisterolo alla dose di 2 gtt al dì (500 UI).

Esame obiettivo all'ingresso: rinite sierosa-mucosa, faringe iperemico, CUE iperemici. O.T.: note catarrali diffuse e broncospasmo di lieve entità. O.C.: soffio sistolico 1-2/6 c.c. con sdoppiamento del 2° tono. Dermatite al volto, alle pieghe delle ginocchia e dei gomiti ed a livello genitale su base verosimilmente atopica. Bozze frontali prominenti, fontanella ampia (1,5 x 1,5 cm), torace lievemente svasato.

Inquadramento auxologico:

Peso 8200 gr (> 10°<25° pc); Lunghezza 66 cm (< 3° pc); CC 46.2 cm (>50°<75° pc).

Esami eseguiti:

Calcio 8,9 mg/dl; P 4,9 mg/dl, Fosfatasi alcalina 1047 UI/l. PTH 248 pg/ml, Hb 11,3 g/dl; MCV 68 fl Fe 17 □g/dl, Ferritina 5,5 ng/ml; Hb patologiche nella norma.

Rx scheletro: non alterazioni osteo-strutturali imputabili a rachitismo carenziale.

Terapia alla dimissione:

Protovit 8 gtt al dì, Adisterolo 3 gtt al dì, Intrafer 4 gtt 2 volte al dì.

Ad un mese dalla dimissione gli esami ematici erano i seguenti:

Calcio 10.6 mg/dl; P 6.1 mg/dl, Fosfatasi alcalina 1145 UI/l. Fe 28 µg/dl, Ferritina 9.2 ng/ml.

Successivamente per ben 4 mesi il bambino non si presentò ai controlli.

Recentemente (15 mesi di età) la famiglia è stata ricontattata; riportiamo gli esami eseguiti in quella occasione:

Calcio 10.2 mg/dl; P 6.5 mg/dl, Fosfatasi alcalina 5695 UI/l.

E' stato appurato che i genitori avevano cessato da tempo di somministrare la terapia indicata (in questo caso non era stato possibile ricorrere all'aiuto del mediatore culturale).

3° caso

A C., sesso femminile, 18 mesi di età; giunta alla nostra osservazione per vomito, riferite scosse tonico-cloniche, lipotimia ed iperpiressia.

Anamnesi patologica remota: La bambina era già in trattamento per rachitismo carenziale (calcitriolo alla dose di 0.25 □g al dì, Calcio lattogluconato + calcio carbonato alla dose di 250 mg al dì, ferro maltoso alla dose di 8 gtt 2 volte al dì) emerso occasionalmente all'età di 15 mesi, durante un ricovero attuato in altra sede per crisi convulsiva.

Dall'anamnesi risultò che la piccola era stata allattata al seno fino all'età di 7 mesi senza supplementazione di Vit. D; il divezzamento con formula non dolce era stato iniziato all'età di 8,5 mesi ed all'età di 11 mesi si erano verificati vomiti ripetuti e rifiuto della alimentazione.

Esame obiettivo all'ingresso: colorito roseo-pallido, mucose rosee, poliadenia laterocervicale ed inguinale, faringe iperemico, tonsille ipertrofiche. MMTT iperemiche. O.T.: MV aspro; O.C. nella norma, addome trattabile, ernia ombelicale.

Si rilevavano inoltre: torace slargato a campana, braccialetto rachitico, varismo simmetrico bilaterale delle ginocchia. Alla deambulazione si notava atteggiamento in intrarotazione dei piedi.

Esami eseguiti:

Calcio 9,8 mg/dl; P 5,6 mg/dl, Fosfatasi alcalina 1115 UI/l.

Veniva dimessa con la terapia in atto al momento del ricovero.

Conclusioni

Nell'ambito delle forme calciopeniche di rachitismo, quello determinato da deficit primitivo di Vit. D, meglio definito come rachitismo carenziale, rappresenta una patologia tipica dell'età pediatrica.

Trattasi della forma attualmente più frequente: praticamente scomparsa (nei paesi più sviluppati) intorno agli anni '60, ha subito un notevole incremento negli ultimi 15 anni (6).

I soggetti più a rischio sono rappresentati da:

- 1) neonati pretermine allattati al seno, senza supplemento con Vit. D e caratterizzati da scarsissime (o addirittura nulle) riserve di calcio .
- 2) neonati a termine alimentati esclusivamente con latte materno senza supplemento con Vit. D
- 3) lattanti di colore che, oltre alla mancata supplementazione con Vit D, sono alimentati esclusiva-mente al seno. In questi soggetti la melanina svolge un'azione competitiva nei confronti del 7-deidrocolesterolo, precursore della Vit. D.
- 4) Inoltre, nel nostro caso, bambini poco esposti ai raggi solari, allattati da mamme a loro volta poco esposte ai raggi solari per motivi culturali, ma non solo (difficoltà della lingua, difficoltà logistiche, ecc.) (4,5).

Alla luce di queste considerazioni, sebbene i numeri a nostra disposizione non ci consentano di poter fare affermazioni “certe” su una eventuale predisposizione della popolazione maghrebina al rachitismo carenziale o sulle concause che la potrebbero determinare, dalla nostra valutazione si evince una maggiore incidenza di tale patologia in questo gruppo di bambini rispetto alla popolazione italiana e/o di altre etnie.

Certamente l'argomento necessita di una maggiore casistica e di uno studio più approfondito. In ogni caso è giustificato proporre fin da ora ai pediatri che seguono bambini maghrebini di insistere sulla integrazione alimentare con vitamina D nei primi mesi di vita, di attuare una adeguata educazione alimentare e, nel dubbio, di eseguire semplici controlli laboratoristici, che potrebbero diventare screening se la cosa venisse confermata nel tempo. La semplice descrizione dei nostri casi dimostra anche quanto sia necessario disporre della mediazione culturale, in quanto aiuta i genitori ed gli operatori sanitari a comprendere e a comprendersi.

Per questi motivi abbiamo previsto la possibilità di usufruire del mediatore culturale nei colloqui ambulatoriali e stiamo allestendo con la sua collaborazione un protocollo di divezzamento per bambini maghrebini, adeguato nutrizionalmente e culturalmente e realizzabile nel nostro contesto.

Bibliografia

- 1) Antonione R., Moro L. I marcatori di rimodellamento osseo. Prospettive in *Pediatria*, 2001, 121:13-27
- 2) Claris Appiani A. I molteplici aspetti dei rachitismi. Prospettive in *Pediatria*, 2001, 121:57-64
- 3) AAVV. Osservatorio delle immigrazioni, Comune e Provincia di Bologna, anno 2001, N. 2, luglio 2001.
- 4) Basilico E. Metta M.G, Bettinelli A. I Rachitismi. Aggiornamenti di Fisiopatologia e Terapia in *Pediatria*.1995, II vol: 85-90.
- 5) Edidin D.V., Levitsky L.L., Schey W., Dumbovic N., Campos A. Resurgence of nutritional rickets associated with breast feeding and special dietary practices. *Pediatrics* 1980, 65:232-235.
- 6) Weick M.T. A history of rickets in the United States. *Am. J. Clin. Nutr.* 1967, 20 1234-1241.

Infezioni nel bambino immigrato: incidenza e prevenzione

R. Giacchino, M. Zaffaroni*, L. di Martino**, G. Losurdo, A. Vercellotti*, G. Bona*

U.O. Malattie Infettive – Istituto G. Gaslini di Genova

* Clinica Pediatrica di Novara

** U.O.C. Pediatria Infettivologica – A.O.R.N. Santobono-Pausillipon di Napoli

Centri e Collaboratori allo Studio Multicentrico del Gruppo Nazionale per il Bambino Immigrato della SIP: Milano (N. Principi, S. Esposito, S. Bosis, L. Claut), Palermo (F. Cataldo, G. Catalano, M. Mulè), Ancona (O. Gabrielli), Aosta (E. Machado), Asti (L. Zannino) Chieti (G. Sabatino, A. Marcucci), Erba (G.C Calligari), Firenze (S. Barni), Ivrea (G. Giaretto, E. Baldoni), Marsala (M. Anastasi), Mazara del Vallo (A. Adamo, G. Lo Coco), Messina (G. Corona, R. Ruggeri, A. Bonarrigo, R. Gallizzi, F. Cassone), Mirano (M. Pitter, E. Frison), Napoli (B. Quarto, M. Vetrella), Parma (R. Viridis, I Dodi), Pescara (G.F. Visci, E. Santilli), Pinerolo (G. Grazia, S. Buffon), Prato (G. Danesi), Sassari (A. Porcu, M. Deiana, A. Attene, P. Spanu), Udine (P. Pecile).

Introduzione

In Italia, la percentuale di persone straniere attualmente presenti con regolare permesso di soggiorno viene stimata al 2,2% del totale della popolazione, 86% degli immigrati proviene da Paesi in Via di Sviluppo.

I soggetti minorenni rappresentano quasi un quinto delle persone straniere, (oltre 230 mila bambini ed adolescenti nel 2000). Il loro numero è certamente destinato ad aumentare in prossimi anni per l'immigrazione di altri bambini per effetto del ricongiungimento familiare, del sempre maggior numero di neonati da genitori stranieri, dal flusso migratorio anche di adolescenti non accompagnati.

Indagini epidemiologiche sulle persone migranti e dei loro bambini, negli ultimi anni hanno studiato lo stato di salute, i fattori di rischio sanitario, le malattie che interessano i neonati ed i bambini di origine straniera. Il sospetto di un significativo arrivo in Italia di patologie da importazione, in particolare di malattie contagiose endemiche nei Paesi in Via di Sviluppo, è stato assolutamente smentito.

I dati delle ricerche hanno evidenziato che in genere le persone immigrate sono soggetti sani, dotate "della necessaria forza lavoro" (spesso con elevato grado di istruzione) e non rappresentano un rischio per la salute collettiva del nostro Paese.

In questo contesto, ancora scarsi sono i dati riguardanti la popolazione pediatrica proveniente da Paesi in via di Sviluppo e quali siano in campo infettivologico gli aspetti epidemiologici, clinici e preventivi delle cosiddette malattie da importazione rispetto ai bambini italiani.

Materiali e metodi

Mediante questionario, sono stati raccolti i dati relativi ai ricoveri negli anni 2000 e 2001 di tutti i reparti dei Centri pediatrici che hanno collaborato alla presente ricerca.

Sono stati valutati per ciascun Centro: tipologia dei reparti, numero totale di ricoveri, ricoveri di bambini immigrati o di origine straniera, ricoveri per malattie infettive.

Sono state in particolare studiati i soggetti ricoverati per: epatite A, epatite B, epatite C, HIV, TBC, lue, malaria, parassitosi intestinale, altre parassitosi (scabbia, toxoplasmosi, leishmaniosi).

Per ciascun bambino ricoverato per una di queste delle malattie infettive, sia italiano che straniero, sono stati valutati: sesso, età, luogo di nascita, nazionalità dei genitori, diagnosi di dimissione.

In ogni caso è stato indicato se l'infezione si è manifestata in seguito a un viaggio all'estero, per recente immigrazione o per adozione, per contagio familiare o per trasmissione verticale.

Casistica

Hanno partecipato alla presente ricerca 21 Centri Pediatrici di numerose regioni Italiane (Figura 1)

In generale, su 44.938 ricoveri, 3.965 riguardano soggetti immigrati o di origine straniera, pari a 8,8 %.

Nei Reparti di Pediatria generale i bambini stranieri rappresentano il 6,4 % dei ricoveri ordinari per tutte le patologie; nei Reparti pediatrici di Malattie infettive gli stranieri rappresentano il 11,9 % dei ricoverati; nei Reparti di Neonatologia i bambini con genitori immigrati da Paesi in via di sviluppo rappresentano in media il 14,7 % di tutti i neonati della presente casistica.

Su un totale di 38.096 ricoveri in reparti di Pediatria, è stata diagnosticata almeno una delle malattie infettive considerate nella presente ricerca nello 0,9% dei bambini: 128 malati erano bambini di origine straniera e 196 gli italiani (nella Tabella 1 sono riportati l'area di provenienza dei bambini ricoverati nei vari reparti).

Su un totale di 6.640 bambini ricoverati in Reparti di Neonatologia, in 66 casi (pari a 1,0 %) è stata diagnosticata una delle malattie infettive considerate nella presente ricerca; 22 bambini con uno o entrambi i genitori immigrati (2,2 % dei neonati di origine straniera); 43 con genitori italiani (pari a 0,7 % di tutti i neonati italiani). Presso Centri Pediatrici di riferimento per le Adozioni Internazionali, su 202 bambini immigrati seguiti, il 29,2 % presentava almeno una delle malattie infettive oggetto dello studio; in 11 soggetti adottati sono state diagnosticate più malattie associate. (Tabella 2)

In 458 bambini (220 stranieri e 238 italiani) sono state diagnosticate una o più malattie oggetto della presente indagine. Vengono riportati i dati riguardanti i bambini affetti da epatite virale (Tabella 3), con sieropositività per HIV (Tabella 4), con infezione o malattia tubercolare (Tabella 5), affetti da malaria (Tabella 6), da parassitosi intestinale (Tabella 7), da leishmaniosi (Tabella 8).

Altre patologie infettive sono riportate in casi sporadici, quali: lue (2 casi italiani), scabbia (26 casi, di cui 20 recentemente immigrati o adottati), echinococcosi (2 casi, di cui 1 immigrato).

Conclusioni

I dati epidemiologici provenienti dalla casistica multicentrica raccolta indicano alcune considerazioni sulla prevenzione, diagnosi e cura delle malattie infettive nei bambini immigrati.

Molti bambini arrivano nel nostro paese con le adozioni internazionali. Questi bambini ormai da tempo, per le indicazioni pediatriche internazionali a cui anche il Gruppo Nazionale per il Bambino Immigrato della SIP ha aderito e anche a seguito dell'affettuosa pressione delle famiglia adottiva, vengono sottoposti a screening che permettono una precoce diagnosi delle patologie.

Differente risulta l'inquadramento delle varie patologie dei bambini immigrati. Spesso la diagnosi viene fatta per patologie acute correlate alla malattia infettiva, ma anche per controlli in corso di patologie comuni per cui i bambini vengono all'osservazione del medico.

Molto importanti per la prevenzione risultano anche i controlli medici che devono essere costantemente effettuati e snelliti nelle pratiche burocratiche per patologie di altri membri della famiglia o i comuni screening effettuati nell'ambito della medicina scolastica.

Le indicazioni del Ministero della Salute riguardanti il protocollo vaccinale da attuare parimenti agli autoctoni nei bambini immigrati hanno un'azione importante sulla prevenzione. Tuttavia, se i bambini nati in Italia, seppur da genitori recentemente immigrati, ricevono in linea di massima le stesse vaccinazioni consigliate ai bambini italiani, non altrettanto avviene per i bambini immigrati dopo la nascita. Nei Paesi in Via di sviluppo, nonostante l'applicazione dell'EPI (Expanded Program of Immunization) varato da OMS e UNICEF, che prevede la vaccinazione contro le principali malattie dell'infanzia (poliomelite, difterite, pertosse, tetano, morbillo e TBC) non esiste in realtà una sicura copertura vaccinale. Perciò ove sia mal documentata o inattendibile l'avvenuta immunizzazione occorre procedere ad una completa rivaccinazione del bambino (Tabella 9).

Il precoce inserimento nella scuola materna è di particolare auspicio per focalizzare le problematiche vaccinali nei bambini immigrati.

Per quanto riguarda l'infezione da HBV negli ultimi anni si sono osservate con una relativa maggiore frequenza, infezioni croniche in bambini stranieri ormai stabiliti in Italia. Infatti in molti paesi con media ed alta endemia, da cui provengono molti dei bambini stranieri, la maggior parte della popolazione si infetta durante l'infanzia, sia per trasmissione verticale sia per via orizzontale per contagio fra bambini. Da dati internazionali la prevalenza di infezioni croniche da HBV tra i bambini provenienti da adozioni internazionali da Corea, Taiwan, Filippine, India risulta attorno al 30%. In Romania la percentuale di bambini infetti non è conosciuta, ma è sicuramente alta in quanto l'infezione cronica di HBV è comune nella popolazione. Molti bambini adottati sono provenienti dalla Romania, ove non esisteva un programma di screening e di immunizzazione, le medicazioni parenterali venivano effettuate con materiale impropriamente sterilizzato e i bambini risultavano spesso sottoposti a trasfusioni neonatali di routine e/o vivevano in squallidi istituti. Uguali problematiche riguardano i bambini provenienti dall'Ex URSS, ove l'infezione è endemica e

la diffusione è accentuata da carenze di materiale ospedaliero per la sterilizzazione con alti livelli di trasmissione nosocomiale. Allo stato attuale risulta perciò importante valutare la potenziale contagiosità per epatite B dei bambini adottati e immigrati, consigliando la vaccinazione anti HBV a tutte le persone a rischio, considerando che i loro coetanei a breve dovrebbero essere tutti protetti dalla vaccinazione obbligatoria dal 1991 in Italia.

Un altro problema emergente riguarda l'infezione tubercolare. Dalla seconda metà degli anni 80 i casi di TBC in Italia sono in aumento con livello di incidenza tra il 15-25 per 100000 abitanti. La malattia è in aumento in particolare nella popolazione adulta immigrata e negli HIV positivi; ma l'infezione TBC, espressa come positività alla tubercolina su popolazione indice italiana, come studenti e militari, è in aumento dal 5% del 1987 al 13% del 1995. Per quanto riguarda i bambini immigrati oltre la possibilità di contagio per la provenienza da paesi con alta incidenza di tubercolosi, il rischio di infezione e di malattia conclamata è aumentata dalle difficoltà economiche e di linguaggio degli immigrati, che vivono in abitazioni sovraffollate, in condizioni igieniche precarie, ed hanno un accesso limitato nei centri di cura per cui non ricevono un trattamento adeguato o mostrano scarsa compliance ai regimi di trattamento. Per la prevenzione dell'infezione tubercolare e della malattia in età pediatrica, devono perciò essere effettuati accurati controlli nei familiari adulti e nei bambini conviventi, deve essere prescritta chemioprophilassi o terapia a dosi adeguate da monitorizzare attentamente dalla struttura specialistica pediatrica. Perciò dalla rilevanza anche nella presente casistica dell'infezione tubercolare nella popolazione del bambino immigrato emerge la necessità di mettere in atto adeguate politiche sanitarie per contenere il problema.

Dall'esame complessivo della casistica raccolta, emerge la necessità di un'attenta e costante sorveglianza anche per malattie inusuali nel nostro paese, con un'accurata anamnesi riguardante la vita dei bambini nel paese di provenienza o riguardanti periodiche visite al loro paese, con la prescrizione di chemioprophilassi come nel caso di malaria o con attenta focalizzazione di quadri clinici atipici come può avvenire nella leishmaniosi.

In conclusione una precisa preparazione dei pediatri che comporti una particolare attenzione nell'inquadramento diagnostico, nel trattamento farmacologico profilattico o a dosi adeguate al trattamento delle malattie può risultare la migliore strategia preventiva per le infezioni nel bambino immigrato.

Bibliografia

1. G. Bona e M. Zaffaroni. "Adolescenti immigrati o di origine straniera". *Minerva Pediatrica* 2001;53:411-418.
2. G. Bona e M. Zaffaroni e coll. "Immigrazione e bambini stranieri in Italia". *Edit Symposia* 2001;9(2):239-250.
3. Caritas di Roma. "Immigrazione. Dossier Statistico 2000". Ed. Anterem, Roma, 2000
4. L. Di Martino, B. Quarto. "Problemi infettivologici del bambino immigrato". *Rivista Italiana di Pediatria* 1999;25(Suppl. 1):22-23
5. Freeman H. P., Payne R. "Racial injustice in health care". *The New England Journal of Medicine*. 2000;343:1045-1047
6. O. Gabrielli, C. Pallottelli, N. Mazzoni et al. "Bilanci di salute del bambino adottato all'estero". *Rivista Italiana di Pediatria* 1999;25(Suppl. 1):38-41.

7. R. Giacchino, E. Cristina, G. Vierucci et al. "Epidemiologia dell'Epatite B nel bambino immigrato". Rivista Italiana di Pediatria 1999;25(Suppl. 1):24-25.
8. R. Giacchino, L. Zancan, P. Vajro et al. "Hepatitis B Virus Infection in Native Versus Immigrant or Adopted Children in Italy Following the Compulsory Vaccination". Infection 2001;29(4):188-91
9. G. Losurdo, A. Timitilli, E. Castagnola et al. "Studio Epidemiologico sulla prevalenza della Tuberculosis nel bambino immigrato". Milano, 22-23 novembre 2001. Congresso Nazionale di Antibiotico terapia in Età Pediatrica: 218
10. B. Quarto, M. Zaffaroni, L. Di Martino et al. "Bambini stranieri ricoverati in ospedale: indagine multicentrica caso-controllo". Ospedale & Territorio. 2000;Vol. 2(Supplemento 1):263
11. Salvioli G.P., Sandri F. "Immigrazione e salute: le nuove frontiere della pediatria italiana". Doctor Pediatria 1996;11(3):7-13.
12. F. Tancredi, L. Tarallo. "Il bambino immigrato e le vaccinazioni. Rivista Italiana di Pediatria 1999;25(Suppl. 1):34.
13. M. Zaffaroni. "Nascere Stranieri" Salute e Territorio 2001;126:111-113,142.

Figura 1 - Centri partecipanti:

- ANCONA
- AOSTA
- ASTI
- CHIETI
- ERBA (CO)
- FIRENZE
- GENOVA
- IVREA (TO)
- MARSALA (TP)
- MAZARA DEL VALLO
- MESSINA
- MILANO
- MIRANO (VE)
- NAPOLI
- NOVARA
- PALERMO
- PARMA
- PESCARA
- PINEROLO (TO)
- PRATO
- SASSARI
- UDINE



Tabella 1 - Area di provenienza di 458 bambini ricoverati con malattie infettive

Reparti di:	Pediatria	Neonatologia	Centri per Adozioni	Totale
Area di provenienza				
America Latina	12	2	15	29
Asia	12	3	10	25
Nord Africa	34	5	0	39
Africa Subsahariana	37	4	6	47
Est Europa	32	10	37	79
Oceania	1	0	0	1
Stranieri	128	24	68	220
Italiani	195	43	0	238
Totale	323	67	68	458

Tabella 2 - Area di Provenienza di 68 bambini adottati con Malattie Infettive

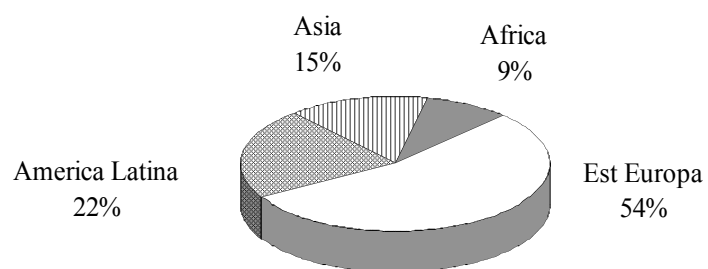


Tabella 3 - Bambini ricoverati con diagnosi di epatite virale o in definizione della trasmissione verticale

Epatite virale	tipo A	tipo B	tipo C
Italiani	25	2	14
Immigrati	13	9	2
Adottati	7	11	3
Totale	45	22	21

Tabella 4 - Soggetti con sieropositività per HIV

		Italia	Africa	America	altre aree	totale
neonati	Madre HIV+	5	2	1	0	8
bambini	< 10 anni	15	5	1	0	21
bambini	> 10 anni	17	1	0	0	18
	ogni età	37	8	2	0	47

Tabella 5 - Malattia Tuberculare: area di provenienza di 33 bambini ricoverati

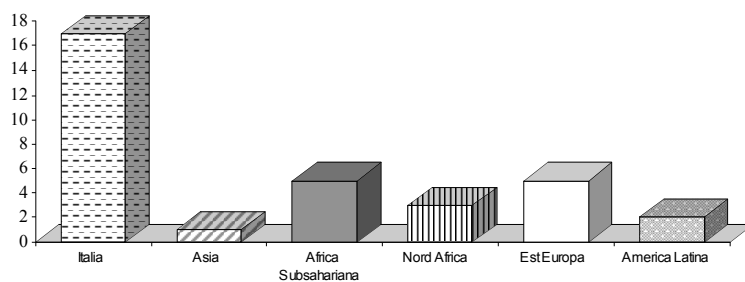


Tabella 6 - Bambini Immigrati affetti da Malaria

Totale n° 11 casi

n° 1 bambino adottato

n° 3 immigrati di recente

n° 7 di ritorno da un viaggio nel Paese
di origine dei genitori (6 nati in Italia)

n° 10 provenienti dall'Africa Subshariana

n° 1 proveniente dall'America Latina

Tabella 7 - Parassitosi Intestinali in 76 bambini ricoverati

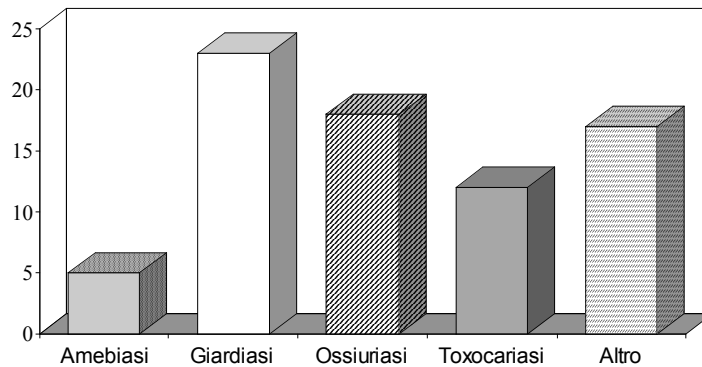


Tabella 8 - Leishmaniosi: area di provenienza di 57 bambini ricoverati

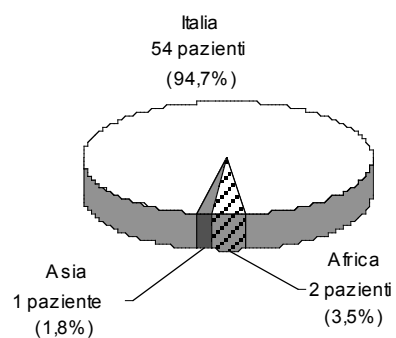


Tabella 9 - Vaccinazioni in soggetti con stato vaccinale sconosciuto o ritardato.

Età al momento della prima visita:

<15 mesi	DTP, POLIO, HBV, Hib
15 - 17 mesi	DTP, POLIO, HBV, Hib, MPR
18 mesi - 6 anni	DTP, POLIO, HBV, MPR
7 anni	Td, POLIO, HBV, MPR

Vaccinazioni successive:

2 ^a dose DTP, Hib	1-2 mesi dopo la prima
3 ^a dose DTP, Hib	1-2 mesi dopo la seconda
4 ^a dose DTP	10-16 mesi dopo terza

2 ^a dose POLIO	1-2 mesi dopo la prima
3 ^a dose POLIO	10-16 mesi dopo la seconda

2 ^a dose HBV	1 mese dopo la prima
3 ^a dose HBV	6 mesi dopo la seconda

Nota: se si dubita nel ritorno del paziente è consigliabile la somministrazione contemporanea di tutti i vaccini indicati per quell'età. In alternativa si possono fissare appuntamenti ad intervalli più ravvicinati e praticare ogni volta un numero minore di vaccinazioni.

Presentazione clinica e caratteristiche epidemiologiche della tubercolosi in una clinica di malattie infettive a Brescia: l'impatto dell'immigrazione

I. El-Hamad, C. Scolari, M. C. Pezzoli, S. Casari, A. Matteelli, C. Scarcella*, F. Castelli

Dipartimento di Malattie Infettive e Tropicali - Università degli Studi di Brescia
Spedali Civili di Brescia

* ASL-02 di Brescia e Provincia

Obiettivi

valutazione delle principali caratteristiche cliniche ed epidemiologiche e dell'impatto della tubercolosi in una struttura di Malattie Infettive a Brescia

Metodi: Lo studio è stato condotto in modo retrospettivo analizzando le cartelle cliniche di tutti i pazienti affetti da tubercolosi ospedalizzati presso la Clinica di Malattie Infettive e Tropicali (CMIT) degli Spedali Civili di Brescia nel decennio 1990-1999. Con l'ausilio di un pacchetto informatico Epi-Info versione 6, i dati relativi alla casistica sia totale sia stratificata per nazionalità e sierostato HIV, sono stati analizzati in relazione ai seguenti parametri: età, sesso, nazionalità, sede di malattia, contagiosità, reattività tubercolinica, sierologia per HIV, tipo di diagnosi, farmacoresistenza, ritardo diagnostico, terapia e tasso di notifica.

Risultati

Complessivamente sono stati ospedalizzati 187 pazienti con malattia tubercolare attiva. Il trend annuale ha mostrato un incremento progressivo e costante dei ricoveri, sia in numero assoluto che in percentuale sui ricoveri totali (da 15 casi pari a 0,94% nel 1990 a 39 casi pari a 3,54% nel 1999). L'analisi della tipologia dei pazienti dimostra inoltre che la quota maggiormente in aumento è rappresentata da soggetti immigrati e da soggetti sieronegativi per HIV. Tra le caratteristiche epidemiologiche della TB emerge una prevalenza del sesso maschile (77.5%) e dell'età giovanile (media di 36.4 anni). La localizzazione della malattia mette in evidenza un'alta prevalenza di forme extrapolmonari (37.4% solo extrapolmonari, 35.3% solo polmonari e 27.3% polmonari + extrapolmonari). Tra gli immigrati vi è una maggiore prevalenza delle forme extrapolmonari (46.7%) rispetto ai casi autoctoni (28.4%) ($p = 0.035$), mentre nei soggetti HIV+ sono più frequenti le forme disseminate (39%) rispetto ai soggetti HIV- (18.1%) ($p = 0.001$). Tra le forme polmonari, il tasso di contagiosità appare decisamente alto nella casistica totale (60.7%) e non mostra differenze di rilievo sia tra i pazienti immigrati (63.4%) ed i pazienti italiani (60.3%) sia tra i soggetti HIV positivi (56.2%) ed HIV negativi (66.5%). La cutipositività alla PPD registrata al momento della diagnosi di TB è risultata pari al 68,8% nei 93 soggetti testati con maggiore riscontro di cutipositività tra i soggetti immigrati rispetto ai soggetti italiani (76,7% vs 54,5%, $p = 0.028$). La sieropositività per HIV nella casistica in toto è stata pari al 43,9%, con il maggiore contributo da parte dei soggetti di nazionalità italiana rispetto agli immigrati (70.5% vs 20,5%, $p = 0.001$). L'alto tasso di HIV positività è chiaramente

riconducibile ad una selezione della popolazione di studio, che è costituita da soggetti afferenti ad un reparto di malattie infettive dedicato alla diagnosi e cura dell'infezione da HIV. La resistenza ad almeno un farmaco antitubercolare è emersa nel 21.7% dei ceppi isolati, senza differenze significative sia tra italiani (23.7%) ed immigrati (20.3%) sia tra pazienti HIV positivi (20.4%) e HIV negativi (22.7%). Le singole resistenze a Rifampicina (RMP) ed Isoniazide (INH), sono risultate pari al 3,1% e 12,4% rispettivamente. In questo ambito, il confronto tra italiani ed immigrati ha messo in evidenza che la resistenza alla RMP è sostanzialmente a carico dei primi (6.7% vs 0%, $p = 0.03$), mentre quella ad INH non presenta sostanziali differenze tra i due gruppi (13.3% vs 11.6%). Il tasso di notifica di tubercolosi, che è stato pari al 70,1% nella casistica globale, è risulta significativamente superiore nei i pazienti immigrati rispetto agli italiani (90.2% vs 68.4%, $p = 0.001$) e nei soggetti HIV negativi rispetto agli HIV positivi (84.8% vs 72%, $p = 0.03$). l'intervallo di tempo che intercorre tra l'esordio della sintomatologia e la diagnosi di malattia è stato pari a circa due mesi. Il criterio diagnostico è stato di tipo microbiologico nel 79% dei casi e l'appropriatezza del regime terapeutico prescritto secondo gli schemi standard riconosciuti dall'OMS è stato del 96,8%.

Conclusioni

la tubercolosi nell'ultimo decennio ha rappresentato nella nostra realtà una patologia crescente prevalentemente a carico di pazienti immigrati e soggetti HIV sieronegativi soprattutto negli ultimi anni. La sede extrapulmonare e gli incrementati tassi di resistenza farmacologica, indipendentemente dalla nazionalità, sono tre le sue principali caratteristiche. La condizione di immigrato non ha comportato differenze significative rispetto ai pazienti autoctoni, in relazione alla gestione diagnostica e terapeutica della malattia. I procedimenti diagnostici ed il regime terapeutico adottati risultano appropriati, tuttavia, dovrebbe essere migliorato l'intervallo di tempo tra l'esordio clinico ed il momento della diagnosi.

Screening per l'identificazione dell'infezione tubercolare latente (itl) tra gli immigrati illegali a Brescia: la necessità di nuove strategie

ACC¹ Carvalho, N¹ Saleri, G.² Boschi, F.¹ Mastaglia, S¹ Tedoldi, C¹ Casalini, A¹ Matteelli, P. Nasta, I^{1,2} El-Hamad.

¹ Clinica di Malattie Infettive e Tropicali, Università degli Studi di Brescia.

² Azienda Sanitaria Locale, Brescia.

Obiettivi

All'interno di uno studio multi-centrico per valutare il rapporto costo-efficacia di diversi regimi di trattamento della ITL, sono stati valutati il tasso di completamento e i fattori di rischio associati alla non-aderenza al programma di screening per l'identificazione dell'ITL tra immigrati illegali della provincia di Brescia.

Metodi

Da Giugno a Dicembre 2001, è stata resa accessibile, a cadenza giornaliera, alle persone che frequentavano l'ambulatorio per gli immigrati dell'ASL, una visita medica gratuita dove era spiegato e proposto lo screening per l'ITL. I criteri per l'inclusione nello studio erano: età ≤ 35 anni, provenienza da paese ad alta endemia tubercolare (prevalenza ≥ 50 casi /100.000), arrivo in Italia da meno di cinque anni, storia negativa per previa malattia tubercolare o terapia preventiva completata. Lo screening consisteva del test tubercolinico (5 UT di PPD-S; Metodo di Mantoux) e della radiografia del torace. Nei pazienti con test tubercolinico positivo (indurazione cutanea ≥ 10 mm) e radiografia del torace negativa venivano misurate le transaminasi prima dell'inizio della terapia preventiva anti-tubercolare. Durante la visita si utilizzava materiale informativo cartaceo ed era consegnato ai pazienti un foglio con informazioni sulla tubercolosi. Il personale medico coinvolto nella visita parlava inglese e francese oltre al portoghese e all'arabo (madre-lingua in questi due ultimi casi).

Risultati

Lo screening è stato offerto a 643 immigrati (69% maschi), provenienti da 35 paesi (62 % Africa, 15 % Est europeo, 13% Sudest Asiatico, 8% America Latina, 2% Cina). Il tempo medio d'arrivo in Italia era di 16,1 mesi (DS \pm 12,2) e 53% (274/515) erano musulmani. Dei 643 inviati allo screening, 212 (33%) hanno realizzato il test tubercolinico + radiografia del torace. Dei 124 (59%) immigrati con test tubercolinico positivo, soltanto 52% (65/124) è tornato con il risultato delle transaminasi e il 44% (55/124) ha iniziato la terapia preventiva presso la Clinica di Malattie Infettive e Tropicali. Prima di iniziare il trattamento per l'ITL, i pazienti sono dovuti tornare all'ambulatorio per un minimo di 4 volte. Nell'analisi multivariata, la presenza di personale madre-lingua nella prima visita ($P= 0.05$; OR=1.9; 95% CI 1.0-3.6) ed essere Senegalesi ($P< 0.005$; OR=2.5; 95% CI 1.6-3.7) sono stati fattori associati ad un maggiore tasso di completamento dello screening.

Commenti

Nuove strategie per aumentare l'aderenza allo screening dell'ITL tra gli immigrati sono necessarie a Brescia. Una riduzione nel numero delle visite mediche, l'utilizzo di mediatori culturali di madre-lingua, l'elaborazione di materiali educativi più appropriati e l'offerta di incentivi materiali possono essere misure che favoriranno una maggiore aderenza allo screening, con conseguente aumento del numero dei candidati alla terapia preventiva anti-tubercolare.

Endocrinopatie nei bambini immigrati

G. Bona, A. Petri, M. Zaffaroni, N. Castellino, F. Cadario
Clinica Pediatrica di Novara

Università del Piemonte Orientale "A. Avogadro"

Collaboratori all'indagine multicentrica della SIEDP e del Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Immigrato della SIP

V. Cherubini, O. Gabrielli (Ancona), A. Balsamo, A. Cassio (Bologna), G. Radetti (Bolzano), M. Caruso, S. Inserra (Catania), F. Chiarelli (Chieti), F. De Luca, G. Corona, M.F. Messina (Messina), S. Di Maio (Napoli), F. Cataldo, A. Liotta (Palermo), S. Bernasconi, R. Viridis, C. Volta (Parma), M. Barontini (Prato), A.M. Pasquino, I. Pucarelli (Roma La Sapienza), P. Giordano, O. Ranno (Roma Cattolica), A. Marinaro, A. Porcu (Sassari), C. de Sanctis, A. Corrias, S. Pagliardini (Torino), M. Trada (Vercelli), L. Tatò, R. Gaudino (Verona), M. Pacchin (Vicenza).

Negli ultimi trent'anni il flusso migratorio dai paesi in via di sviluppo verso l'Italia e gli altri paesi industrializzati è progressivamente aumentato. L'Italia da paese di emigrazione è diventata meta di un numero sempre maggiore di immigrati. Attualmente gli stranieri regolarmente presenti nel nostro paese sono più di 1.270.000 e l'86% proviene da Paesi extracomunitari. Oltre agli immigrati regolari almeno 250.000 sono clandestini o in attesa di permesso di soggiorno, inoltre quotidianamente un numero imprecisato di persone raggiunge illegalmente, via mare o via terra, il nostro Paese. Secondo gli ultimi dati ISTAT il 2,3 % dei bambini residenti in Italia sono immigrati e questo dato è destinato ad aumentare nei prossimi anni, per effetto del ricongiungimento familiare e del costante aumento delle nascite di bambini da genitori immigrati. Ad essi devono essere aggiunti 22-25 mila bambini e adolescenti adottati all'estero da coppie Italiane, cancellati dalle statistiche sugli immigrati, perché diventati cittadini italiani dopo l'adozione.

I bambini immigrati sembrano ammalarsi più frequentemente rispetto alla popolazione locale e in particolare di patologie acquisite nel paese ospite. Spesso sono malattie a carico del sistema respiratorio e gastrointestinale, più spesso di origine infettiva e da comuni agenti microbici. L'eziopatogenesi è attribuita alle scarse condizioni igieniche, alla precarietà abitativa, al sovraffollamento e a problemi di adattamento a nuovi regimi nutrizionali (1- 4).

Le patologie di importazione sono molto meno frequenti e possono essere ancora una volta espressione della condizione di povertà, ma anche di fattori razziali e genetici.

Per quanto riguarda le malattie endocrine nei bambini immigrati i dati disponibili in letteratura sono pochi e in particolare si riferiscono alla pubertà precoce osservata nelle bambine adottate da Paesi in via di sviluppo. Diversi autori hanno, infatti, descritto, nelle bambine adottate da Paesi extracomunitari, un esordio precoce e una rapida progressione dello sviluppo puberale.

Adolfsson e Westphal riportano la comparsa di menarca all'età di 7,6 anni in 4 bambine adottate dall'India (5).

Proos ha dimostrato che le bambine indiane adottate da famiglie svedesi iniziavano la pubertà e raggiungevano il menarca ad un'età significativamente inferiore rispetto alle coetanee svedesi e indiane viventi nel paese di origine (6).

Più recentemente Virdis ha riportato un'età media di comparsa dello stadio B2 pari a 6,9 anni in 19 bambine provenienti da paesi extracomunitari e adottate da genitori italiani. Molte di queste furono trattate con GnRH analoghi (7). Non sono attualmente disponibili dati relativi alle altre patologie endocrine.

Scopo del nostro lavoro è stato quello di valutare presso i Centri di Endocrinologia Pediatrica Italiani la numerosità e la percentuale dei bambini immigrati affetti da malattie endocrine quali diabete tipo 1(T1DM.), tireopatie (TIR.), pubertà precoce (P.P.), bassa statura (B.S.), sindrome adrenogenitale (SAG.) ed obesità (OB.) in rapporto alla casistica complessiva seguita da ogni centro.

Il nostro studio è stato condotto in collaborazione con il gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Immigrato (GLNBI) della Società Italiana di Pediatria e con la Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica (SIEDP).

Abbiamo studiato retrospettivamente 14880 bambini affetti da malattie endocrine, 14595 Italiani e 285 immigrati. I dati sono stati raccolti da 18 centri del nord, del centro, del sud d'Italia e delle isole.

A tutti i centri è stata inviata una scheda per la raccolta dei dati riguardanti il numero dei bambini italiani e stranieri seguiti per ciascun'endocrinopatia e la modalità di arrivo nel nostro Paese.

Tra i bambini immigrati 104 sono immigrati con i genitori, 86 nati in Italia da genitori stranieri e 95 adottati da paesi in via di sviluppo. I bambini immigrati rappresentano l'1,9% dei bambini seguiti presso questi centri.

La percentuale dei bambini immigrati seguiti per tireopatie (2,3%) corrisponde a quella dei minori stranieri presenti attualmente nel nostro Paese, cioè agli attesi. Per quanto riguarda la pubertà precoce e la sindrome adrenogenitale, i bambini stranieri presentano percentuali nettamente superiori, mentre per il diabete tipo 1, la bassa statura e l'obesità percentuale nettamente inferiore rispetto ai valori attesi.

Nella tabella 1 sono riportate la numerosità e la percentuale dei bambini immigrati e di quelli italiani per ciascuna endocrinopatia.

La tabella 2 riporta la frequenza di ogni singola patologia sul totale di tutte le endocrinopatie rilevate in ognuna delle due popolazioni. Nei bambini immigrati osserviamo rispetto agli Italiani una minor frequenza di diabete tipo1, bassa statura e obesità e una maggior frequenza di pubertà precoce e sindrome adrenogenitale. Le tireopatie sono lievemente più frequenti negli Immigrati.

Analizzando le singole endocrinopatie anche in rapporto alla modalità di arrivo in Italia dei pazienti extracomunitari (Figura 1), abbiamo osservato un'alta incidenza di pubertà precoce, in particolare nelle bambine adottate (83,5%), rispetto alle bambine immigrate con i genitori (11%) e nate in Italia (5,5%).

La sindrome adrenogenitale presenta una percentuale superiore rispetto all'attesa e risulta più frequente nei nati in Italia (53,3%) e negli immigrati (40%) rispetto agli adottati (6,7%).

Le percentuali di bassa statura (1,3%) e obesità (1,3%), inferiori rispetto agli attesi, sono probabilmente legate ad una diversa sensibilizzazione delle famiglie verso il problema dello scarso accrescimento e dell'eccesso ponderale, che non rappresentano motivo di preoccupazione: entrambe presentano una maggior frequenza negli immigrati con i genitori

(44,3% e 66% rispettivamente) rispetto alle altre categorie. Difficile è invece spiegare la bassa percentuale di diabete tipo 1 che meno facilmente può sfuggire alla diagnosi essendo il suo esordio nel bambino spesso drammatico e tale da richiedere immediata terapia, l'incidenza è maggiore nei nati in Italia e negli immigrati rispetto agli adottati. Simile andamento presentano le tireopatie che hanno maggior incidenza tra i nati in Italia (5,8%) rispetto alle altre 2 categorie, probabilmente a causa dello screening neonatale, eseguito di routine in Italia, ma non nei Paesi di provenienza.

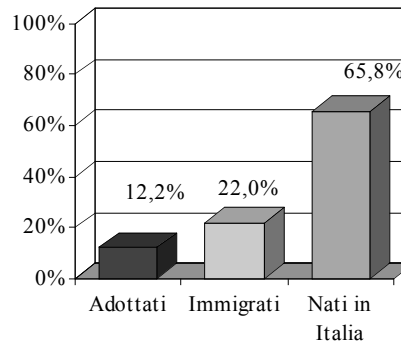
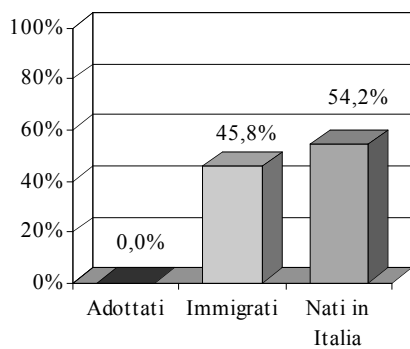
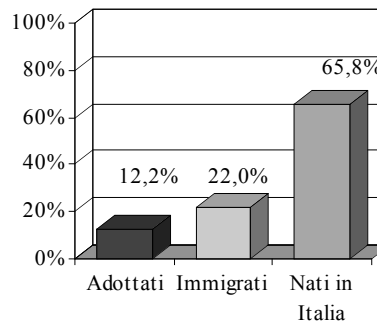
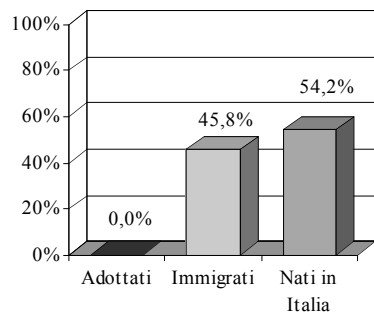
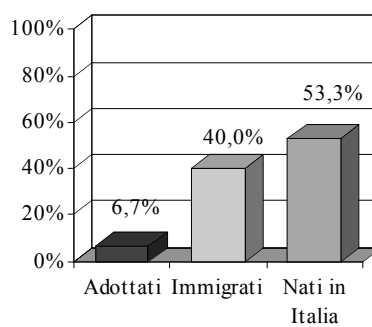
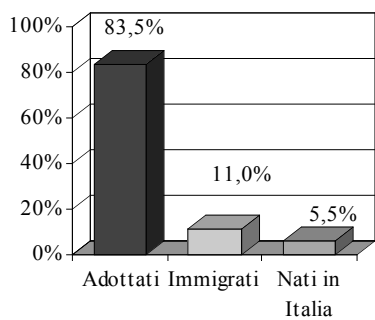
Numerose sono le ipotesi che possono essere formulate per spiegare le differenze osservate nelle due popolazioni. Certamente fattori razziali, genetici, culturali, nutrizionali, socioeconomici e psicologici giocano un ruolo importante, tuttavia ulteriori studi su casistiche più ampie e con particolare riferimento alle etnie di provenienza sono necessari per approfondire e chiarire questi primi dati. Da essi emerge inoltre la necessità di attente indagini nei bambini nati in Paesi extracomunitari, in quanto non sempre sottoposti a screening neonatali o a regolari bilanci di salute, atti ad individuare precocemente patologie endocrine in forme clinicamente poco evidenti, ma che possono creare problemi di grave portata se non precocemente trattate, quali ad esempio l'ipotiroidismo congenito o la sindrome adrenogenitale congenita.

Bibliografia

1. Bona G, Zaffaroni M. Problemi di salute del bambino immigrato. *Minerva Pediatrica*.1994; 46: 311-322.
2. Salvioli GP, Sandri F. Immigrazione e salute in età pediatrica: L'assistenza al bambino immigrato. *Edit Symposia – Pediatria e Neonatologia* 1994; 2/3: 501-529.
3. Geraci S, Marceca M. Donne e bambini immigrati. In: Geddes M, Berlinguer G, editors. *La salute in Italia. Rapporto 1998*. Roma: Ediesse, 1998: 43-76.
4. Bona G, Zaffaroni M. Bambini immigrati: problemi di salute e assistenza sanitaria. *Grandangolo di Edit Symposia – Pediatria e Neonatologia* 1997; 5 (2): 57-67.
5. Adolfsson S, Westphal O. Early pubertal development in girls adopted from Far-Eastern countries. *Ped. Res.* 1981; 15: 82.
6. Proos LA, Hofvander Y, Tuvemo T. Menarcheal age and growth pattern of Indian girls adopted in Sweden. *Acta Padiatrica Scand.* 1991; 80: 852-858.
7. Virdis R, Street M, Zampolli M, et al. Precocious puberty in girls adopted developing countries. *Arch. Dis. Child.* 1998; 78: 152-154.

	T1DM.	TIR.	B.S.	P.P.	SAG.	OB.
Totale	2031	1805	5955	756	390	3943
Immig./Italiani	24/2007	41/1764	79/5876	73/683	15/375	53/3890
% Immigrati	1,2	2,3	1,3	9,7	3,8	1,3
% Italiani	98,8	97,7	98,7	90,3	96,2	98,7

	<i>T1DM.</i>	<i>TIR.</i>	<i>B.S.</i>	<i>P.P.</i>	<i>SAG.</i>	<i>OB.</i>	<i>Totale</i>
<i>Ita.</i>	<i>2007</i>	<i>1764</i>	<i>5876</i>	<i>683</i>	<i>375</i>	<i>3890</i>	<i>14595</i>
<i>%</i>	<i>13,7</i>	<i>12,1</i>	<i>40,3</i>	<i>4,7</i>	<i>2,6</i>	<i>26,6</i>	<i>100</i>
<i>Immig.</i>	<i>24</i>	<i>41</i>	<i>79</i>	<i>73</i>	<i>15</i>	<i>53</i>	<i>285</i>
<i>%</i>	<i>8,4</i>	<i>14,4</i>	<i>27,7</i>	<i>25,6</i>	<i>5,3</i>	<i>18,6</i>	<i>100</i>
	<i>T1DM.</i>	<i>TIR.</i>	<i>B.S.</i>	<i>P.P.</i>	<i>SAG.</i>	<i>OB.</i>	<i>Totale</i>
<i>Ita.</i>	<i>2007</i>	<i>1764</i>	<i>5876</i>	<i>683</i>	<i>375</i>	<i>3890</i>	<i>14595</i>
<i>%</i>	<i>13,7</i>	<i>12,1</i>	<i>40,3</i>	<i>4,7</i>	<i>2,6</i>	<i>26,6</i>	<i>100</i>
<i>Immig.</i>	<i>24</i>	<i>41</i>	<i>79</i>	<i>73</i>	<i>15</i>	<i>53</i>	<i>285</i>
<i>%</i>	<i>8,4</i>	<i>14,4</i>	<i>27,7</i>	<i>25,6</i>	<i>5,3</i>	<i>18,6</i>	<i>100</i>



Indicatori antropometrici dello stato nutrizionale in un campione di immigrati extra-comunitari. Prime osservazioni.

E. Gualdi Russo, L. Galletti, A. Zironi, S. Toselli

Area di Antropologia, Dipartimento di Biologia Evoluzionistica Sperimentale, Università degli Studi di Bologna, Bologna (Italy).

Abstract

The present study analyzed the anthropometric traits and indices of a sample of men immigrated in Bologna from their place of origin (Morocco). The purpose of the present study was to investigate the nutritional status of the migrant population in Bologna on the basis of body mass Index (BMI) and of subcutaneous adiposity (skinfold thicknesses). Comparisons between anthropometric characteristics of migrant Moroccans and native Italians indicated the existence of ethnic heterogeneity, with particular reference to patterns of adiposity. The Moroccans show lower mean values for skinfolds and BMI than Italians. Their nutritional status, evaluated by BMI method, may be judged acceptable.

Introduzione

Il fenomeno migratorio ha un indubbio impatto sulle popolazioni riceventi, comportando, da un lato, possibili modifiche del patrimonio genetico nelle generazioni successive e, dall'altro, interagendo a livello socio-culturale attraverso forme diverse di convivenza con la popolazione residente (Martuzzi Veronesi, 1994).

Tra i diversi aspetti che possono essere analizzati nelle popolazioni migranti, particolare interesse antropologico riveste lo stato nutrizionale dell'immigrato, a causa delle sue molteplici e strette interazioni con lo stato di salute, le condizioni socio-economiche e la bio-diversità in relazione al gruppo etnico d'appartenenza. E' noto, infatti, che nelle popolazioni sottoposte a cambiamenti rapidi nello stile di vita si possono più facilmente determinare variazioni nella composizione corporea con sviluppo della componente grassa - particolarmente a livello addominale-, con conseguente aumentato rischio di patologie (Seidell, 1996).

Con riferimento allo stato nutrizionale della popolazione proveniente dal Marocco immigrata a Bologna, riporteremo i primi risultati ottenuti dall'analisi antropometrica della ricerca in corso "Assistenza e sorveglianza sanitaria per cittadini indigenti italiani e stranieri che vivono nelle collettività", promossa dalla regione siciliana in collaborazione con Università di Bologna e Palermo, Aziende sanitarie di Bologna e Palermo, Comune di Bologna, Caritas di Palermo, CRI di Bologna e Associazioni di medici volontari.

Materiali e Metodi

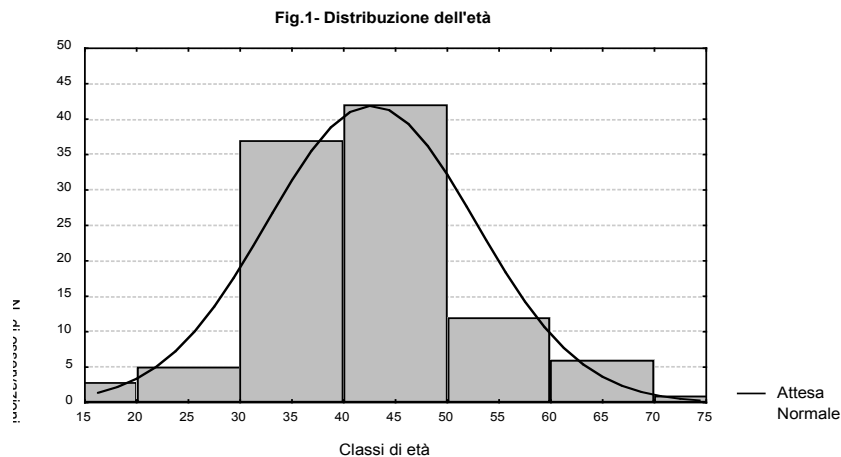
La ricerca è stata condotta negli anni 2000-'01 e 2001-'02 nei principali centri di accoglienza e poliambulatori della città di Bologna, utilizzando le strutture messe a disposizione dall'AUSL (Poliambulatorio Reno, Poliambulatorio Marco Polo, Poliambulatorio Pilastro, ecc.), sugli immigrati che accettavano di sottoporsi alle rilevazioni antropometriche dopo essere stati adeguatamente informati sul significato e finalità

dell'indagine. L'origine etnica dei soggetti esaminati, come pure altri elementi anagrafici, è stata dichiarata dai soggetti stessi durante un'intervista preliminare.

Per quanto riguarda il campione esaminato nel presente lavoro, questo è costituito da immigrati marocchini. Tale immigrazione nella provincia di Bologna rappresenta il 23,6 % del totale (Osservatorio delle migrazioni, 2001).

Gran parte dei Marocchini esaminati proviene dalle coste atlantiche (41.8%), con particolare riguardo a Casablanca ed area limitrofa, pur non mancando soggetti provenienti dall'area interna a nord della catena dell'Atlante (Marrakech, Khouribga, Meknes, ecc.).

L'età media del nostro campione è di 42.7 anni. Le classi di età più rappresentate sono quelle comprese fra i 30 e i 50 anni (Fig.1). Oltre alla statura e al peso, si esamineranno i seguenti pannicoli adiposi: al bicipite, al tricipite, sottoscapolare, soprailiaco, medioascellare, addominale, alla coscia, al polpaccio. I pannicoli adiposi sono stati rilevati sul lato sinistro del corpo con un plicometro Lange dallo stesso operatore.



Come stima del grasso corporeo si è inoltre proceduto al calcolo del "Body Mass Index", secondo la seguente formula: $BMI = \text{peso (kg)} / \text{statura}^2 \text{ (m)}$.

Per i confronti di statura, peso e BMI, si è utilizzato un campione di popolazione residente a Bologna appartenente allo stesso sesso e simile al campione di immigrati per quanto riguarda la consistenza numerica (N= 104) e l'età (47.3 anni) (Gualdi-Russo, 1998 a, b). Per i pannicoli adiposi, i dati di confronto sono inediti e riguardano questo stesso campione nella fascia d'età compresa fra i 41 e i 50 anni.

Per tutti i caratteri antropometrici sono stati riportati i seguenti parametri statistici: medie, deviazioni standard (SD), estremi del campo di variazione (min-max). I confronti statistici fra le medie sono stati eseguiti con il "t" di Student per campioni indipendenti, assumendo come livello di significatività $p \leq 0.05$.

Risultati

Le caratteristiche medie del campione di Marocchini immigrati a Bologna sono riportate in Tab.1.

Lo stato nutrizionale dei soggetti esaminati si può ritenere adeguato, collocandosi il valore medio di BMI entro i valori accettabili della scala (Forbes, 1987) all'interno del range (18.5-24.9) previsto per un adulto sano. In particolare, se si fa riferimento ai limiti di sovrappeso ed obesità prefissati per lo screening di popolazione secondo gli standard internazionali (NHANES II), la media del BMI del campione di immigrati risulta decisamente inferiore, infatti, nella distribuzione in percentuali del BMI (NCHS, 1985) tali limiti, per una condizione di sovrappeso media o grave in giovani adulti di sesso maschile (età= 20-29 anni), sono rispettivamente in corrispondenza o al di sopra dei valori dell'85° (BMI= 27.8) e del 95° (BMI=31.1) percentile (Kuczmarski e Johnson, 1991; Heyward e Stolarczyk, 1996). Solamente l'1,8 % dei soggetti del campione di provenienza marocchina esaminato è pertanto risultato sottopeso, mentre il 12,9% è in sovrappeso, superando il citato valore corrispondente all'85° percentuale.

Tab.1 - Caratteristiche antropometriche di immigrati marocchini a Bologna

Caratteri	media	SD	min-max
statura (cm)	171,3	6,1	154,0-185,0
peso (kg)	72,7	10,5	51,0-97,0
BMI	24,7	3,4	18,1-35,1
p.bicipite(mm)	5,8	2,7	2,0-14,0
p.tricipite(mm)	9,6	3,7	3,0-21,0
p.sottoscap.(mm)	15,4	6	5,0-35,0
p.soprailiaco(mm)	9,5	4,4	3,0-24,0
p.mediascel.(mm)	12,2	5	3,0-25,0
p.addominale(mm)	17,5	6,3	6,0-33,0
p.coscia(mm)	12,8	4,2	3,0-24,0
p.polpaccio(mm)	8,2	3,2	3,0-17,0

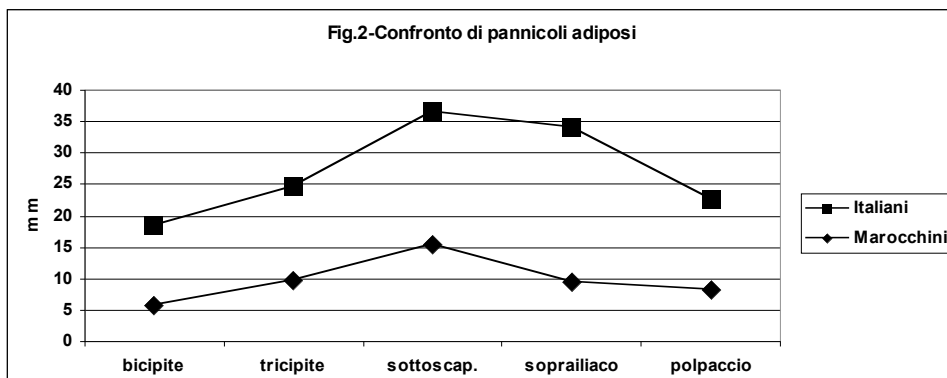
Nella valutazione nutrizionale si è considerato, oltre al BMI, lo sviluppo dell'adiposità corporea misurata con tecnica plicometrica. Questo metodo, che permette di trarre indicazioni sulla distribuzione del grasso sottocutaneo nelle diverse regioni del corpo, ha evidenziato nei Marocchini la presenza delle pliche adipose più spesse a livello addominale e sottoscapolare. Il pannicolo al bicipite è risultato quello meno spesso, come già osservato in individui di sesso maschile in precedenti indagini plicometriche (GualdiRusso e coll., 1992).

Tab.2- Confronto fra immigrati e residenti per alcuni caratteri antropometrici

	Marocchini		Italiani	
	media	SD	media	SD
età (anni)	42,7	10,1	47,3	10,6
statura (cm)	171,3	6,1	171,8	6,2
peso (kg)	72,7	10,5	80,4	12,6
BMI	24,7	3,4	27,2	3,8

Sebbene non siano emersi valori statisticamente significativi di t-test nel confronto con il campione di controllo per statura, peso e BMI (Tab.2), si può osservare che i Marocchini presentano medie più basse di peso corporeo e BMI, mentre la statura risulta del tutto simile alla media della popolazione residente.

L'andamento dei pannicoli adiposi nei due gruppi, per i caratteri perciò è stato possibile un confronto, è riportato nella Fig.2. A conferma di quanto già osservato per il peso e il BMI, risulta un minore sviluppo di tessuto adiposo sottocutaneo nel campione di immigrati rispetto alla popolazione residente per tutti i pannicoli adiposi considerati. Inoltre, osservando l'andamento generale, si rileva che il pannicolo soprailiaco mostra tendenze diverse nei due gruppi a confronto: negli Italiani i suoi valori sono simili al pannicolo sottoscapolare e più elevati rispetto al pannicolo al tricipite, mentre nei Marocchini i suoi valori sono più bassi rispetto al pannicolo sottoscapolare e simili al pannicolo al tricipite. Sulla base di queste osservazioni non si può escludere l'esistenza di pattern diversi nella distribuzione del grasso sottocutaneo all'interno dei gruppi etnici considerati.



Discussione e Conclusioni

Tra gli indicatori antropometrici dello stato nutrizionale un posto privilegiato è occupato dal "body mass index" (BMI). Questo indice Peso/Statura^2 ha il vantaggio di potere essere utilizzato dall'infanzia all'età adulta con buoni risultati a motivo delle sue correlazioni con il grasso corporeo (Micozzi e coll., 1986). La valutazione del grasso corporeo, inoltre, non può prescindere dalla rilevazione dei pannicoli adiposi sottocutanei, che sono fortemente correlati con la percentuale totale di grasso corporeo (Depres e coll, 1988).

Tenendo conto di questo, si sono voluti fornire i primi risultati della ricerca in corso, analizzando lo stato nutrizionale di un gruppo di immigrati dal Marocco nella città di Bologna mediante parametri antropometrici.

Lo stato nutrizionale nell'immigrato rappresenta un problema importante in considerazione della diffusione nel mondo di diverse forme di malnutrizione, che vanno da un'inadeguata quantità e qualità di apporto alimentare ad un suo eccesso, con squilibri metabolici ed aumentato rischio d'insorgenza di alcune patologie. Se è vero che la popolazione immigrata parte generalmente da Paesi in cui si ha una maggiore frequenza di malnutrizione per carenze alimentari per recarsi in Paesi in cui aumenta il rischio di malnutrizione per eccesso alimentare, è interessante verificare come l'immigrato si inserisce nella nuova realtà socio-culturale sotto l'aspetto comportamentale e stile di vita. Sebbene una valutazione completa si possa raggiungere solamente attraverso una precisa analisi della dieta giornaliera (diario alimentare) del soggetto, i primi risultati ottenuti su base antropometrica sembrano indicare che la popolazione immigrata dal Marocco a Bologna ha, in media, uno stato nutrizionale adeguato.

Nell'analisi delle caratteristiche antropometriche dell'immigrato rispetto alla popolazione residente non si può tuttavia prescindere dalla situazione di bio-diversità dei campioni a confronto. Alcune delle caratteristiche evidenziate potrebbero dipendere, oltre che da possibili differenze dietetiche, da differenze etniche (diversa distribuzione del tessuto adiposo). Da un punto di vista etnico, in accordo con la classificazione di Biasutti (Facchini, 1995), ricordiamo che la popolazione marocchina rientra nel grande ciclo delle forme primarie boreali ed è inquadrabile all'interno del ramo degli Europoidi, ceppo Europidi, tipo Mediterraneo e Berbero. Il tipo Mediterraneo popola principalmente le regioni litoranee e, a somiglianza delle popolazioni mediterranee dell'Italia meridionale e insulare, presenta stature medio-basse e pelle di colore "brunetto". Il tipo Berbero, uno dei tipi più antichi dell'Africa settentrionale, arroccato principalmente nelle zone interne e montuose, ha pelle più scura del Mediterraneo e statura più elevata. Le caratteristiche antropologiche dell'immigrato marocchino, pur nell'eterogeneità dei tipi presenti a Bologna, possono influire nel confronto con la popolazione residente a Bologna, costituita principalmente da tipi Dinarici ed Alpini. Anche per quanto riguarda la composizione corporea è stata, infatti, descritta in letteratura una possibile influenza etnica sulla distribuzione del tessuto adiposo (Malina, 1996; Katzmarzyk e coll., 1999; Bose, 2001).

Qualunque sia l'origine di queste differenze (etiche e/o nutrizionali), la distribuzione del tessuto adiposo nei due campioni di popolazione esaminati li colloca a livelli di rischio differente, essendo dimostrata l'esistenza di un'associazione fra aumento del grasso a livello del tronco ed aumento nella morbilità e mortalità (Seidell, 1996) per patologie cardio-vascolari (Bjorntorp, 1990), ipertensione (Reaven e Hoffman, 1987) e iperlipidemia (Despres, 1991). Nel caso della popolazione bolognese il generale maggiore sviluppo

dell'adiposità corporea e, soprattutto, la tendenza ad un maggiore accumulo di grasso nella regione addominale si correlano pertanto a maggiori rischi per la salute (McArdle e coll., 1998).

In conclusione, la presente ricerca non ha evidenziato nel campione di Marocchini di Bologna l'anomalo sviluppo di grasso corporeo già segnalato in letteratura per altre popolazioni migranti (Seidell, 1996) in relazione ai cambiamenti culturali connessi con la migrazione. Ha invece rilevato alcune differenze nello stato nutrizionale del campione d'immigrati rispetto alla popolazione residente. Il diverso *pattern* nella distribuzione del grasso sottocutaneo sembra suggerire livelli diversi di rischio malattia per le due popolazioni a confronto. Tali osservazioni preliminari meritano certamente di essere approfondite sia in ordine ai possibili e molteplici fattori che possono condizionare il quadro descritto sia in ordine ad una strategia di prevenzione da adottare che sia adeguata all'attuale società multietnica.

Ringraziamenti. Desideriamo esprimere la nostra particolare gratitudine ad Eleonora Stocco per la sua assidua partecipazione nelle interviste condotte agli immigrati durante la ricerca.

Bibliografia

- Bjorntorp P, 1990. "Portal" adipose tissue as a generator of risk factors, for cardiovascular disease and diabetes. *Arteriosclerosis*, 10:493-496.
- Bose K, 2001. The interaction of waist-hip ratio and conicity index with subcutaneous adiposity in two ethnic groups: native British and migrant Pakistani men. *Anthrop Anz*, 59:275-282.
- Despres JP, 1991. Obesity and lipid metabolism: relevance of body fat distribution. *Current Opinions in Lipidology*, 2:5-15.
- Despres JP, Tremblay A, Theriault G, Perusse L, Leblanc C e Bouchard C, 1988. Relationships between body fatness, adipose tissue distribution and blood pressure in men and women. *J Clin Epid* 41:889-897.
- Facchini F, 1995. *Antropologia. Evoluzione, Uomo, Ambiente*. UTET, Torino.
- Forbes GB, 1987. *Human body composition*. Springer Verlag Inc., New York.
- Gualdi Russo E, 1998 a. Qualità di vita ed invecchiamento in un campione di lavoratori. pp.167-179. In: (F.Violante, G.Sarchielli e M.Depolo, eds) *Fattori psicosociali, lavoro e salute*. Società editrice Il Ponte Vecchio, Cesena.
- Gualdi Russo E, 1998 b. Longitudinal study of anthropometric changes with aging in an urban Italian population. *Homo*, 49: 241-259.
- Gualdi Russo E, Gruppioni G, Guerresi P, Belcastro MG e Marchesini V, 1992. Skinfold and body composition of sports participants. *J Sports Med Phys Fitness*, 32: 303-313.
- Heyward VH e Stolarczyk LM, 1996. *Applied body composition assessment*. Human Kinetics, Champaign.
- Malina RM, 1996. Regional body composition: age, sex, and ethnic variation. Pp.217-255. In: (Roche AF, Heymsfield SB, Lohman TG, eds) *Human body composition*. Human Kinetics, Champaign.

- Martuzzi Veronesi F, 1994. Antropologia e migrazioni oggi: interesse biologico e sociale. *Antropologia Contemporanea*, 17: 85-102.
- McArdle WD, Katch FI e Katch VL, 1998. *Fisiologia applicata allo sport*. Casa Editrice Ambrosiana, Milano.
- Micozzi MS, Albanes D, Jones DY e Chumlea WC, 1986. Correlations of body mass indices with weight, stature, and body composition in men and women in NHANES I and II. *Am J Clin Nutr* 44:725-731.
- Osservatorio delle migrazioni, Provincia di Bologna – Comune di Bologna, Numero 2, Luglio 2001.
- Katzmarzyk PT, Perusse L, Rao DC e Bouchard C, 1999. Familial risk of obesity and central adipose tissue distribution in the general Canadian population. *Am J Epid* ,149: 933-942.
- Kuczmarski RJ e Johnson C, 1991. National nutritional survey assessing anthropometric status. Pp.319-335. In:(JH Homestead) *Anthropometric assessment of Nutritional status*. Wiley-Liss Inc., New York.
- Reaven GR e Hoffman BB,1987. A role for insulin in the aethiology and course of hypertension? *Lancet* 2:435-436.
- Seidell JC, 1996. Relationships of total and regional body composition to morbidity and mortality. Pp.344-353. In: (Roche AF, Heymsfield SB, Lohman TG, eds) *Human body composition*. Human Kinetics, Champaign.
- Weiner JS e Lourie JA, 1981. *Practical Human Biology*. London: Academic Press.

Un'esperienza di aiuto psicologico a adolescenti immigrati in un centro di prima accoglienza: suggestioni, problematiche, ipotesi di sviluppo futuro

C: Fischetti*, A. Di Silverio*, M. Buonomo*, E. Pelargonio**

(*Università Cattolica S. Cuore - Roma** ACISEL:
Assoc. per la Cooperazione Internazionale studi e lavoro
Centro minori immigrati senza fissa dimora).

“ Partiamo di notte
dimenticando che siamo ciechi
per raggiungere un territorio nudo
del quale ha bisogno la nostra voce
andiamo al mare per parlare
e lanciare sassi contro vento”

(Gezim Hajdari giornalista e poeta albanese da “Sassi contro vento” 1995)(1)

Le struggenti parole del poeta albanese Hajdari ci hanno riportato, con il cuore e le mente, alle emozioni suscitate, nella nostra equipe italiana, dal dolore gelosamente intimo, chiuso nell'anima, ma non per questo meno intenso e lacerante, di un piccolo gruppo di adolescenti immigrati, accolti nel Centro di Nettuno, ragazzi tutti maschi, senza fissa dimora di nazionalità in prevalenza albanese, rumena e moldava:

La richiesta di un aiuto psicologico era nata, per noi psicoterapeuti universitari da parte degli operatori del Centro, in un primo tempo, per affrontare clinicamente casi di ragazzi particolarmente complessi. Il rischio di un eccesso di medicalizzazione di problematiche, a nostro parere, comuni a tutti i ragazzi immigrati, ma vissute in modo in parte critico secondo la personalità e del back ground originario di ciascun ragazzo o gruppo culturale, ci aveva condotto, in un secondo tempo, ad escludere un approccio psicologico individuale, privilegiando invece quello di gruppo.

Capivamo le perplessità iniziali degli operatori del Centro che temevano gli eccessi comportamentali in particolare da parte di quei ragazzi che avevano avuto problemi con la giustizia o difficoltà forti di relazione. Ci sembrava tuttavia importante che si potesse aggiungere al già splendido lavoro di accoglienza svolto dal Centro, uno spazio separato, al di fuori degli impegni quotidiani di studio, di formazione, di svago, spazio nel quale i ragazzi potessero mettere a nudo le proprie emozioni, ascoltando ed ascoltandosi, ritrovando così la propria voce, la propria identità ed inserendola nella nuova terra e nella nuova storia.

La scelta di psicoterapeuti, non direttamente inseriti nel Centro, ma operanti in un'altra struttura, avrebbe certamente facilitato la loro libertà di espressione, così come avviene con tutti quegli adolescenti che sono seguiti psicoterapeuticamente secondo una tecnica analitica ormai sperimentata da terapeuti distinti da quelli dei propri genitori. L'equipe, infatti, del Centro svolgeva e svolge tuttora un ruolo genitoriale con le conflittualità e le dinamiche tipiche emergenti dal confronto con ragazzi di questa età e con in più, lo svantaggio di una delega tutoriale non data da una paternità o maternità naturali od anche

adottive, bensì sancita da un Tribunale. La permanenza, inoltre, ridotta nel tempo, per motivi legati al sopraggiungere per molti ragazzi della maggiore età, rendeva più resistenti le loro difese nei confronti di legami affettivi vissuti come labili e transitori. Le risorse, tuttavia, la spontaneità, la creatività tipiche di questa età li rendevano recettivi al calore umano, alla energia ed alla fantasia degli operatori. I ragazzi fragili e forti nello stesso tempo, costretti a diventare adulti precocemente, avevano bisogno di scontrarsi, di allearsi, di confrontarsi, d'interagire con l'ambiente che doveva, al pari di quello originario familiare, riuscire a resistere al fiume in piena delle loro emozioni straripanti.

Avevamo dunque offerto, oltre ad incontri di gruppo per i ragazzi, da svolgere presso l'Università Cattolica di Roma (Ambulatorio di Psicologia dell'età Evolutiva) degli incontri con gli operatori del Centro (tutori, insegnanti, assistenti sociali).

L'ideale sarebbe stato riuscire ad incontrarsi con regolarità e, possibilmente con terapeuti diversi, l'uno per i ragazzi, l'altro per gli operatori ed un terzo, infine, esterno che coordinasse i due setting.

Il lavoro si è svolto nell'arco di un anno circa, ma è stato sospeso per cause varie che proveremo qui ad elencare:

La lontananza fra Centro e Università aveva creato difficoltà nell'accompagnamento dei ragazzi da parte degli operatori;

Il turn-over frequente dei ragazzi non stabiliva una continuità nei gruppi;

I diversi impegni di formazione e studio dei ragazzi erano diventati prevalenti per gli operatori e forse ritenuti più immediati e concreti rispetto ad un lavoro psicologico considerato più lungo e complesso;

L'attività psicoterapeutica delle due psicologhe volontarie dell'Università non era stata sostenuta da un contributo economico;

Gli incontri con gli operatori, forse non ben definiti nella loro essenzialità, erano stati saltuari e non condotti da una stessa unica figura vissuta non come terapeuta dell'ambiente, bensì come facente parte dell'equipe.

I primi risultati dei gruppi dei ragazzi erano stati sorprendenti. Avevamo posto al centro di essi il tema dei ricordi della loro terra d'origine, dei suoni, dei colori, dei luoghi, degli affetti ed avevamo fatto in modo che in ogni gruppo ci fossero più etnie per un vero scambio di conoscenze e di esperienze. I ragazzi, in un primo tempo preoccupati e chiusi, si erano lentamente rilassati ed aperti e durante il tragitto di ritorno dalla seduta di gruppo, non avevano fatto altro (ce lo aveva segnalato un tutor) che continuare a raccontarsi episodi per loro significativi. Alcuni si erano sentiti commossi e sollevati, più sicuri ed uniti ai compagni.

Altri temi erano stati, nelle sedute successive, le aspettative e le speranze, i desideri e i progetti, le prime difficoltà incontrate con gli italiani, le paure, le diffidenze reciproche ed infine le problematiche relazionali nel Centro, nei luoghi di studio e ricreativi.

Avevamo l'impressione che i loro racconti in un contenitore affettivo semplice, ma caldo, permetteva loro non più di "lanciare sassi contro vento" ma di sentire di avere loro stessi le ali.

Crediamo fortemente nella particolarità di una tale esperienza di lavoro psicologico e speriamo possano essere superati, nel tempo, gli ostacoli che ne impediscono il proseguimento ed una realizzazione piena, anche sul versante ambientale. Siamo sicuri che il "narrarsi" con le sue valenze conscie ed inconscie sia una delle strade privilegiate per

questi giovani immigrati ai fini dell'acquisizione di un senso do sé più integrato e coeso perché accolto da un contenitore affettivo capace di coglierne la preziosità.

La sorveglianza della patologia tubercolare nel soggetto immigrato.

M.A. Lavecchia*, G. V. Dallari**, M.A. Luppi*, A.M. Mesini***, S. Pazzaglia***

*Presidio di Pneumotisiologia; **Responsabile Progetto Immigrati, ***Dipartimento Cure Primarie - AUSL Città di Bologna.

Bologna, a partire dagli anni '90 è diventata la meta di un flusso crescente di stranieri provenienti in massima parte dal Nordafrica. Nel 2000 gli extra-UE rappresentavano già il 4,3% della popolazione totale. Nel periodo 1986-1999, presso il Presidio di Pneumotisiologia, sono stati osservati 311 casi di Tbc (15,5% del totale di 2008 notifiche), in prevalenza soggetti di sesso maschile (69,4%), di età media 31 anni. La maggior parte di questi casi sono stati diagnosticati con un finding passivo: il soggetto già sintomatico si presentava ai servizi sanitari pubblici o veniva inviato a questi dalle varie associazioni di volontariato, che hanno svolto da sempre, almeno a Bologna, un'opera di raccordo e di lodevole supporto. Nello stesso periodo a fronte della riduzione dell'incidenza della malattia tubercolare nella popolazione italiana assistiamo ad un crescente aumento dell'incidenza della stessa nella popolazione Extra - UE.

Per far fronte al controllo della patologia tubercolare, nel 1990 con un accordo tra il servizio di Igiene Pubblica e il Presidio di Pneumotisiologia di Bologna, sono stati definiti protocolli specifici di intervento. Particolare attenzione è stata posta ai protocolli per la sorveglianza della popolazione extra UE. Per un'inadeguata assegnazione di risorse e un mancato controllo degli immigrati all'arrivo in Italia e/o nei Centri di accoglienza, la non facile reperibilità e disponibilità dei soggetti, il case finding è stato limitato al controllo in seguito al riscontro di casi o alla presentazione spontanea dell'utente sintomatico, con evidenti ricadute negative sul piano di sorveglianza della malattia tubercolare nel soggetto immigrato.

Nel corso di un progetto sperimentale, che ha coinvolto anche la nostra Azienda, sono stati invitati ad un controllo antitubercolare i soggetti provenienti da paesi extraUE domiciliati nei vari centri di accoglienza presenti a Bologna. L'indagine consisteva nella somministrazione di un questionario mirato, nell'esecuzione dell'intradermoreazione tubercolinica a 5UI di PPD e della radiografia del torace. L'adesione è stata del 51 % della popolazione interessata, ma solo il 34 % ha eseguito per intero tutti gli esami previsti. L'indice tubercolinico è stato del 48,47%. Non sono stati riscontrati casi di Tbc in atto, mentre numerosi sono stati i riscontri di esiti di pregressa malattia tubercolare, spesso passata inosservata. Nei soggetti (8%) di età inferiore ai 35 anni con test tubercolinico positivo e papula superiore a 10 mm di diametro o con grossolani esiti di Tbc mai trattati precedentemente, abbiamo ritenuto utile prescrivere un ciclo di chemioprolassi antitubercolare con Nicozid. Solo in un caso è stato possibile iniziare la chemioprolassi.

In conclusione si conferma la necessità di un monitoraggio della popolazione Extra UE, specie se proveniente da Paesi ad alta endemia tubercolare, ma si deve contemporaneamente evidenziare che, nonostante tutti gli sforzi organizzativi messi in campo, lo scoglio maggiore da superare è la scarsa compliance dei soggetti a sottoporsi a qualsiasi indagine, specie se eseguita in stato di benessere o presunto tale, come avviene quando si propone un controllo di profilassi antitubercolare sistematico, al di fuori dei

controlli di profilassi eseguiti dopo il riscontro di caso di Tbc nel gruppo familiare o nella collettività frequentata.

**Sastipe (Stare bene): salute e scenari culturali tra i Rom, Sinti e Camminanti.
Tra nomadismo e integrazione: un percorso a ritroso, uno sguardo in avanti.**

M. Pagani
Opera Nomadi, Milano

Per l'italiano medio, "normale", anche se democratico e di sinistra, la parola "zingaro", la vista nel proprio quartiere di una famiglia di Rom, Sinti o Camminanti (la roulotte, i moltissimi bambini, le donne con le gonne lunghe) provocano inquietudine, diffidenza, qualche ribrezzo. Nessun'altra minoranza suscita un così forte e totale sentimento di "sgradevolezza", nessuna è altrettanto misconosciuta, ignorata. Noi, i "gagé" - i non zingari - sappiamo poco o niente di queste comunità, di questo piccolo popolo che vive tra noi da più di sei secoli. Ma crediamo di sapere. Al posto della conoscenza mettiamo un mito e crediamo che il mito sia conoscenza.

Ma chi sono gli zingari, da dove vengono?

Dall'analisi della lingua, il romanès, nelle sue componenti lessicali (derivanti dalle lingue indiane quali l'antico sanscrito, la hindi e la punjabi) e negli imprestiti ricavati dalle lingue nazionali europee, si sono acquisiti elementi importanti di conoscenza delle origini e della storia del popolo zingaro.

Le tradizioni, le radici, il sentimento di una comune appartenenza sono conservate nella memoria orale di un popolo tramandata di generazione in generazione, piuttosto che in fonti storiche spesso contraddittorie.

Intorno all'anno '800 – 1000, a seguito di cambiamenti e tumulti tra i piccoli regni in conflitto nelle lontane regioni dell'India Nord Occidentale, ebbero forse inizio le prime migrazioni di gruppi zingari attraverso la valle dell'Indo, Iran e Armenia, fino al morente Impero Bizantino.

L'esame storiografico delle *croniche* redatte nelle città in cui transitavano, della lingua (e i suoi stretti legami con le altre popolazioni), della geografia dei corsi d'acqua (vie naturali di spostamento e insediamento lungo le quali per centinaia d'anni si è scaglionato il "viaggio" di piccoli o grandi gruppi nomadi) hanno permesso di ricostruire sommariamente le direttrici di un lungo percorso migratorio verso il continente europeo.

Gli Zingari compaiono con diverse denominazioni nei principali stati europei: Atsingani in Calcidica, Zingari in Italia, Tsiganes in Francia, Zigeuner in Germania, Cyganis in Romania, Hungaros, Gypsies, Gitani, Kalè ecc.

Dove le condizioni si rivelano favorevoli adottano un sistema di vita sedentario, interagendo economicamente e socialmente con la popolazione locale (come nella Grecia continentale e insulare dove, tra il 1100 e il 1300, si stanziarono per oltre due secoli), ricoprendo specifici spazi o "nicchie economiche" riservate all'esercizio del mestiere di fabbro e della lavorazione di metalli.

Processi storici

Definire i Rom "nomadi" è sbagliato, fuorviante. Il "nomadismo" è un comportamento culturale (comunque oggi forte e stimabile in Europa intorno al 10 – 20 %), con certe forme e certe sue regole ma, soprattutto, è uno dei modi di essere delle comunità zingare. Sono numerosissimi invece, nel tempo storico e nello spazio geografico, gli esempi di gruppi semi sedentari o compiutamente sedentarizzati.

In questo processo, complesso e articolato, ci si imbatte spesso in precise motivazioni di ordine politico e economico che, all'interno di cambiamenti sociali di più ampia portata per la società, hanno anche provocato la ripresa di fenomeni nomadici, lungo un filo continuo e costante della storia zingara.

Accanto ad una dimensione *strutturale*, legata ad una specifica organizzazione economica e sociale del gruppo, ne esiste dunque una *congiunturale* che si situa nel quadro di un contesto di relazioni, di rapporti di potere con la società maggioritaria, di strategie di sopravvivenza.

L'avanzata dell'impero turco, nella seconda metà del sec. XIV, provoca ad esempio consistenti spostamenti verso l'Europa balcanico - danubiana (luogo di forte insediamento delle genti zingare e centro di partenza di successiva espansione) e, via mare, verso l'Italia centro - meridionale.

Il più antico e numeroso gruppo di insediamento in Italia è rappresentato dai Rom Abruzzesi, che conserva nel proprio dialetto elementi dell'antico idioma indiano con numerosi prestiti dei dialetti italiani centro meridionali.

La diffusione degli Zingari nell'Europa occidentale avviene in un'epoca di importanti cambiamenti sociali, culturali, di costume e religione caratterizzati dalla nascita dei grandi Stati moderni.

Ad essi si ricollega il profondo mutare del rapporto tra gli Zingari e la società ospitante: vengono abbandonati gli ideali ascetico caritativi e si trasforma l'atteggiamento generale verso i poveri, i vagabondi, i pellegrini, i viaggiatori stranieri, i nomadi che cominciano ad essere oggetto di repressione e assimilazione forzata (Carlo III in Spagna, Teresa d'Austria, Caterina di Russia).

Questo insieme di misure ostili provocheranno il limitare degli spostamenti migratori, riducendo l'ampiezza dei viaggi entro il quadro regionale o nazionale, favorendo la differenziazione geografica e linguistica dei gruppi zingari.

L'antica diaspora del mondo zingaro troverà poi un'ulteriore accelerazione nel mondo contemporaneo a partire dalla fine del secolo decimonono.

L'unificazione dei principati di Moldavia e Valacchia (da cui nascerà nel 1859 l'odierna Romania) porrà fine a secoli di schiavitù provocando migrazioni consistenti in Europa e in America di gruppi zingari di Rom Kalderasha, Lovara, Curara.

Con la cessione dell'Alsazia i Sinti Gac'kane (tedeschi) raggiungeranno la Francia e l'Italia.

Porrajmos "distruzione"

Sono nata il 29 gennaio del 1916.

Brutta gente erano i fascisti, facevano del male ai sinti, erano brutte razze quelle lì.

Ci sono stati buttati dei miei fratelli in Germania e, ringraziando Dio, sono venuti a casa quei due che sono andati via.

Si chiamavano Suffer Catullo e Zimberger Oliviero.

In Germania ci sono stati nel '43. Sono stati trattati male, trattati come i cani...

Anche in Italia erano trattati male... li hanno buttati dentro un casotto, i miei fratelli, e là non ci davano neanche l'acqua da bere... tanti dei nostri sono stati ammazzati e ci hanno fatto di tutto. Dei nostri. Li torturavano. Gli hanno tirato via le unghie dei piedi, le unghie delle mani.

Ci sono stati sinti che hanno fatto parte degli italiani, con i partigiani, a Milano.

Anch'io stavo a Milano di casa.

I campi di concentramento per sinti erano a Bolzano, Merano, anche a Milano, li tenevano chiusi dentro una gabbia, un capannotto e poi ci facevano peggio che Ravetta, quella brutta razza di fascisti, italiani.

Mio fratello si chiamava Zinberger Giovanni. Ha combattuto a Bolzano contro i fascisti, nel '44. ha combattuto per difendere i Rom e i Sinti ... e poi i tedeschi hanno preso due dei sinti, mi pare che li hanno ammazzati. Mio fratello ha combattuto tanto. Andava di notte e poi dove ci pareva buttava giù le bombe.

(testimonianza di Dolores Carboni, sinta italiana di 86 anni)

Diffidenza e rifiuto nei confronti della minoranza dei Sinti e Rom si trasformano, sotto l'egida nazionalsocialista della Germania nazista in una forte discriminazione razziale. Nel '38 Himmler ordina che gli Zingari vengano tutti schedati e registrati dalla polizia; nel '39 viene esteso l'obbligo a risiedere in appositi campi d'abitazione che precede, nel '42, l'internamento di tutti gli Zingari del Reich nei campi di concentramento. Ebbero quindi inizio le deportazioni in massa verso i lager che sfociarono, negli anni dal '43 al '45, nel genocidio di oltre 500.000 zingari, propugnato con altrettanta fermezza di propositi della politica antiebraica, con la complicità e la partecipazione dei governi fascisti e collaborazionisti.

Lo sterminio di Sinti e Rom fu attuato nei campi di sterminio e nei paesi satelliti o occupati dalla Germania nazista: Auschwitz, Treblinka, Majdanek, Chrlmo/Kulmhof; con esecuzioni di massa in Polonia e nel Baltico, in Croazia (ustascia), Serbia (cetni), Slovenia (guardie Hlinka), in Ucraina, in Crimea ecc.

Marchiati dall'etichetta di "criminali e asociali", nell'indifferenza di politici e dell'opinione pubblica, gli zingari sono stati a lungo esclusi dal riconoscimento e dal risarcimento della storia per le persecuzioni patite.

Migrazioni recenti

Alla fine della seconda guerra mondiale, in seguito ad un altro spostamento di confine, i Rom della Venezia Giulia e della Slovenia si trasferiscono nelle regioni settentrionali, in particolare in Veneto e Lombardia.

La crisi economica dei paesi dell'est provoca nel corso dei primi anni '60 e in modo più considerevole negli anni '80, una nuova ondata migratoria (Macedonia, Bosnia e Kosovo), indirizzata soprattutto verso l'Europa centrale (Austria e Germania).

Le vicende politiche recenti, la caduta delle barriere fra i due blocchi, la guerra nella ex Jugoslavia, i pogrom e le violenze razziste nei Paesi dell'Europa orientale hanno accelerato ed esasperato le modalità di trasferimento dai luoghi di vita, trasformando spesso la "mobilità" in fuga forzata da fattori economici e politici.

Diffusione in Europa

Anche se risulta difficile fornire statistiche precise si calcola che gli zingari in Europa siano c.ca 9 milioni di cui poco più di 2 nella parte occidentale e tra 6 e 7 nell'est.

E' una popolazione giovane i cui individui con meno di 16 anni sono compresi tra il 45 e il 50%; il 70% ne ha meno di 30. Pochissimi gli ultra sessantenni pari al 2 - 3%.

Caratterizzata da un discreto incremento demografico (3 - 5%), di molto superiore a quello medio europeo, presenta un alto indice di natalità, compensato però dalla forte mortalità (infantile), morbilità e da un'aspettativa di vita media i cui indici sono paragonabili a quelli delle società più arretrate del III e IV mondo.

Si calcola che gli Zingari attualmente in Italia siano c.ca 120.000 (il 2 per mille dell'intera popolazione italiana), di cui circa i 2/3 di cittadinanza italiana, mentre il rimanente 1/3 sono cittadini della Comunità Europea (Rom Lovara ispano - francesi) o cittadini della ex Jugoslavia (Xoraxané, Kanjarja, Rudari, Arlija ecc.) e ancora, Rumeni e Polacchi.

In generale possiamo affermare che una classificazione approssimativa dei gruppi è lo specchio quindi non di precisi elementi giuridici o il rilevamento delle diverse fasi di popolamento dei territori geografici, quanto piuttosto dell'aggregazione etnico - linguistica del gruppo.

Lingua come etnonimo

L'etnonimo, la "patria" degli zingari è, dunque, la lingua (Soravia).

I due grandi gruppi zingari storicamente presenti in Italia sono i Sinti e i Rom, che si suddividono a loro volta in almeno una decina di sottogruppi (Sinti Piemontesi, Lombardi, Marchigiani, Emiliani, Veneti, Gag'kane o Taje, Estrekharia ecc.; Rom Abruzzesi, Harvati, Napulenghere ecc.).

I Sinti (denominazione riconducibile alla regione pakistana del Sind) sono diffusi in tutte le regioni centro - settentrionali. Cittadini italiani, di religione prevalentemente cattolica, ma anche evangelico - pentecostale, parlano il Sinto (un dialetto a base neoindiana con un lessico influenzato da elementi tedeschi e regionalistici), sono tradizionalmente dediti alle attività circensi (Orfei, Togni, Medini), giostrai, spettacoli viaggianti, plateatici, commerci ambulanti.

I Rom (uomini), parlano il romanès o romanipè (un dialetto neoindiano arricchito di prestiti dei dialetti del sud, abruzzesi, del serbo croato, harvati, khanjarja, khorakhanè), diffusi soprattutto nell'Italia centro meridionale ma presenti anche nel settentrione, sono dediti all'allevamento e commercio di bestiame (a Campobasso le principali macellerie equine del centro urbano sono gestite da famiglie Rom), lavorazione di utensili e metalli, raccolta del ferro ecc.

Leggi e istituzioni

La realtà della vita quotidiana dei Rom e Sinti, pur in un complesso rapporto anche conflittuale con la società e l'ambiente, manifesta peculiarità e caratteristiche che sarebbe un errore generalizzare nel tentativo di ricondurle ad una visione univoca.

Vi sono questioni di connotazione più ampia, riguardanti il riconoscimento formale e sostanziale della specificità della identità culturale zingara, entro le quali sono inglobati elementi di rivendicazione comune.

Di fronte alla legge non sempre i diritti degli zingari sono riconosciuti e garantiti come per qualunque altro cittadino, e, del resto, la recente esclusione della lingua zingara dal

riconoscimento delle minoranze etnico linguistiche approvata dal Parlamento, ha riproposto un meccanismo di emarginazione sociale, culturale e politica.

Visione etnocentrica

La mancanza non di una legge “quadro” specifica (che storicamente ha assunto valenze negative e discriminatorie per gli zingari), ma di strategie complessive di sostegno all’autopromozione di questo popolo, si accompagna ad una visione etnocentrica e pregiudiziale verso la cultura e lo stile di vita zingaro da parte della società maggioritaria.

Stigmatizzati, costretti a sviluppare strategie di adattamento flessibili e autonome alle residue nicchie economiche per lo più marginali, in un rapporto sempre incerto col territorio e le comunità locali, gli zingari si caratterizzano per il pensarsi e viveri come un arcipelago di piccoli gruppi, mescolati ad altri popoli, orgogliosi della propria diversità e identità.

Essere “sedentarizzati”, cioè vivere stabilmente in un villaggio, quartiere, o campo sosta, è un fatto “oggettivo” e non “soggettivo” nella cultura zingara, in cui cioè permane una propria visione del mondo strettamente legata alla “condizione dello spirito” nomade, insieme alla necessità di affrontare continui imprevisti.

La dimensione del “viaggio”, le “tradizioni” interagiscono quotidianamente nella vita sociale e culturale sia abitando in una “casa” che in una roulotte.

Il passaggio da una condizione “precaria” (roulotte/baracca) ad una più stabile (abitazione mista) è un progresso relativo mediato da un’esperienza storica millenaria: è il risultato di un compromesso momentaneo, che le circostanze possono repentinamente cambiare.

La società zingara è fondata sul concetto di “famiglia allargata”, sulla nozione del tempo in cui prioritario è il rapporto umano, relazionale, territoriale, abitativo. In ogni comunità convivono spessissimo diverse famiglie allargate, tutte appartenenti allo stesso gruppo. E’ una società patrilineare, in cui non esistono re o regine, ma capifamiglia che esercitano la loro influenza tra i propri familiari e che, insieme agli altri capifamiglia, costituiscono una Kris o Wakeribe (parlamento) in cui si discutono i fatti della vita che riguardano l’insieme della comunità.

Risposta collettiva

“L’anomia zingara” è’ una risposta collettiva alle ipotesi assimilatrici, ai tentativi di restringerli in contesti sociali inadatti, tendenti a smembrare il caposaldo dell’identità sociale: la famiglia allargata.

Formato mediamente da 20 – 30 persone, il gruppo familiare garantisce, infatti, la solidarietà sociale, la sicurezza dell’individuo, la propria vocazione educativa e culturale, estesa a tutti i membri della famiglia. La famiglia è’ l’istituzione sociale per eccellenza, contenitore degli investimenti affettivi e dei modelli di identificazione.

Attorno al rituale del *fuoco* (yak) si ritrovano non solo i membri in senso stretto ma la comunità intera, in uno dei momenti di più alta coesione sociale del gruppo.

Gli Zingari sono rimasti forse tra gli ultimi popoli indoeuropei proscrittori di una cultura orale, agrafica, portatori di un modello linguistico che rifugge qualsivoglia tentativo di

omologazione, pur avendo contribuito in modo sostanziale a costruire nel campo della letteratura, della musica, dell'arte la stessa identità culturale europea.

La storia dei Sinti e Rom, nel vecchio e nuovo mondo è anche il racconto di terribili avversità incontrate dai popoli di diverse etnie, culture e religioni contro il pregiudizio, la stigmatizzazione dei diversi, il rifiuto, l'esclusione, la ghettizzazione.

E' il percorso irrequieto di un popolo che non rivendica alcun territorio o stato proprio, in una visione transnazionale e interculturale dello spazio e del tempo.

Quanti sono gli zingari?

In Italia gli zingari costituiscono una piccolissima minoranza etnica: 110/120.000 persone su 58 milioni di abitanti.

La metà di questa popolazione è composta da minori, bambini e giovani adolescenti compresi nell'età 0 -14 anni che formano, secondo le comunità di appartenenza, poco meno o poco più del 50% della popolazione zingara complessiva, mentre solo il 2,5 - 3% supera i 60 anni.

Il tasso di natalità è elevato (mediamente 5/6 figli per i nuclei familiari di nuova formazione, mentre si stima che il numero medio di figli per famiglia sia di 8), la mortalità ha tassi gravissimi (soprattutto quella in età minorile tra i gruppi di recente immigrazione), lo stato di salute preoccupante (la morbilità cronica e invalidante attanaglia ampi strati della popolazione adulta in cui sono riconoscibili patologie complesse e in taluni agglomerati suburbani patologie definite da "ghetto" o da "campo di concentramento").

La scolarizzazione è bassa (c.ca il 30% del totale) e ancora limitata al conseguimento della licenza elementare; l'analfabetismo (anche di ritorno) è dilagante, la disoccupazione diffusissima.

La presenza dei Rom e Sinti, sovente ignorata o più semplicemente relegata ai margini delle città e di centri di piccole e medie dimensioni, emerge periodicamente come una delle cause dei maggiori elementi di conflittualità urbana e di possibile tensione sociale.

Due realtà, la "nostra" e la "loro", distinte, separate, che non si "parlano" ma che convivono gli uni vicini agli altri, semplicemente fingendo di ignorarsi.

Nella dimensione territoriale nazionale (da un punto di vista socio economico) le migliori forme di inserimento urbanistico e sociale sono presenti nelle regioni centro meridionali dove, le politiche dell'abitazione ai Rom appaiono sostanzialmente più avanzate e integrabili nel contesto urbanistico (vedi anche la recente realizzazione del Comune di Cosenza di 40 villette unifamiliari per i Rom calabresi e l'accesso all'edilizia residenziale pubblica di 50 nuclei di nuova formazione), mentre fortemente arretrate appaiono le strategie perseguite finora nelle regioni del nord.

Anche da queste condizioni ambientali, frutto come abbiamo visto di scelte o non scelte politiche e sociali, discendono le particolari condizioni di vita che agiscono negativamente sulle problematiche sanitarie delle comunità zingare. Temi legati alla tutela della salute, alla conoscenza e accesso ai servizi socio sanitari che stanno ad indicare l'esistenza di una stretta correlazione fra il profilo epidemiologico dei problemi di salute e i fattori di rischio socio ambientali che danno luogo o costituiscono la premessa per fenomeni di emarginazione o anomia sociale.

Le problematiche sanitarie

Sovente l'analisi dei fenomeni sanitari evidenzia aspetti di grave preoccupazione, legati soprattutto all'assenza di interventi mirati di prevenzione e cura delle principali patologie riscontrabili.

Gli indici relativi ai tassi di natalità, morbilità, mortalità rilevabili nei diversi gruppi zingari stanziali sono drammaticamente accostabili a quelli dei Paesi poveri del sud del mondo e sono la conseguenza diretta anche di un rapporto con le strutture sanitarie di base e quelle ospedaliere incerto ed occasionale.

Molti elementi di conoscenza sfuggono alla nostra attenzione giacchè i sistemi informativi sanitari risultano inadeguati per fornire informazioni specifiche sul "gruppo zingaro" (la malattia non è un evento che investe solo il singolo individuo, bensì può diventare un problema sociale che coinvolge l'insieme del gruppo familiare esteso), mentre gli spostamenti dai luoghi di residenza (per lo più esercitati in forma coatta) impediscono di eseguire valutazioni longitudinali consistenti.

Il primo accesso per gli zingari praticabile nel nostro sistema sanitario è rappresentato solo dal pronto soccorso ospedaliero, per la sua visibilità, accessibilità ad ogni orario, gratuità, assenza di controllo di documenti, per la possibilità di accompagnamento e di solidale permanenza accanto al paziente.

Il ricorso a tale struttura avviene dunque, secondo tradizione, nel momento di conclamata necessità: fatti traumatici o l'apparire di sintomi acuti della malattia, mentre affezioni anche gravi permangono ignorate a lungo.

La stessa gravidanza, anche quando ha cessato di risolversi all'interno del campo con l'assistenza delle altre donne (a cui faceva seguito un periodo di "quarantena" ossia di allontanamento familiare perché il sangue è ritenuto impuro) vedeva il ricorso alla struttura ospedaliera limitatamente al momento del parto, senz'essere assistita in alcun altro modo.

I dati (pochi) di dimissione ospedaliera relativi ai ricoveri in Regione Lombardia evidenziano ad esempio un alto ricorso all'ospedalizzazione in età pediatrica, soprattutto nel corso del primo anno di vita, con una predominanza di ricoveri per malattie infettive, respiratorie e per patologie neonatali.

Più che una nomenclatura clinica si possono quindi raggruppare e classificare fattori di rischio che sviluppano patologie acute, croniche e da stress che determinano la rilevanza di malattie delle alte e basse vie respiratorie, del sistema digerente (le carie dentali sono un fenomeno diffusissimo a partire dalla prima infanzia), dermatologiche, cardio e cerebrovascolari strettamente correlate alle condizioni materiali di esistenza (situazioni ambientali malsane, vicinanza ad arterie stradali a grossa percorrenza, discariche, accumulo di rifiuti, ratti e insetti; abitudini alimentari che combinano carenze quantitative e qualitative a occasionale sovralimentazione disordinata (obesità) e abuso di fumo e bevande alcoliche; una cultura del corpo e della malattia che rende difficile il rapporto tra medicina ufficiale e zingari).

Inoltre si riscontra anche un atteggiamento delle strutture sanitarie che, riflettendo passivamente il senso comune corrente, combina incomprendimento, indifferenza e atteggiamenti discriminatori: non si tenta di capire la cultura "altra", vista solo come indice di ignoranza se non di barbarie; non si prende coscienza né della gravità né della stessa esistenza del problema; spesso - anche se con numerose lodevoli eccezioni - si discrimina più semplicemente lo zingaro che cerca il contatto con le strutture sanitarie.

Per affrontare direttamente la questione sanitaria andando al nocciolo del problema occorrerebbe dunque partire dal difficile rapporto tra la cultura del corpo e della salute delle comunità Rom e Sinti e la cultura specifica degli operatori dei servizi sanitari progettando percorsi di mediazione culturale tra queste due culture, così come già si sta facendo da tempo nel campo scolastico.

Ad esemplificazione di quanto detto i Rom e i Sinti esprimono, ad esempio, una valutazione alquanto diversa del proprio stato di salute rispetto a quanto noi siamo soliti attribuire loro sulla base di riscontri biomedici e dati statistici, non riconoscendosi come gruppo particolarmente soggetto a malattie o con un'aspettativa di vita media molto bassa rispetto alla popolazione maggioritaria.

La stessa struttura demografica delle comunità zingare ci fornisce la scelta dove indirizzare le nostre proposte di intervento: l'altissimo numero di gravidanze e di parti, quel 48 – 52% di popolazione infantile e pre-adolescenziale impongono “naturalmente” il coinvolgimento dell'area del materno – infantile.

Ma a queste ragioni obiettive se ne sommano altre.

Visto che si tratta di mediare tra due culture diverse, la scelta da effettuare è quella di investire innanzi tutto sulla mediazione tra due culture femminili diverse: da una parte non la cultura “media” dei servizi sanitari ma la cultura fortemente innovativa delle operatrici dei servizi territoriali del materno – infantile (puntando soprattutto sulle operatrici dei consultori familiari e dei consultori pediatrici, da sempre tese all'ascolto attento delle utenti ...) e, dall'altra, la specifica cultura del corpo, della sessualità, della gravidanza, dei parti e dell'accudimento – allevamento dei bambini di cui sono portatrici le romni e le sinte – le donne zingare.

Tanto più che l'esperienza parallela della mediazione scolastica ci rivela una peculiarità femminile all'interno della cultura zingara: l'essere cioè le donne le migliori custodi della tradizione e, contemporaneamente, le più audaci portatrici del bisogno dinamico di cambiamento.

La mediatrice sanitaria rom è quindi un'operatrice che all'interno della propria cultura e comunità, da quel luogo di vita quotidiano in cui essa stessa vive, impara a rapportarsi alla cultura maggioritaria rappresentando la specificità etnica e culturale del proprio gruppo (i bisogni, i problemi e le risposte che in esso maturano) ed acquisendo dalla cultura “altra” tutto quello che può essere utilmente riportato.

In questa dinamica di interscambio culturale assumono quindi un ruolo centrale i servizi dell'area della famiglia, infanzia, età evolutiva, in relazione agli scenari demografici (soprattutto se si pensa al ben più consistente fenomeno migratorio in atto) e ai bisogni di prevenzione che modificano o meglio, costringono a ripensare il superamento di un modello di intervento solo di tipo emergenziale e per questo frammentario e una struttura dei servizi molto poco incentrata su un sistema complesso di interazioni.

Ci stiamo velocemente avviando verso un panorama sociale multietnico che richiede un salto qualitativo anche dell'operato dei Servizi socio sanitari, nel percorso che porta la persona appartenente ad una minoranza verso il riconoscimento di una compiuta “cittadinanza”, passando così da un sistema a fiducia personale ad un sistema a fiducia generalizzata.

Occorre quindi favorire la relazione tra operatori e utenti soprattutto attraverso il ricorso del mediatore culturale, promovendo interventi di confronto interculturale, inventando, sviluppando e mettendo in rete risorse e metodologie già esistenti sul territorio.

Milano: un'esperienza di mediazione culturale nel consultorio familiare

In questa dinamica di interscambio culturale assumono un ruolo centrale i servizi dell'area della famiglia, infanzia, età evolutiva in relazione ai bisogni di prevenzione che modificano o meglio, costringono a ripensare il superamento di un modello di intervento solo di tipo emergenziale e per questo frammentario e una struttura di servizio molto poco incentrata su un sistema complesso di interazioni.

Dal 1996 l'Opera Nomadi ha avviato con l'ASL di Milano – Dipartimento ASSI la formazione e l'inserimento nei Consultori Familiari di mediatrici culturali sanitarie rom, dando vita alla prima e a tutt'oggi unica esperienza pilota in questo settore.

Il Consultorio Familiare è progressivamente diventato un punto di riferimento importante per le mediatrici e le comunità di rom stranieri e italiani e, a partire da questa relazione, anche altri Servizi socio sanitari hanno iniziato ad acquisire ai loro occhi una specifica e riconosciuta fisionomia.

Nel loro percorso di formazione professionale le mediatrici hanno raggiunto un consistente grado di autonomia nei rapporti con i Servizi e un livello di riconoscimento da parte delle comunità Rom che ha inciso anche sulla loro condizione di donne.

All'interno dei villaggi rom la fiducia acquisita le ha messe in condizione di operare per un lavoro di sensibilizzazione sui problemi sanitari e di educazione igienica dei bambini, a partire dalla profilassi delle vaccinazioni, i controlli in gravidanza, il ricorso alla contraccezione.

La continuità ha rappresentato un valore specifico di rafforzamento dell'esperienza acquisita e di perfezionamento della sperimentazione condotta.

Ma nello specifico della cultura e della condizione dei rom essa è anche:

- una condizione essenziale per mantenere un rapporto di fiducia, faticosamente raggiunto, verso la nostra società e verso gli operatori che hanno saputo accogliere, formare e accompagnare le mediatrici nella loro attività
- una complessiva risorsa delle comunità interessate, lungo un cammino lento di integrazione che va reso il più possibile sicuro e continuo: ogni interruzione rappresenterebbe, infatti, una rovinosa perdita di credibilità globale e quindi un probabile abbandono dei processi avviati.

L'impiego delle mediatrici rom nei servizi socio sanitari del settore materno infantile dei Consultori è mirato al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- promuovere un ruolo attivo dei Consultori Familiari e dei Servizi Materno Infantile;
- rispondere al bisogno di servizi alla maternità e di assistenza all'infanzia da parte dell'utenza delle famiglie rom;
- rafforzare e sviluppare ulteriormente il rapporto di fiducia tra operatori e mediatrici;
- consolidare e allargare la conoscenza e l'utilizzo dei Servizi coinvolti;
- consolidare ed estendere il rapporto con i Consultori Pediatrici e l'uso di Asili Nido e Scuola Materna, sia per contrastare l'usanza tradizionale delle donne che praticano la questua spesso portando con sé i piccoli, sia per offrire a quest'ultimi e ai loro genitori di accedere a realtà socializzanti e acculturanti, introduttive alla

- scuola dell'obbligo, in modo da perseguire anche un migliore e paritario percorso formativo ed educativo con i bambini non rom;
- consentire la progressiva riduzione degli ostacoli culturali e comunicativi tra operatori – mediatrici – comunità rom facilitando a quest'ultime un accesso sempre più diretto ai servizi del territorio;
 - sperimentare nuove e più organiche modalità di approccio da parte dei Servizi nei rapporti con l'utenza rom, consolidando ed estendendo, anche attraverso seminari e incontri tra operatori e mediatrici la loro interazione;
 - avviare un più stabile rapporto di affiancamento tra operatori e mediatrici sia all'interno dei servizi che nelle visite ai campi;
 - migliorare la capacità di fornire risposte adeguate di fronte al mutare dei bisogni della società multi-etnica da parte dei servizi dell'area materno – infantile;
 - superare modelli di intervento solo di tipo emergenziale e frammentario;
 - consolidare percorsi e connessioni istituzionali;
 - estendere protocolli che individuino percorsi facilitanti per famiglie immigrate nel servizio dell'area materno infantile;
 - diffondere tra gli immigrati la conoscenza delle opportunità di salute date dai servizi socio sanitari.

La salute è un fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività... recita l'art. 32 della Costituzione. Badate bene: "dell'individuo e della collettività (ricordava Carlo Cuomo). Abbiamo visto con quale drammaticità si pone, per le comunità zingare, la questione della salute ma anche dell'intervento coordinato dei servizi socio sanitari territoriali, così come una specifica formazione degli operatori riguardo alla realtà antropologica delle comunità e la collaborazione dei mediatori.

Insomma, su questa strada il confronto è aperto ancorché lungo....

"Vuoi sapere la differenza che c'è tra un gadjè e un Rom? E' la stessa che corre tra l'orologio e il tempo: il primo segna i secondi, i minuti, le ore e tu sai che dopo le sei vengono le sette e dopo le sette, le sette e mezza; il secondo è il sole e la pioggia, il vento e la neve... e tu non sai mai quello che sarà"

Maurizio Pagani, anni 38, vicepresidente Opera Nomadi Sezione di Milano e Consigliere Nazionale, vive e lavora a Milano. Dal 1989 collabora con le comunità rom e sinte per promuovere il pieno riconoscimento dei diritti e una sempre maggiore partecipazione alla vita sociale della minoranza zingara. Consulente di Amministrazioni pubbliche, ha svolto numerosi corsi di aggiornamento e formazione per operatori ed insegnanti. E' responsabile scientifico di progetti in ambito nazionale ed europeo.

Distribuzione geografica dell'AIDS in Italia: possibili aspetti socio-economici

D. D'Amico, R. Guarneri *

Specializzando in Dermatologia e Venereologia, * Dottorando in geografia ed area culturale dell'Europa– Università degli studi di Messina

Riassunto

Dopo brevi cenni storico-evolutivi sull'AIDS, gli autori, sulla scorta dell'andamento epidemiologico in Italia e specificatamente nelle singole regioni, evidenziano la presenza di un gradiente Nord-Sud in cui le regioni meridionali risultano significativamente meno colpite dall'endemia. Una spiegazione convincente troverebbe fondamento, oltre che nella differenza tra gli stili di vita propri delle singole regioni, soprattutto nell'incidenza dell'immigrazione nelle stesse: i dati dell'Istituto Superiore di Sanità dimostrano che se l'incidenza dell'AIDS nella popolazione italiana tenda a ridursi, quella in cittadini stranieri immigrati è, invece, in netto aumento.

Viene sottolineato, inoltre, il non indifferente ruolo della prostituzione, praticata da molte donne immigrate, in particolare "irregolari", presenti sul territorio.

Parole chiave: AIDS, epidemiologia, tossicodipendenza, prostituzione, immigrazione.

Abstract

AIDS made his first appearance in Italy in 1982. The infection spread in the population with an increasing incidence until 1996 when a turnabout was relieved. The data collected until December 2001 confirm the progressive decreasing of HIV incidence but evidence also an unsafe spreading of AIDS in heterosexual population and immigrants, probably related to drug use and prostitution. The data analysis on the distribution of AIDS, provides the foundation for prevention and control programmes.

Key words: HIV infection, epidemiology, drug use, prostitution, immigration.

Introduzione

Le malattie sessualmente trasmesse (MST), seppur nella loro ampia variabilità etiologica e storico-evolutiva, sono, ancora oggi, secondo l'OMS, un gruppo di patologie infettive tra le più frequenti al mondo tanto da essere poste tra le prime dieci priorità di salute pubblica. Esse costituiscono un grave problema non solo nei paesi in via di sviluppo, ma anche tra quelli industrializzati, come l'Italia. L'esordio dell'epidemia da HIV, all'inizio degli anni ottanta, ha riproposto all'attenzione, non solo del mondo scientifico, ma anche di quello politico-economico, il problema delle MST che si era progressivamente sopito dall'inizio del secolo in poi.

L'AIDS è certamente la più recente e la più temuta delle MST, tanto da aver meritato la dizione di "peste del 20° secolo". Le prime manifestazioni della malattia si ebbero nelle grandi metropoli degli USA in giovani omosessuali: in questi soggetti si erano sviluppate malattie infettive e tumorali (polmonite da *Pneumocystis Carinii* e sarcoma di Kaposi) rare nei soggetti con sistema immunitario integro, e frequenti, invece, tra soggetti immunocompromessi, come i trapiantati. S'iniziò a parlare così di AIDS: malattia che colpisce e mina la funzionalità del sistema immune determinando la morte del paziente per patologie infettive o tumorali sovrapposte. Appartenne a Montagnier e Gallo, in seguito, la scoperta dell'agente patogeno: il virus HIV che, trasmesso con i liquidi organici, penetra nell'organismo tramite lesioni di continuo determinando lo sviluppo dell'infezione.

Dato che molti dei soggetti colpiti erano di origine Haitiana e molti altri erano, comunque, stati su quell'isola per vacanza, si pensò di individuare proprio lì l'origine dell'epidemia ma presto si scoprì che il virus era giunto sull'isola con lavoratori immigrati dall'Africa equatoriale.

La diffusione epidemica del virus è stata lenta ma inarrestabile in tutto il mondo, con i primi casi italiani verificatisi nel 1982 [1].

La diffusione dell'HIV, come tutte le altre MST, ha avuto inizialmente un caratteristico andamento bifasico, colpendo in una prima fase soggetti appartenenti a gruppi ad alto rischio (gruppi "core": omosessuali, tossicodipendenti, emofilici) ed estendendosi, in un secondo tempo, tramite soggetti così detti "ponte" (bisessuali, prostitute, familiari di tossicodipendenti o emofilici), al resto della popolazione. Alla luce della situazione attuale, pertanto, si evince chiaramente che la malattia è passata, in tutto il mondo, attraverso tre fasi di diffusione: la prima fase di espansione dell'infezione inizialmente solo nel gruppo core e poi al resto della popolazione; una seconda fase di stabilizzazione dell'incidenza a livelli iper-endemici, per una sorta di equilibrio tra patogeno e popolazione, ed infine una terza fase (l'attuale della storia naturale della malattia) in cui, per l'attuazione di programmi di controllo e prevenzione, si viene a stabilire un nuovo equilibrio tra virus e popolazione a livelli di incidenza più bassi dei precedenti [2].

Ancora oggi, tale equilibrio, appare suscettibile di modificazioni tramite l'attuazione di sempre migliori programmi di prevenzione, fermo restando che difficilmente si riuscirà ad uscire dallo stato di iper-endemia fintanto che non saranno scoperti ed adottati vaccini o terapie attive sull'agente patogeno.

Stato dell'endemia in Italia

Al 31 Dicembre 2001, secondo i dati forniti dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) [1], sono stati notificati in Italia 49333 casi di AIDS conclamato (secondo i criteri per la diagnosi del centro europeo dell'Organizzazione mondiale della Sanità), di cui il 77,9% in soggetti di sesso maschile. L'incidenza totale e la mortalità risultano ormai stabilmente decrescenti dal 1996 (Tab.1). Il maggior numero di casi si verifica in soggetti tra i 25 e i 50 anni; l'incidenza nel sesso femminile sembra ridursi in maniera meno significativa rispetto al maschile (Tab. 2)

Il numero totale dei casi notificati e l'incidenza (Tab. 3) sono risultati essere sempre maggiori nelle grandi regioni del nord e nel Lazio. In particolare i maggiori tassi di incidenza si sono verificati, nell'ultimo anno, nelle province di Verbania, Brescia, Varese, Milano e Roma. Taranto, la prima delle città del sud, è al 29° posto; Palermo e Napoli sono rispettivamente 41^a e 54^a.

In controtendenza sono i casi verificatisi in soggetti stranieri residenti in Italia che dimostrano un costante aumento anche dopo il 1996, confermato dai dati del 2001 (Tab. 4). Sono evidenti, inoltre, una costante riduzione percentuale dei casi tra i tossicodipendenti ed, invece, un progressivo aumento tra gli eterosessuali (Tab. 5); per questi ultimi il rischio sarebbe legato principalmente al contatto con partners tossicodipendenti o ai rapporti con prostitute (Tab. 6).

Considerazioni

Se si valuta il tasso di incidenza annualizzato di AIDS, corretto per ritardo di notifica [3], si evidenzia, in ambito nazionale, un decremento significativo dei valori a partire dal 1996. Dopo 14 anni di crescita (dal 1982 al 1996) il dato ha, infatti, evidenziato un'inversione di tendenza che lo ha portato, ormai stabilmente da 5 anni, a livelli di iper-endemia più bassi (Tab. 1), segno evidente che le campagne di informazione hanno iniziato a dare i loro frutti. Considerando, infatti, un periodo di sieropositività di 3-10 anni, che tende progressivamente ad allungarsi con l'uso delle terapie antiretrovirali, è proprio dagli inizi del Duemila che dovremmo osservare i maggiori risultati dell'impatto di queste campagne sulla popolazione.

Dal grafico si evince come anche i tassi di mortalità inizino a decrescere. Tale processo è evidente dal 1997; nonostante, infatti, la prevalenza dei casi di AIDS cresca, con un numero totale di soggetti ammalati sempre maggiore, la percentuale di quelli che vanno incontro a decesso tende a ridursi e la speranza di vita si allunga considerevolmente, grazie all'avvento delle nuove terapie antivirali.

Altro dato che balza subito all'occhio è la presenza di un gradiente Nord-Sud nella distribuzione dei casi nel nostro paese, con le regioni meridionali significativamente meno colpite dall'endemia. Tale gradiente è stato evidente sin dagli esordi della malattia ed, a tutt'oggi, è inalterato: soprattutto le grandi regioni del Nord (Lombardia, Emilia Romagna, Liguria, Piemonte) e del centro (Lazio e Toscana) pagano il più importante tributo all'endemia (Tab.3). Al Sud, Campania e Sicilia hanno tassi di incidenza molto bassi; la Basilicata, ad ulteriore conferma, ha il minor tasso di incidenza in Italia.

Questi dati trovano come unica spiegazione convincente tra gli epidemiologi le differenze negli stili di vita propri delle singole regioni e, soprattutto, nell'incidenza dell'immigrazione nelle stesse.

I dati dell'ISS (Tab. 4) dimostrano che se l'incidenza dell'AIDS tra la popolazione con cittadinanza italiana tende a ridursi, quella in cittadini stranieri immigrati è, invece, in paradossale aumento. Anche se nuove norme legislative mirano alla regolarizzazione di quanti più soggetti immigrati possibile, compatibilmente alle condizioni economico-politiche italiane, si da garantire una qualità di vita adeguata, enorme resta, tuttavia, il mondo dell'immigrazione sommersa ed irregolare, preda della malavita italiana e straniera.

Secondo le stime della Caritas romana [4], gli immigrati regolarmente residenti in Italia erano 1250214 nel 1999, di cui il gruppo più consistente è quello proveniente dai paesi poveri del Sud del mondo (56,2%) e dall'Europa dell'Est (22,5%). Questi individui risiedono per lo più al Nord Italia (53,9%) e al centro (29,4%) mentre le presenze nel Sud e Isole sono circa il 16,7%. L'assistenza sanitaria per questi soggetti è garantita per la maggior parte da una rete assistenziale gratuita legata principalmente alla Caritas e al volontariato in generale che, tuttavia, costituisce ben poca cosa rispetto al grande mondo dell'emigrazione. Tale rete si occupa di quella gran parte di soggetti che non essendo regolarizzati in Italia difficilmente possono adire alle strutture del nostro al SSN.

Dai dati provenienti da queste associazioni di volontariato [4] risulta che la quasi totalità degli immigrati, al momento del loro arrivo in Italia, erano in ottime condizioni di salute. Solo i soggetti sani tendono, infatti, ad affrontare le insidie di tali spostamenti: è il così detto "effetto migrante sano". La gran parte dei soggetti va incontro a malattia solo dopo l'arrivo in Italia, probabilmente per le scarse condizioni igienico-sanitarie ed alimentari in

cui versano; le patologie acute e, particolarmente, quelle infettive sono le più frequenti: risulta affetta da AIDS una percentuale di stranieri che oscilla dal 5 al 10% secondo le varie statistiche effettuate da enti e istituti diversi. È difficile, infatti, valutare con precisione l'incidenza della patologia in questi malati essendo per lo più persone irregolari che tendono a nascondersi a tutte le forme di sorveglianza e che difficilmente possono adire a centri sanitari.

Il quadro si complica se si considera che molte delle donne straniere presenti in Italia, ed in particolare quelle irregolari, finiscono nelle mani della malavita, venendo a costituire il più folto gruppo delle prostitute di strada.

Secondo i dati dell'ISS, infatti, i rapporti con prostitute sono la causa principale della trasmissione dell'AIDS tra gli eterosessuali: nonostante numerose campagne informative sulla malattia, molti clienti continuano a chiedere rapporti non protetti alle loro avventrici e, in più, molte di esse, soprattutto quelle provenienti dall'est Europa, dimostrano una scarsa attenzione al rischio sanitario [5].

Come nel caso dell'immigrazione, anche il fenomeno della prostituzione, tende a localizzarsi principalmente nei grossi agglomerati urbani del Nord e Centro Italia, dove molto spesso si intreccia a casi di tossicodipendenza. Molte di queste donne, infatti, fanno uso frequentemente di sostanze stupefacenti e la necessità di ingenti somme di denaro per procurarsele le porta sulla strada. La tossicodipendenza costituisce, dunque, un ulteriore fattore determinante la grave diffusione dell'AIDS tra le prostitute ed i loro avventori.

L'ISS ha stimato che la tossicodipendenza è, ancora oggi, il più importante fattore di diffusione dell'HIV [6], anche se il numero dei tossicodipendenti affetti da AIDS è in progressiva, costante e significativa riduzione.

È stato anche dimostrato che la tossicodipendenza facilita la diffusione dell'infezione non solo con la condivisione delle siringhe, cosa che si è ridotta grazie alle campagne di sensibilizzazione, ma anche perché induce un comportamento sessuale più disinibito, con adozione di pratiche più a rischio e mancata utilizzazione di mezzi barriera [6].

Anche per la tossicodipendenza si può dire, come per la prostituzione, che è un fenomeno prevalente nelle grandi aree metropolitane, soprattutto al Nord Italia dove s'inserisce in situazioni di emarginazione, povertà e clandestinità che costituiscono, oggi, il "core" dell'endemia, su cui tutti i prossimi interventi di prevenzione e recupero dovranno essere centrati.

Conclusioni

Sin dai primi anni della sua comparsa in Italia, l'AIDS ha evidenziato un particolare gradiente di incidenza Nord-Sud coinvolgendo in modo particolare le grandi aree urbane del nord e Roma, risparmiando in parte, invece, il Sud Italia. Dai dati epidemiologici raccolti negli ultimi venti anni dall'ISTAT prima e dall'ISS recentemente, risulta evidente che i nuclei core dell'infezione sono costituiti dai tossicodipendenti e dalla popolazione degli emarginati-emigrati-prostitute (EEP). Noi preferiamo considerare questi tre ultimi gruppi come una popolazione unica per gli ampi legami socio-ambientali che esistono tra essi e che fanno sì che molti individui appartengano a due o addirittura a tutti e tre i gruppi. La società italiana ha sempre vissuto di un contrasto tra le popolazioni "padane" ricche e caratterizzate da una maggiore indipendenza interpersonale e le popolazioni "mediterranee" più povere e con più forti legami di familiarità. In tale contesto si è già da tempo inserito il

fenomeno della tossicodipendenza che ha riguardato principalmente il Nord ricco, risparmiando, almeno in parte, il Sud.

Negli ultimi anni un ulteriore fattore di diversità si è aggiunto: l'immigrazione. Tutti gli stranieri giunti nel nostro paese hanno sempre preferito stabilirsi al Nord per le maggiori possibilità di lavoro, seppur clandestino, nelle aziende esistenti. Tali emigrati, vivendo in pessime condizioni igienico-sanitarie, isolati ed emarginati dal resto della società, costretti spesso alla prostituzione di strada, sono andati a costituire il nuovo pabulum per l'HIV.

È dunque, probabilmente, la maggiore presenza di tossicodipendenti e EEP nelle aree urbane del nord a far sì che l'incidenza di AIDS sia maggiore in queste aree. Va considerato, in particolare, che la presenza di HIV tra le prostitute fa sì che in queste aree l'infezione si stia estendendo anche alla popolazione eterosessuale residente.

Un'adeguata conoscenza delle cause socio-economiche alla base della malattia e della sua distribuzione sul territorio e nelle varie popolazioni è, pertanto, fondamentale per la programmazione di un corretto intervento sanitario: il SSN, infatti, è attualmente impreparato ad affrontare i problemi derivanti dalla nuova ondata immigratoria che ha coinvolto il nostro paese dalla fine degli anni novanta. La carenza di personale, di fondi e di strutture ha fatto sì, insieme all'inadeguatezza della nostra legislazione in materia di immigrazione, che un gran numero di persone si venga a trovare nell'impossibilità di cura e costituisca un serbatoio di infezione (non solo di HIV) per tutto il resto della popolazione. Si è creato così il grave pericolo della recrudescenza in Italia di vecchie malattie ormai sopite e di nuove pericolose "pestilenze del 2000".

L'obiettivo primario dovrà essere centrato sull'adeguamento della legislazione in materia di immigrazione, prevedendo dei flussi migratori controllati e una regolarizzazione dei residenti che permetta loro di adire a condizioni di vita più dignitose e a cure più adeguate. È necessario, inoltre, l'adeguamento dei fondi e delle strutture del SSN e la creazione di centri specifici per le malattie infettive che garantiscano anonimato e certezza di cure gratuite per tutta la popolazione.

L'avvio di nuove campagne di informazione mirate, soprattutto, ai gruppi core (tossicodipendenti e EEP) è certamente auspicabile, visti soprattutto gli ottimi risultati ottenuti, in tal modo, negli anni passati.

La lotta all'AIDS non dovrà essere, dunque, condotta solo nei laboratori, per la ricerca di vaccini o nuove molecole antivirali, ma dovrà essere estesa anche alla popolazione, mirando a eradicare quei fattori di rischio che sono oggi fonte di diffusione dell'HIV e che potranno divenire in seguito pabulum per nuove infezioni: vale la pena ricordare che la salute del singolo individuo è indice del grado di salute e civiltà di tutta una popolazione.

Bibliografia

1. Sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) in Italia. Aggiornamento dei casi notificati al 31 Dicembre 2001. Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità (in stampa).
2. Signorelli C, Renzi C, Zantedeschi E, Bossi A. La prevenzione mirata al comportamento sessuale. *Ann Ist Super Sanità* 2000;36:441-443.
3. Heisterkamp SH, Jager JC, Ruitenberger EJ et al. Correcting reported AIDS incidence: a statistical approach. *Stat Med* 1989; 8: 963-976.
4. Geraci S. Le malattie sessualmente trasmesse tra gli immigrati in Italia. *Ann Ist Super Sanità* 2000; 36: 445-449.
5. Smacchia C, Parolin A, Tommasi P, Residori M, Di Perri G, Concia E. Profilo preliminare di una popolazione di prostitute clandestine operanti nell'area peri-urbana di Verona. *Gior It Mal Inf* 1998;4:277-282.
6. Rezza G, Farchi F, Giuliani M. Le infezioni sessualmente trasmesse nella popolazione dei tossicodipendenti. *Ann Ist Super Sanità* 2000; 36: 63-68.

TABELLE

Tabella 1: Distribuzione annuale dei casi di AIDS, dei decessi e del tasso di letalità.
(TRATTA DAL NOTIZIARIO DELL'ISS [1] MODIFICATA)

<i>Anno</i>	N° casi diagnostici	Morti per anno di decesso	Decessi per anno di diagnosi	Tasso di letalità
1982	1	0	0	0
1983	8	2	7	87,5
1984	37	16	37	100
1985	198	89	186	93,9
1986	458	268	435	95
1987	1030	563	967	93,9
1988	1775	857	1652	93,1
1989	2482	1397	2302	92,7
1990	3134	1931	2886	92,1
1991	3827	2605	3498	91,4
1992	4261	3268	3812	89,5
1993	4814	3642	3974	82,6
1994	5524	4310	4280	77,5
1995	5662	4529	3584	63,3
1996	5051	4110	2207	43,7
1997	3374	2070	983	29,2
1998	2428	991	550	22,7
1999	2133	650	387	18,3
2000	1923	482	247	13,2
2001	1784	360	146	11,3
Totale	49903	32140	32140	64,4

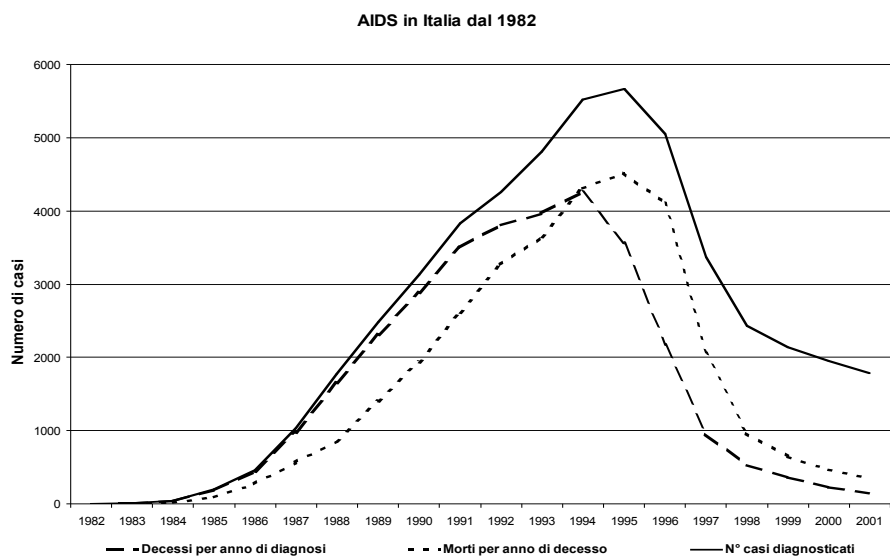


Tabella 2: Distribuzione percentuale dei casi di AIDS per fasce di età e per sesso.
(TRATTA DAL NOTIZIARIO DELL'ISS [1] MODIFICATA)

Età	MASCHI			FEMMINE			Totale*
	1990	1995	2000	1990	1995	2000	
0	0.5	0.3	0.0	1.7	0.9	0.4	0.5
1-4	0.4	0.3	0.1	2.1	1.0	0.0	0.5
5-9	0.2	0.4	0.1	0.9	0.7	0.2	0.3
10-12	0.1	0.1	0.1	0.2	0.1	0.2	0.1
13-14	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
15-19	0.4	0.0	0.1	0.2	0.2	0.4	0.2
20-24	6.1	1.7	0.9	15.3	4.0	4.8	4.6
25-29	34.0	12.9	5.3	40.1	22.4	15.4	21.2
30-34	28.7	38.4	18.3	22.8	39.3	27.7	31
35-39	13.9	23.7	31.0	7.2	18.1	23.5	19.9
40-49	10.2	14.5	27.8	5.7	8.9	19.1	14
50-59	3.9	5.1	10.8	2.2	2.6	4.4	5.2
>60	1.4	2.6	5.6	1.7	1.7	3.7	2.4

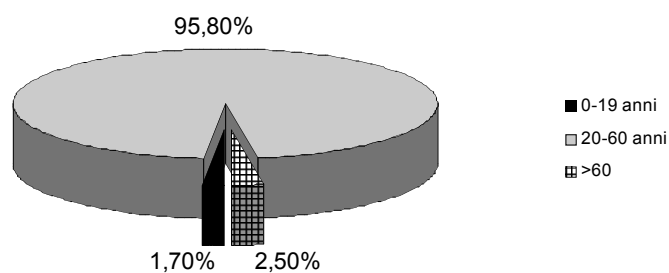


Tabella 3: Distribuzione dei casi di AIDS per regione ed anno di diagnosi.
(TRATTA DAL NOTIZIARIO DELL'ISS [1] MODIFICATA)

	<1993	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	Tasso*
1. Lombardia	5449	1502	1745	1673	1505	940	639	630	550	380	5.8
2. Lazio	2181	623	649	736	664	495	356	305	247	147	5.1
3. Emilia Rom.	1672	437	572	568	497	313	228	169	206	141	4.9
4. Liguria	967	233	282	283	258	158	105	82	54	59	4.2
5. Toscana	1040	277	334	364	285	206	140	158	111	90	3.0
6. Sardegna	561	172	173	187	146	92	51	44	39	25	2.7
7. Marche	265	67	80	89	79	55	45	42	41	32	2.6
8. Piemonte	1190	304	368	366	347	226	157	138	127	84	2.6
9. Veneto	1051	304	331	319	281	181	117	102	79	64	1.8
10. Sicilia	748	221	236	219	170	157	128	84	88	40	1.7
11. Val D'Aosta	22	6	5	7	10	3	5	5	2	2	1.7
12. Puglia	584	192	172	219	230	151	104	89	80	55	1.6
13. Umbria	112	30	40	48	52	27	24	19	21	9	1.5
14. Abruzzo	109	37	39	47	41	31	18	24	15	15	1.5
15. Campania	565	150	198	210	182	131	125	96	94	50	1.5
16. Trentino	159	54	51	62	55	41	27	16	16	10	1.5
17. Molise	9	5	3	5	2	2	3	1	5	2	1.2
18. Calabria	162	43	53	56	60	32	26	14	10	18	1.0
19. Friuli	132	41	39	39	49	27	15	22	18	6	0.8
20. Basilicata	38	19	12	19	20	7	11	8	3	4	0.7
Estera	100	30	32	38	21	32	35	22	19	21	

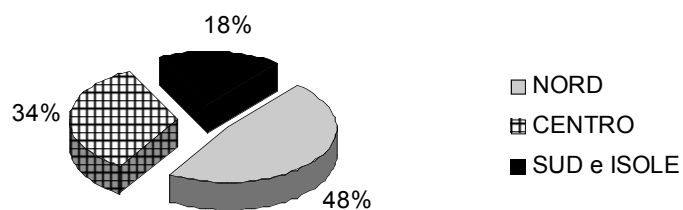


Tabella 4: Distribuzione percentuale dei casi di AIDS per nazionalità anagrafica (TRATTA DAL NOTIZIARIO DELL'ISS [1] MODIFICATA)

Area geografica	<1992	1992-93	1994-95	1996-97	1998-99	2000-01
<i>Italia</i>	97.3	96.6	95.5	93.7	88.6	85.2
<i>Africa</i>	0.7	1.3	1.8	2.7	5.3	7.9
<i>Asia</i>	0.1	0.1	0.1	0.3	0.4	0.5
<i>Europa Occidentale</i>	0.5	0.5	0.7	1.0	0.7	0.5
<i>Europa Est</i>	0.1	0.1	0.1	0.2	0.7	0.9
<i>Nord America</i>	0.2	0.1	0.2	0.0	0.1	0.2
<i>Sud America</i>	0.9	1.0	1.5	1.9	3.1	2.8
<i>Non Specificata</i>	0.2	0.2	0.2	0.2	1.1	2.0

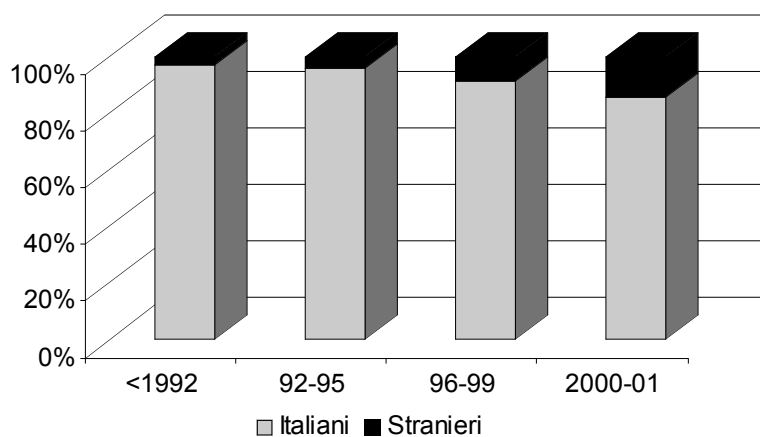


Tabella 5: Distribuzione percentuale dei casi di AIDS in adulti per categoria di esposizione ed anno di diagnosi (tratta dal notiziario dell'ISS [1] modificata)

Categoria (valori in %)	<1994	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	Maschi	Femmine
<i>Omosessuali</i>	15.7	15.9	14.6	15.1	14.9	17.3	16.5	19.7	16.8	20.2	0.0
<i>Tossicodipendenti</i>	66.7	62.5	60.7	59.2	53.5	46.9	44.0	37.5	39.6	61.1	56.3
<i>TD-OMO*</i>	2.4	2.1	1.8	1.4	1.5	1.0	0.4	0.7	0.7	2.4	0.0
<i>Emofilici</i>	1.0	0.5	0.5	0.5	0.3	0.2	0.2	0.2	0.3	0.8	0.1
<i>Trasfusi</i>	1.1	0.7	0.9	0.7	0.4	0.3	0.7	0.4	0.1	0.6	1.7
<i>Contatti etero</i>	11.8	16.6	19.4	20.7	20.7	25.5	32.7	35.9	35.9	12.4	37.9
<i>Altro</i>	1.2	1.7	2.1	2.5	8.7	8.7	5.5	5.5	6.6	2.5	4.1

*Tossicodipendenti omosessuali.

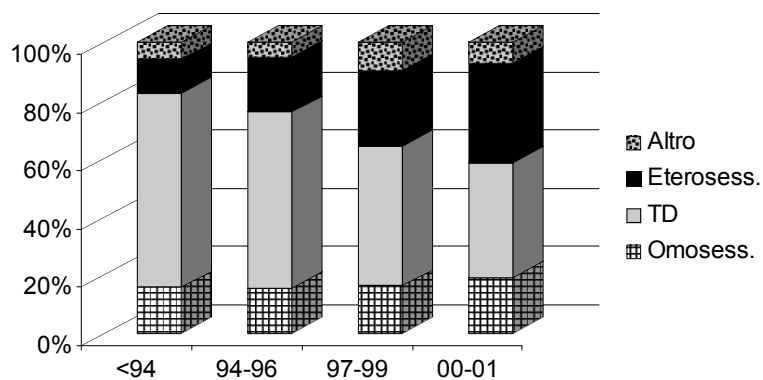
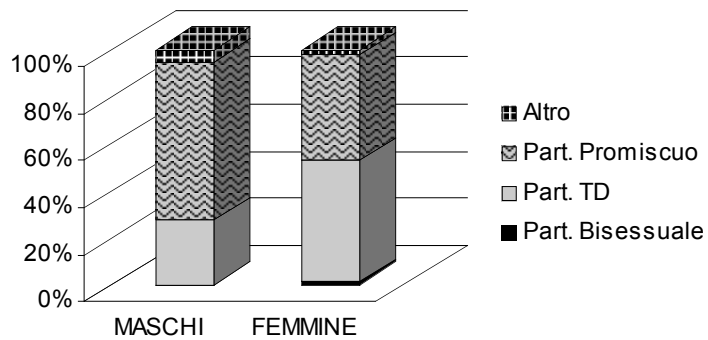


Tabella 6: Distribuzione dei casi di AIDS in eterosessuali
(TRATTA DAL NOTIZIARIO DELL'ISS [1] MODIFICATA)

Tipo di rischio	Maschi	Femmine
<i>Partner bisessuale</i>	0	32
<i>Partner tossicodipendente</i>	198	1038
<i>Partner emofilico/trasfuso</i>	12	34
<i>Partner di zona endemica</i>	25	11
<i>Partner promiscuo*</i>	487	915

* Partner di prostitute e prostitute



I bisogni di salute del bambino immigrato

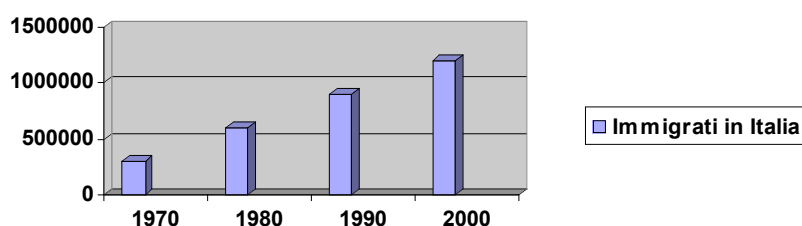
M. Lo Giudice

Il fenomeno dell'immigrazione in Italia pone noi pediatri di fronte ad una realtà del tutto nuova, offrendoci una sfida molto stimolante: identificare i bisogni di salute di questa sempre crescente e varia popolazione pediatrica per dare risposte il più possibile adeguate e rispondenti alle reali necessità.

- **Dimensioni del problema**

Quando si parla di numeri in campo di immigrazione i dati non sono mai omogenei e concordi, risultano, infatti, confusi dall'alto tasso di clandestinità.

Il numero di bambini presenti in Italia si aggira secondo stime recenti ISTAT intorno a 230.000, di questi il 20% risulta nato nel paese di origine e il restante 80% invece in Italia. I bambini provengono da 150 paesi diversi costituendo un vero e proprio caleidoscopio di etnie.



Dentro il calderone dei bambini immigrati si differenziano inoltre diverse tipologie con caratteristiche e problematiche completamente diverse.

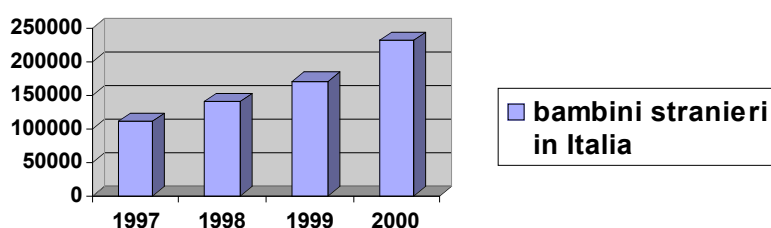
Abbiamo, infatti, **bambini adottati** provenienti dal Sudamerica dall'Africa e dai paesi dell'Est. Il destino questi bambini è legato alle motivazioni all'adozione della famiglia ed all'età in cui sono stati adottati: quanto più piccolo è il bambino minore è il tempo di deprivazione affettiva che ha dovuto subire.

Abbiamo poi i **bambini nati in paesi stranieri** giunti in Italia insieme ai genitori nei quali è fortemente presente la sindrome dell'espianto.

I bambini figli di immigrati nati in Italia che presentano una forte spinta all'integrazione.

I bambini figli di nomadi, tristemente noti come *Zingari*, ormai quasi tutti non più nomadi ma vivono in condizioni di grande emarginazione da parte della cosiddetta popolazione civile, sono all'ordine del giorno movimenti di genitori che rifiutano i piccoli gitani nelle scuole, gomito a gomito accanto ai loro bambini.

Infine i **bambini figli di profughi o rifugiati politici**, sono i bambini che hanno visto e conosciuto gli orrori delle guerre il più delle volte orfani almeno di un genitore e sempre vittime di traumi psicologici.



Le problematiche sanitarie che questi piccoli ci pongono sono in realtà abbastanza limitate. La letteratura è piena di lavori che segnalano una patologia assolutamente sovrapponibile a quella dei bambini italiani indigenti, sono invece molto rare le malattie esotiche dei loro paesi d'origine.

Anno	nati da stranieri	% sul totale dei nati
1985	5415	0,9%
1990	11413	2,0%
1994	20174	3,8%
1999	21175	4,0%

Sarebbe importante per i bilanci di salute avere le curve di crescita delle varie etnie e le tappe dello sviluppo puberale, le ragazzine dei paesi dell'Est hanno, ad esempio, il menarca intorno ai 16 anni fisiologicamente.

Qualche problema si pone per l'alimentazione. Deve essere chiaro che le situazioni sono molteplici ed ampiamente variegate e che le abitudini e le caratteristiche culturali di un popolo costituiscono le specifiche identità e radici e sono il frutto di tradizioni ampiamente consolidate. Nel Corano ad esempio si prescrive di allattare al seno i piccoli per due anni. Conoscere le diverse tradizioni culturali potrebbe facilitare il dialogo medico- famiglia e famiglia immigrata in particolare, svezzare un bambino arabo con il *couscous* al sesto mese, chiaramente dando precise indicazioni sui condimenti non particolarmente speziati, potrebbe dare alla madre il riconoscimento anche medico delle proprie radici, rafforzandone sicurezza e serenità.

Da parte della classe medica deve essere rivisto il bagaglio culturale e conoscitivo delle principali differenze culturali: è necessario ad esempio sapere che per alcuni islamici ortodossi è possibile mangiare carne solo se macellata secondo il metodo Halal, per questo motivo in mancanza di macellerie Halal appunto i bambini saranno sottoposti ad un regime alimentare privo di carne. Essere quindi a conoscenza del problema, ascoltare con rispetto

le motivazioni della famiglia, esporre le necessità mediche dell'apporto di specifici alimenti può essere risolutivo per questa difficoltà.

Quanto alle vaccinazioni secondo la circolare *del Ministero della Sanità n.8 del 23 Marzo 1993* quando per qualunque bambino non sia noto lo stato vaccinale è necessario procedere alla rivaccinazione totale.

Il problema veramente importante nella gestione del bambino immigrato rimane comunque la comunicazione. Entrare in relazione con queste famiglie ci pone difficoltà rilevanti per le profonde differenze culturali che ci separano.

Nella comunicazione dobbiamo distinguere diversi livelli:

- **Livello prelinguistico**

Consiste per il paziente nella capacità di sapere identificare le proprie emozioni e comunicarle. La difficoltà sempre presente in qualunque relazione umana è qui amplificata dalle differenze transculturali. La medicina occidentale, tra l'altro, ha finora dato grande importanza più alla presenza di segni e sintomi fisici che al vissuto di malattia e all'attenzione al paziente nella globalità dei suoi bisogni

- **Livello linguistico**

E' il livello le cui difficoltà sono di immediata comprensione ed è il livello che va via via sempre più riducendosi. Attenzione però oltre ai problemi lessicali ai fraintendimenti semantici Il termine *kili* in somalo significa reni, identifica però l'area cutanea anterolaterale dell'addome e non come nel nostro discorso parlato l'area dorsale latero rachidea un somalo che lamenta dolore ai reni ha quindi probabilmente problemi al colon, certamente non mal di schiena.

Sempre in quest'ambito è importante ricordare che il bambino immigrato deve godere degli stessi diritti e della stessa tutela dei bambini italiani a proposito della sperimentazione clinica sia di tipo osservazionale che in campo farmacologico, sarà quindi necessario prevedere una forma di consenso informato specifica richiedendo necessariamente la presenza e la firma del mediatore culturale perché il consenso possa avere valore legale.

- **Livello metalinguistico**

Riguarda la risonanza ed il valore simbolico che certe parole od espressioni idiomatiche possono evocare.

Un esempio potrebbe essere il vissuto che certe diagnosi possono evocare nelle differenti culture: nella nostra realtà la comunicazione di una diagnosi di malattia tumorale viene fatta con particolare cura ed attenzione perché sappiamo bene che alla parola cancro si associa l'idea di morte, di malattia grave e il più spesso incurabile. Certamente quando siamo di fronte ad un caso di diarrea il nostro coinvolgimento emotivo è molto scarso, né abbiamo un particolare riguardo per il piccolo paziente, ma nel terzo mondo dove le malattie infettive sono una delle prime cause di morte, la diarrea può essere una diagnosi infausta. Dovremo avere perciò cura e attenzione e spiegare ai genitori che la diarrea è una malattia di facile trattamento destinata a risolversi in maniera positiva per il bambino

- **Livello culturale**

Per cultura si intende l'insieme dei valori spirituali e ideologici di una persona e quindi il modo con cui definisce il mondo e se stesso all'interno del mondo e l'insieme delle sue conoscenze nei vari campi dello scibile. E' in sostanza la sintesi dell'*imprintig* ambientale che ogni individuo riceve e di tutte le interazioni che accompagnano il suo sviluppo. E' importante essere consapevoli che la cultura di ciascuno di noi è qualcosa di dinamico ed in continua evoluzione.

- **Livello metaculturale**

E' lo stato in cui l'individuo afferma in maniera conscia e consapevole la propria visione della vita frutto di tutte le influenze culturali ricevute. E' il livello nel quale si affermano consciamente e si evidenziano quindi le differenze ideologiche, filosofiche e religiose. E' il momento comunicativo nel quale viene presentata ad esempio la richiesta di circoscrizione...un atteggiamento accogliente e rispettoso dei valori del diverso è a mio avviso l'unico modo per evitare che i piccoli vengano sottoposti a pratiche cruenti, dolorose e talvolta persino rischiose.

Nella relazione tra medico e paziente extracomunitario vengono descritte tre fasi

1. Fase dell'esotismo

In questa fase il medico approccia il paziente con una spiccata curiosità e interesse spinto dalla convinzione di potere incontrare una situazione assolutamente diversa da quelle usuali e di potere confrontarsi con quelle malattie rare ed esotiche, sbiadito ricordo degli studi universitari, una sorta di sindrome di Salgari, Il paziente invece che ha della medicina occidentale le immagini che certa filmografia americana ha diffuso, pensa che i nostri medici sappiamo risolvere senza esitazione qualunque problema, potremmo parlare di sindrome da General Hospital dal titolo della famosa fiction.

2. Fase dello scetticismo

In questa seconda fase il medico si rende conto che in realtà il paziente non presenta niente di particolarmente esotico e pensa che in realtà sta solo perdendo tempo. Il paziente dal canto suo trova che il medico non è in realtà così onnipotente come credeva, e sospetta che la sua incapacità a curarlo sia dovuta al fatto che il suo essere extracomunitario lo coinvolge molto meno dal punto di vista professionale.

E' auspicabile che a questa fase possa seguire la **fase del criticismo** nella quale il medico possa superare i pregiudizi e possa ripensare e rielaborare la possibile interazione medico paziente. Così anche il paziente dovrebbe essere conscio dei grandi limiti della medicina e con fiducia possa rivolgersi al medico certo di non essere oggetto di alcuna discriminazione.

Per questo è necessario tracciare ed identificare dei possibili percorsi paralleli nella riformulazione dell'identità

Da una prima **fase di arroccamento** nella quale medico e paziente restano ancorati alle loro posizioni di chiusura reciproca.: il medico non mette in gioco il proprio sapere e le proprie conoscenze, il paziente invece rimane fortemente diffidente. A questo può seguire una fase di **iperadattamento** acritico poco proficua per entrambi. L'obiettivo cui tendere è la fase di riformulazione e moltiplicazione della propria identità nella quale grazie

all'utilizzo di una gamma più alta di informazioni il medico si chiede quali possano essere i modi per essere professionisti con gli stranieri e l'immigrato si sforza di trovare nuove modalità per entrare in relazione con la nuova realtà. Solo questo può portare ad una crescita di identità e ad un arricchimento reciproco.

La commissione di bioetica dell'American Academy of Pediatrics dichiara: *i bambini immigrati rappresentano una parte della nostra popolazione infantile in continua crescita la cui presenza negli Stati Uniti continua la profonda tradizione di crescita multiculturale che è stata la pietra angolare della forza attraverso la diversità nella nostra società.*

A New York al Museo dell'immigrazione di Ellis Island si trovano numerose foto e oggetti dei bambini immigrati che agli inizi del secolo scorso giungevano in America e che venivano chiamati *go-between* per indicare appunto quei piccoli che si ponevano tra due generazioni: quella di origine rimasta nel paese natale e quella futura proiettata all'integrazione con la nuova realtà, i go-between italiani avranno affrontato sicuramente problemi molto simili a quelli dei bambini immigrati in Italia dei nostri giorni.

Bibliografia

Marco Mazzetti
Il dialogo transculturale in medicina
L'arco di Giano
Numero 22 Inverno 1999

Sebastiano Maffettone
Medicina e multiculturalismo
Apeiron Bologna 2000

L.Acerbi, R. Porcu
Il bambino zingaro
RIP vol. 25 giugno 1999

G. Rondini et altri
Il ruolo del pediatra
RIP vol.25 giugno 1999

Prostituzione ed immigrazione
(contributo sulla situazione a Messina)
R. Guarneri

Cattedra Geografia Politica ed Ambientale, Università degli Studi di Messina

Dati storico-giuridici

La prostituzione (dal latino *prostatuere*: prostituire, porre avanti, offrire) ha assunto nella storia dei popoli i significati più ampi e diversi anche se oggi gli studiosi convengono nel riferirla ad ogni commercio di prestazione sessuale a scopo di lucro e senza alcun impulso sentimentale.

Per definizione, quindi, prostituta è la donna (o l'uomo) che cede il proprio corpo, per un tempo determinato, ad una persona di sesso diverso o dello stesso sesso e, che per queste prestazioni, pattuisce un compenso in denaro o in regali d'altro genere. In questo senso non vengono, pertanto, comprese usanze invalse presso diversi popoli secondo cui si lasciavano all'ospite, quale doveroso omaggio, le donne della famiglia ovvero gli antichi rituali di prostituzione sacra, ad opera delle sacerdotesse, in occasione di feste orgiastiche celebrative della fecondità della terra e degli uomini.

Mentre in Grecia appartenevano alla categoria di prostitute solamente donne di alta levatura intellettuale (le cosiddette Etere), a Roma venivano accettate anche cantatrici, suonatrici, mime e ballerine: e se nessun disdoro derivava agli uomini che le frequentavano negli appositi locali di meretricio, le prostitute erano ufficialmente inquadrare tanto da dovere una tassa speciale al fisco ed essere obbligate ad indossare una veste di tipo unico.

Il Medioevo, a parte qualche sporadico periodo di tolleranza, le considerò oggetto del massimo disprezzo e quindi soggette a pene e persecuzioni, mentre il Rinascimento italiano ne rinverdì la fortuna delle etere greche: la Chiesa si limitò a svolgere opera di conversione per le "donne perdute" creando appositi istituti. Negli anni a venire la prostituzione è stata, di massima, esercitata nelle cosiddette "case di tolleranza" sotto il controllo dell'autorità di pubblica sicurezza e con l'osservanza di norme atte a salvaguardare l'igiene, l'ordine pubblico ed il buoncostume: in atto però quasi tutti gli Stati civili ne hanno sancito la soppressione. Anche in Italia, infatti, fino al febbraio del 1958, la prostituzione era disciplinata dal T.U. delle leggi di pubblica sicurezza (artt. 190-208): con l'entrata in vigore della cosiddetta "legge Merlin" (20 febbraio 1958, n.75) è stato vietato l'esercizio di case di prostituzione e disposta la chiusura, entro sei mesi, di quelle esistenti. La stessa legge ha modificato le norme dall'articolo 531 al 536 del codice penale, comminando la reclusione da 2 a 6 anni e la multa da lire 100.000 a lire 400.000 per tutte le ipotesi delittuose previste in questi articoli (istigazione, favoreggiamento e costrizione alla prostituzione, sfruttamento di prostitute, tratta di donne e di minori); la pena è raddoppiata ove sussistano circostanze aggravanti (violenza, minaccia, inganno, rapporti di parentela). La legge inoltre si prefigge di eliminare il fenomeno della prostituzione con opportuna azione sociale: a) è vietata ogni forma diretta ed indiretta di registrazione di donne che abbiano esercitato o siano sospette di esercitare il meretricio, b) sono previste la fondazione di patronati e di istituti di rieducazione nonché di un corpo speciale femminile di polizia per i servizi inerenti al buoncostume ed alla prevenzione della delinquenza minorile e della prostituzione.

Lungamente dibattuta in sede parlamentare prima dell'approvazione, la legge abolitrice è a

tutt'oggi oggetto di discussione e comunque di modifica: tale modifica consentirebbe solo la prostituzione al chiuso, in "case" controllate dalle autorità di polizia, vietando così l'adescamento per strada; l'Italia, assieme alla Germania, risulta essere però il Paese più restio d'Europa a riformare la propria legge.

Rivedere la legge Merlin non vuol dire quindi riaprire le "case chiuse" ma piuttosto stabilire un ordine adatto ai bisogni dei tempi, mediare i conflitti con i cittadini, rispettare, come persona, chi si prostituisce. In mancanza di azioni decisive sul piano dell'ordine, per cacciare la prostituzione dalle strade sono stati impiegati strumenti quali: a) reato di adescamento per le prostitute, b) le auto dei clienti come corpo del reato di atti osceni in luogo pubblico, nonché multe anche a chi è "sospettato" di approcciare una prostituta. Don Benzi, che guida la comunità riminese "Giovanni XXIII", sostiene che colpire il cliente è l'unico modo per togliere lavoro alle clandestine e quindi per invogliarle a cambiare vita: le comunità, come la sua, provvederanno poi ad avviarle nelle famiglie e nei lavori possibili; Livia Del Turco (ministro degli affari sociali), così come l'associazione "On the road" (in cui operano molti cattolici) giudica questa strada impraticabile perché squisitamente moralista e contraria alla responsabilità individuale; Walter Block sostiene, nel rispetto delle scelte e della libertà di ognuno, che la prostituzione venga legalizzata e resa "innocua" come qualsiasi altro lavoro. Il rinvio della revisione della legge Merlin, però, sembra arrivato al capolinea: numerose sono, infatti, le proposte di legge presentate e, a tal proposito, Stefania Prestigiacomo così conclude: "Le proposte che ci sono, a parte quelle che vogliono ristabilire le case chiuse, che assolutamente non condivido, vanno nella direzione giusta, vale a dire togliere le prostitute dalla strada e consentire che esercitino in proprio. Non credo che convenga né discutere sulle questioni morali né punire i clienti. Puntare i riflettori su questi ultimi funziona solo come provocazione culturale".

Aspetti socio-sanitari

In Italia, la prostituzione, divenuta libera e quindi non più disciplinata né soggetta a controllo e a tessere sanitarie, ha avuto modo di espandersi largamente e con modalità diverse, sì che, a grandi linee, si possono pertanto distinguere due gruppi di prostitute: quelle che battono la strada, ultimo gradino delle ragazze di vita, e quelle che "lavorano" in case di appuntamenti, in hotels o in casa propria. A parte vanno considerate le ragazze della prostituzione "sommersa" cioè quelle che desiderano vivere il loro "lavoro" in segretezza: sono più o meno contente del proprio mestiere, non hanno problemi con la polizia, e se anche esiste una situazione di degrado morale molte non l'avvertono; a loro basta guadagnare e, cosa molto importante, che nessuno lo venga a sapere; difficoltà e compromessi vengono superati con generose mance, furbizie e sotterfugi.

Attorno alle ragazze di vita ruotano necessariamente i clienti: senza di loro forse non esisterebbero le prostitute. In linea generale trattasi di persone che non sono riuscite ad integrarsi dal punto di vista familiare, sociale o di coppia: sono dei disadattati che non riescono a fondere i sentimenti con l'erotismo, non hanno il coraggio di stringere amicizie e rapporti interpersonali, prendere iniziative, esprimere se stessi con le persone dell'altro sesso; in pratica, cliente si diventa per un insieme di cause in cui entrano in gioco delusioni amorose, frustrazioni, immaturità psicosessuale, insoddisfazioni ed incomprensioni.

Un'altra figura che gravita pesantemente nel mondo della prostituzione e che vive il più possibile mimetizzato nell'ombra è lo sfruttatore, il magnaccia, il pappone, l'uomo che vive alle spalle delle prostitute e più recentemente di travestiti, transessuali, omosessuali che

hanno arricchito la già variopinta schiera di personaggi che caratterizzano il mondo della prostituzione globalmente inteso. Nei grandi centri urbani il protettore è una specie di "esattore" spesso dipendente da organizzazioni complesse (mafia, camorra, 'ndrangheta) che controllano centinaia di prostitute: le "ribelli" vengono richiamate alla disciplina con metodi drastici ed ineludibili, per le "recidive" o delatrici ci pensano i killers. Anche se difficile appare il denominatore comune, le cause di prostituzione certamente variano col cambiare dei costumi, con le mutazioni economiche, con la politica, con l'evoluzione della mentalità corrente, con il consumismo. Tutti i Paesi industrializzati a regime democratico, infatti, favoriscono la prostituzione perché in essi sussistono tutte quelle condizioni favorevoli alla sua espansione: gli squilibri sociali, i privilegi "maschili", la doppia morale finiscono per incrementare le occasioni di meretricio. Ciononostante, questa particolare "sociopatia", anche se non gode di riconoscimenti ufficiali, è considerata, da molti, necessaria per una funzione sociale in favore di determinate categorie di persone quali handicappati, solitari, timidi, scontenti, vedovi. La prostituzione, quindi, risente verosimilmente più che del regime politico, dell'etica sociale corrente, della condizione femminile, del rapporto uomo-donna: in buona sostanza prostituta non si nasce, come riteneva Lombroso, ma più verosimilmente si diventa per la convergenza di variabili costanti quali fattori ambientali, economici, sociali e morali.

Secondo recenti statistiche, in Italia il numero totale delle prostitute si aggira intorno a 50.000, di cui il 50% costituito da straniere (stime per aree geografiche: Nord Italia 11.300, Centro Italia 7.000, Sud-Isole Italia 6.800); il 65% lavora in strada, il 29,1% in albergo, le altre ricevono i clienti in case più o meno tollerate; il 94,2% delle prostitute sono donne, il 5% transessuali, lo 0,8% travestiti; il 59% delle prostitute straniere arriva dalla Nigeria, il 14,1% dall'Albania, il 10% dalla ex Jugoslavia, l'8,1% dal Sud America, il 3,6% dal Nord Africa. Il 12% della popolazione risulta sieropositiva. L'80% dei clienti chiede alle prostitute di non usare il preservativo (ci riescono 43 volte su 100); i clienti sono circa 9 milioni (il 4% ha meno di 18 anni, il 21,4% ha tra i 19 e i 25 anni); i militari sono il 16%, gli altri sono impiegati, professionisti, commercianti. In una settimana sono 30, in media, i clienti per ogni prostituta; 30.000 lire è la tariffa chiesta dalle nigeriane per 10 minuti in macchina (sexo orale o rapporto completo); per le stesse prestazioni le albanesi chiedono 50.000 lire e i viados 200.000 lire. Senza il preservativo la tariffa raddoppia. Tra i 30 e i 50 mila miliardi il fatturato annuo della prostituzione. 68 il numero di prostitute assassinate in strada fra il 1994 e il 1997. Nel 2000 sono state denunciate all'autorità giudiziaria, dalle forze dell'ordine, 2.205.778 delitti, il 7,1% in meno rispetto l'anno precedente. Guardando ai singoli reati però, risultano in crescita i delitti relativi a violenze sessuali (+22,7%), sequestri di persona (+53,8%), sfruttamento e favoreggiamento della prostituzione (+39,4%). (fonte: ISTAT, Annuario statistico italiano 2001).

Le straniere vengono reclutate nel nostro Paese da organizzazioni molto discutibili, che danno loro false speranze di poter essere sistemate in onesti lavori ben remunerati e quindi con prospettive di formarsi anche una famiglia: tale fenomeno, oggetto di un sempre più consistente mercato criminale, si esplica sotto forma di "smuggling" (il diretto interessato si rivolge a queste organizzazioni per ottenere, dietro pagamento di un'ingente somma di denaro, il trasporto nel Paese desiderato) e "trafficking" (i migranti vengono costretti con minacce e violenze a trasferirsi in altri Paesi che rientrano nel giro d'interesse dell'organizzazione). Va sottolineato a tal proposito che se la linea di demarcazione tra le due forme è tenue e sfumata è altrettanto vero che quasi di norma si passa inesorabilmente

dalla prima alla seconda per essere inseriti nei settori più degradanti, in primis prostituzione ed a seguire accattonaggio e lavoro nero.

Il problema sanitario della prostituzione, con particolare riferimento alle malattie trasmesse con i rapporti sessuali, è stato dibattuto in diverse occasioni specie quando il Parlamento doveva decidere se chiudere o meno le case di tolleranza: è stato l'argomento più serio portato dagli oppositori alla legge Merlin, convinti che le "case", con le visite mediche trisettimanali fossero un baluardo alla diffusione delle malattie veneree (una ragazza quando era dichiarata infetta veniva tolta dal giro e ricoverata in ospedale); con la scoperta dei sulfamidici e della penicillina, però, le malattie veneree nelle prostitute divennero meno frequenti e non si poteva più giustificare, per ragioni igieniche, la necessità delle case di meretricio.

Le malattie trasmesse con i rapporti sessuali hanno dimostrato, in questi ultimi anni, di avere fonti di contagio ben diverse da quelle di un tempo: permissività, promiscuità e l'uso della pillola contraccettiva (per non dire dell'omosessualità) hanno fatto divenire fonte di contagio anche le persone comuni, i fidanzati, i mariti e partners insospettabili. Mentre un tempo le malattie veneree avevano nel 70-80% come causa la prostituzione, attualmente solo nel 25-30% le prostitute disseminano queste infezioni. Tra queste ultime, oggi, notevole importanza assume l'AIDS che con la sua diffusione ha acuitizzato i problemi sanitari soprattutto perché accanto alle prostitute ed ai prostituti "professionali" ci sono i tossicodipendenti che esercitano occasionalmente ed hanno scarse abitudini sanitarie. Per quanto riguarda l'Italia, il Ministero della Sanità ha reso noto che negli ultimi anni circa duecento persone l'anno vengono colpite dal virus dell'HIV, circa 3-4.000 di sifilide primaria e secondaria e circa 6.000 di blenorragia. Sono le malattie più conosciute, mentre le altre forme morbose (ulcera venerea e linfogranuloma inguinale benigno) sono scomparse quasi completamente anche se restano numerosi i casi in Africa ed in Asia. L'Italia ad ogni buon conto gode ancora di un triste primato: è fra i Paesi dell'Occidente con il maggior numero di casi di malattie trasmesse con i rapporti sessuali.

Le infezioni sessuali si diffondono al giorno d'oggi anche perché i giovani non mettono più il preservativo che veniva usato anche come contraccettivo. Non per nulla la Svezia ha proclamato qualche anno fa la giornata nazionale del preservativo per richiamare l'attenzione sulla presenza di queste infezioni e la necessità di usare ancora questo metodo profilattico.

La liberalizzazione della prostituzione in uno con i già citati mutamenti socio-culturali dello stile di vita (promiscuità, permissività, pillola contraccettiva) hanno modificato profondamente l'epidemiologia delle malattie sessualmente trasmesse: con circa 250 milioni di casi annui (stima della WHO) rappresentano la più consistente categoria di malattie infettive in molti Paesi del mondo con maggiore prevalenza nella popolazione giovane-adulta.

I fattori predisponenti, nella popolazione generale dei Paesi in via di sviluppo e nelle minoranze emarginate dei Paesi industrializzati, sono rappresentati essenzialmente da: a) rapida evoluzione demografica, b) spostamenti di lavoratori da zone rurali ad urbane, c) incremento di viaggi e turismo di massa, d) migrazioni, e) sviluppo di stili di vita "a rischio".

La prostituzione ed i "clienti" ne rappresentano ovviamente un potente fattore di rischio, il "core" in grado di mantenere alti i livelli di prevalenza anche nella popolazione generale.

Particolarmente interessante è l'aspetto clinico, soprattutto in soggetti giovani, per la gravità

di alcune complicanze e sequele che alcune malattie possono causare. Va sottolineato, a tal proposito, che: a) i carcinomi genitali, soprattutto della cervice uterina, sono principalmente associati ad infezioni virali (HPV) sessualmente trasmesse; b) l'epatite cronica e le sue sequele fino alla cirrosi e l'epatocarcinoma possono conseguire ad un'epatite virale contratta sessualmente; c) l'AIDS, espressione clinica dell'infezione da HIV, si stima contratta, nell'80% dei casi, per via etero od omosessuale e trasmessa, durante la gravidanza, al prodotto del concepimento in una percentuale variabile dal 15 al 40% dei casi.

La prostituzione a Messina

Da diversi mesi si assiste ad un'energica ripresa del fenomeno della prostituzione, fatto sociale che, seppur criticabile dalla comunità civile per gli indiscutibili effetti negativi per la morale ed il buoncostume, non è di per sé penalmente perseguibile: la "non punibilità della prostituta in quanto tale" così come espressamente sancito dalla legge Merlin, non può tuttavia dissimulare un problema sociale che in ogni tempo ed ogni luogo ha legato "servizi" differenziati per "fasce sociali", trovano nel meretricio un'antica ed indiscutibile fonte di reddito.

L'evoluzione dei tempi e le strategie criminali più aggiornate sull'argomento hanno naturalmente inciso sulla struttura esterna del fenomeno che, doverosamente adeguato ai più comuni criteri consumistici, si presenta, anche in questo Centro, sotto la moderna forma dell'annuncio pubblicitario; il "sesso a pagamento" viene quotidianamente proposto in una miriade di inserzioni e messaggi sui più autorevoli quotidiani e sulle TV locali e nazionali: ciò non manca di costituire per il cliente un facile ed immediato approccio che così apparentemente mondato da ogni aspetto illecito e, spesse volte, dietro la copertura di un numero cellulare privato, cela attrezzate organizzazioni criminali che dirigono flussi di donne, di nazionalità italiana e straniera, su tutto il territorio nazionale. Tali strutture organizzative, comportando necessariamente un maggiore impegno economico, si rivolgono prevalentemente ad una fascia sociale più abbiente. Per tale motivo non hanno cessato l'attività le tradizionali e non ufficializzate "case chiuse" che, sempre presenti nel territorio cittadino, adottano spesso l'escamotage di variare frequentemente l'ubicazione fisica per rendere meno agevole l'individuazione da parte delle FF.OO. L'ultimo stadio del fenomeno è rappresentato dalla cosiddetta prostituzione "da strada" per così definire lo squallido scenario di donne, per lo più extracomunitarie, che da diversi mesi popolano in ore serali i marciapiedi della cortina del porto, della stazione centrale e delle zone limitrofe e più recentemente l'area delimitata a monte dalla Via Garibaldi ed a valle dalla Fiera e quello che fu il Giardino Corallo, trasformato in una improvvisata e lercia alcova. Tale aspetto è maggiormente inquietante in considerazione del fatto che si tratta in gran parte di donne pendolari: arrivano per lo più da Catania in treno o in pullman intorno alle 21, ma qualcuna raggiunge il nostro lungomare su un mezzo privato o via autostrada. Chi opera sul territorio a vario titolo sostiene che si vada al ritmo di una prestazione ogni 20 minuti e l'andirivieni va avanti fino alle 3 di notte. Il nucleo più folto è quello delle colombiane, massiccia la presenza di nigeriane e nordafricane in genere, il resto sono ragazze dell'Est europeo: ucraine, albanesi, ed immigrate, clandestine come tutte le altre, provenienti dai Paesi della dissolta Jugoslavia. 3-4 mesi di frequentazione peloritana e poi si cambia aria:

bisogna evitare la stanzialità per non incorrere nei rigori della legge sull'immigrazione clandestina. All'art. 7 comma 2 della legge Martelli (1990), fra i reati che comportano l'espulsione degli stranieri veniva indicata la violazione delle "disposizioni in materia di ingresso e soggiorno o in materia di intermediazione di manodopera nonché di sfruttamento della prostituzione o del reato di violenza carnale e comunque dei delitti contro la libertà sessuale". L'art. 8 del cosiddetto decreto Dini, reiterato due volte (novembre 1995 e marzo 1996) aumenta le pene per il favoreggiamento dell'ingresso illecito e distingue l'aggravante dello scopo di lucro (quadruplicazione della pena detentiva e triplicazione di quella pecuniaria) dall'aggravante specifica dell'incitamento alla prostituzione o dello sfruttamento di essa (la pena viene quintuplicata e la multa moltiplicata sette volte) (Celi). In tale contesto, le attività di contrasto al fenomeno risultano oltremodo difficoltose sia per la vastità del fenomeno, sia per l'origine geografica delle vittime, la cui esatta nazionalità spesso risulta di difficile accertamento essendo, per la maggior parte, prive di documenti, sia infine, ma non ultimo, per la particolare forma di soggiogamento cui viene sottoposta la maggior parte di esse nella misura in cui alle minacce ed agli atti di violenza diretti si aggiungono vere e proprie rappresaglie nei confronti di parenti, figli, genitori rimasti in patria.

Discussione e conclusione

La prostituzione, a parte le note, per quanto dibattute e non risolte, problematiche psico-socio-sessuologiche rappresenta oggi, anche alla luce del fenomeno migratorio, un problema particolarmente complesso, ricco di contraddizioni e comunque degradante per la società civile: è un problema millenario che si perpetua e purtroppo progredisce sfruttando condizioni socio-economico-culturali di diseredati in cerca di fortuna nonostante la condizione umana, globalmente intesa, sia migliorata ed il progresso abbia recato notevoli vantaggi. Diverso da donna a donna ogni caso di prostituzione va visto a sé stante perché la risultante di fattori strettamente personali e comunque spesso correlati a quelli ambientali, sociali, morali e soprattutto economici. Basti ricordare quanto difficile risulta anche sul piano investigativo il contatto da parte delle FF.OO. con le vittime dell'odioso reato al fine di convincerle e di indurle ad una fattiva collaborazione: le minacce cui sono sottoposte ed il totale annientamento psicologico in cui versano le rende fortemente restie a qualsiasi forma di ribellione verso la loro condizione di assoluto abbandono.

Peraltro, posto che il fenomeno dello sfruttamento della prostituzione in sé considerato non rappresenta, così come è stato per il passato, un settore privilegiato della criminalità organizzata locale dedita ad altre forme più remunerative di attività illecite, si è assistito, negli ultimi tempi, alla silente infiltrazione di elementi stranieri, principalmente albanesi e cittadini ucraini i quali, in forma organizzata sul piano nazionale, hanno tentato di costituire anche a Messina una agguerrita cellula criminale finalizzata ad estendere il mercato delle schiave occupando un settore per certi versi trascurato dalla locale criminalità organizzata.

La soluzione del problema, pertanto, appare a lungo termine: saranno certamente le condizioni politiche e socio-economico-culturali a giocare un ruolo fondamentale in questa opera di risanamento e, nell'attesa che le donne acquistino una forza interiore e ferma volontà di liberarsi da antiche schiavitù, ribelliamoci noi stessi a questo gioco che non ci onora ed annienta la personalità umana.

Relativamente all'aspetto sanitario poi, va sottolineato che il rapporto tra malattie, cultura

ed affinità etniche non può considerarsi strettamente correlato a specifiche patologie e determinati popoli o etnie, anche se è statisticamente accertato che le malattie trasmesse per via sessuale hanno un'incidenza molto elevata soprattutto nei Paesi in via di sviluppo, rivestendo notevole importanza sotto il profilo epidemiologico (enfaticizzato dall'emergere di sempre nuovi patogeni), sociale (perché interessano per lo più persone giovani nel pieno dell'attività produttiva) e clinico (per la gravità di alcune complicanze e sequele soprattutto nelle donne in età fertile ed in caso di infezioni connatali).

L'OMS giudica "gravi" tutte le infezioni trasmesse attraverso i rapporti sessuali per la minaccia che costituiscono, in modi diversi, alla salute, essendo in grado di provocare sterilità, natimortalità, aborti, cecità, deturpazioni, cancro e, non ultimo, di minacciare la salute dei neonati ai quali possono essere trasmesse dalle madri affette.

Di grande importanza appare, pertanto, l'aspetto socio-sanitario nel contesto del problema "prostituzione ed immigrazione" cui solo un'attenta politica di prevenzione e diagnosi precoce potrà fornire una risposta efficace anche in termini di rapporto costo-beneficio.

Bibliografia

- 1) Bernocchi F.: *Prostituzione e rieducazione*. CEDAM, Padova, 1966.
- 2) Blumir G., Souvage A.: *Donne di vita. Vita di donne*. Mondadori, Milano, 1980.
- 3) Bullaugh V.L.: *Storia della prostituzione*. Dall'Oglio, Milano, 1967.
- 4) Calvi A.: *Sfruttamento della prostituzione*. Dall'Oglio, Milano, 1970.
- 5) Celi F.: *L'avanzata delle lucciole*. Gazzetta del Sud, Messina, 9 dicembre 2001.
- 6) Cutrera A.: *Storia della prostituzione in Sicilia*. Editori Stampatori Associati, 1971.
- 7) Di Prima G.: *Case chiuse*. Ettore Grillo Editore, 1995.
- 8) Garbelli G.: *La prostituzione oggi in Italia*. Edizioni Paoline, Francavilla al Mare, 1973.
- 9) Lombroso C., Ferrero G.: *La donna delinquente, la prostituta*. Editore L. Rauxec, 1983.
- 10) Martirano D.: *Togliere le prostitute dalle strade*. Corriere della Sera, Milano, 6 gennaio 2002.
- 11) Millet R.: *La prostituzione*. Einaudi, Torino, 1975.
- 12) Petiziol A.: *La prostituta*. Edizioni Nazionali, Roma, 1963.
- 13) Petronici G.: *Legislazione e profilassi antivenerea*. Suxograph, Palermo, 1964.
- 14) Pinot M.G.: *Mission d'information sur la prostitution*. Paris, 1975.
- 15) Stein M.L.: *La prostituzione*. Borla, Roma, 1978.
- 16) Van Haecht A.: *La prostituée. Status et image*. De l'Université, Bruxelles, 1973.

Integrazione, assimilazione, mediazione: coesistenza delle differenze in una società multiculturale.

R. T. Di Rosa

Gli elementi fondamentali che caratterizzano una società multi-etnica sono essenzialmente due: il riconoscimento dell'esistenza di differenze etniche e la presenza di forme di disuguaglianza legate a tali differenze¹.

Il pluralismo culturale è visto in misura sempre crescente alla stregua di un aspetto permanente della modernizzazione delle nostre società, per il quale è sempre più necessario porre in atto politiche di ampio respiro per realizzare una serie di obiettivi: sfruttare pienamente il potenziale intellettuale delle comunità immigrate; preparare italiani e stranieri a trarre vantaggio dai benefici potenziali del pluralismo e contribuire allo sviluppo della società senza rinnegare la propria eredità linguistica e culturale; prevenire le crisi sociali che accompagnano il progetto attuale di modernizzazione in modo da evitare conseguenze nefaste sul piano sociale; rafforzare la base sociale della democrazia e impedire il diffondersi di fenomeni xenofobi e razzisti.

Le identità nazionali uniche non esistono che nell'immaginario collettivo, del resto non sono le culture in sé, ma le persone, i gruppi socio-culturali che emigrano e che si incontrano in condizioni ben precise, condizioni che svolgono un ruolo essenziale nel determinare il successo o l'insuccesso dell'incontro².

In questo contesto si va inserendo sempre di più l'azione della mediazione interculturale, come insieme di attività che tendono a stabilire dei legami tra individui o gruppi appartenenti a culture diverse. È in particolare nel campo delle politiche sociali condotte per le popolazioni immigrate o di origine immigrata che si fa appello alla mediazione interculturale, avendo quest'ultima per oggetto le relazioni tra queste popolazioni e le istituzioni della società di accoglienza, tra le comunità differenti all'interno dei quartieri, ecc.³.

Sottolineando l'importanza dell'elemento culturale nel campo della integrazione, si può affermare che l'integrazione è condizionata dai meccanismi che influenzano l'accesso al lavoro, all'alloggio e alla protezione sociale; "la lotta contro l'esclusione passa attraverso un intervento in questi settori, ma essa è senza dubbio, in ultima analisi, un problema di cultura"⁴.

La storia del concetto di intercultura è ancora probabilmente da ricostruire e, per l'ampiezza del suo oggetto, richiederebbe una prospettiva generale sull'insieme del fenomeno umano. A questo riguardo, è bene precisare che l'immigrazione, pur se rappresenta una figura privilegiata della relazione culturale, non ne costituisce la sola manifestazione.

Emigrare, secondo Mohamed Salhab⁵, è per definizione un'apertura all'altro e alla differenza che mette in gioco la percezione dell'individuo della sua stessa identità.

¹ Cfr. G. Cocchi, *Stranieri in Italia*, ISR, Bologna, 1990.

² AA. VV., *Politiche di immigrazione e di integrazione sociale degli immigrati nella comunità europea*, relazione di esperti elaborata su richiesta della Commissione delle Comunità Europee, Bruxelles 1990, p.24.

³ C. Dussolier, *L'action interculturelle du FAS*, "Migrations-Société", ottobre 1992, p.147.

⁴ Haut Conseil à l'Intégration, *Condition juridiques et culturelles de l'intégration*, Rapport au Premier Ministre, "La documentation française", marzo 1992, p.33.

⁵ M. Salhab, *La médiation interculturelle: enjeux et concepts*, in AA. VV., *Mediation interculturelle*, "Revue de l'Education Nationale", Fonds d'Action Sociale, Lyon, 1993, p.15.

Sicuramente questa esperienza resta segnata dalle condizioni storiche, economiche e sociali che la determinano ed è per questo necessario tenerne conto nell'elaborazione di una metodologia delle pratiche interculturali.

Bisogna dire, comunque, che il campo interculturale è sovraccarico di rappresentazioni approssimative o inadeguate, indebolito da slittamenti ideologici⁶, ma presenta anche delle difficoltà logiche e teoriche, alle quali la stessa antropologia culturale non sembra essere sfuggita, nonostante il suo umanesimo innato. Taguieff scrive: "Si può allo stato attuale, definire il punto cieco del culturalismo antirazzista: il determinismo ambientale assoluto è il simmetrico del determinismo biologico rigido di tipo razziale"⁷. Rappresentando la cultura come un universo simbolico o un sistema di rappresentazioni che si definiscono come una totalità, gli elementi della quale si sostengono e finiscono per chiudersi su se stessi⁸, è l'idea stessa della comunicazione interculturale che rischia di apparire problematica, pur senza arrivare all'idea di una incomunicabilità di principio tra le culture. D'altro canto è vero che ogni universo simbolico trova nella sua elaborazione problematica la sua dinamica e la sua evoluzione.

Una riflessione merita anche la nozione di società "multiculturale" o "pluriculturale"⁹. Se non la si banalizza fino ad intenderla nei termini di una società in cui semplicemente coesistono gruppi e individui che, in qualche modo, si riferiscono a culture diverse, se essa vuole designare qualcosa di più della mera compresenza (nel senso letterale dell'essere presenti insieme con altri), si dovrà riconoscere che tale nozione costituisce una sfida che consente effettivamente di verificare la nostra attitudine alla "mondialità".

Due considerazioni vanno fatte in proposito. La prima è che le relazioni interculturali, nella specifica situazione di un paese dell'Occidente in cui sono presenti immigrati extracomunitari, si configurano innanzitutto come rapporto fra una maggioranza e una minoranza. Si tratta di una relazione che, come mostra la storia, non è mai stata facile, quando non si è dimostrata, addirittura, drammatica e tragica. La relazione, per di più, è strutturalmente asimmetrica, in quanto i rapporti di forza svantaggiano inesorabilmente la minoranza. La seconda considerazione riguarda la possibilità che ha la maggioranza di "vedere" la minoranza. Qui non si tratta dell'invisibilità imposta agli immigrati da una situazione di irregolarità giuridica che li obbliga alla clandestinità, quanto, piuttosto, dell'invisibilità cui sono costretti dall'incapacità, comunque determinata, di coloro con cui sono in rapporto di riconoscerli per quello che sono.

Il concetto di diversità contiene in sé l'idea che alcune differenze siano "irriducibili" – si pensi solo alla diversità religiosa - e che, in ogni caso, esse non saranno facilmente riconducibili a soluzioni armoniche.

È per questo motivo che, in diversi contesti e da parecchi studi, viene sottolineata sempre di più l'importanza della figura del mediatore culturale, che in Italia tarda ancora ad avere uno statuto preciso – nonostante il lavoro di molti gruppi informali o cooperative di volontariato in questa direzione. Questa figura dovrebbe svolgere un'azione di mediazione tesa a conciliare mondi diversi, che a volte possono scontrarsi o comunque avere difficoltà a incontrarsi, sapendo che essi non sempre possono tradursi in diritti e che, pertanto, debbono

⁶ Sul sorgere di un neo razzismo culturale cfr. P. A. Taguieff, *La forza del pregiudizio*, Il Mulino, Bologna 1994.

⁷ P. A. Taguieff, *Face au racisme: analyses, hypothèses, perspectives*, La Découverte, 1991, p.36.

⁸ Per una presentazione critica del culturalismo, cfr. Boudon – Bourricaud, *Dizionario critico della sociologia*.

⁹ F. Susi (a cura), *Prospettive Interculturali*, Sito Internet.

passare per un continuo lavoro di negoziazione culturale con i migranti, in primo luogo, e con le comunità di accoglienza¹⁰.

Come sostenuto da Pearce¹¹, importante studioso della mediazione culturale, è necessario, in questo costante processo di mediazione e negoziazione, adottare un “approccio cosmopolita”, che abbia a proprio fondamento l’idea che in una società multietnica si valuti il contenuto della comunicazione dell’altro, del diverso, a partire dall’interno del sistema di significati della cultura di provenienza dell’altro e non in base ai propri parametri.

Modelli di integrazione sociale e ideologie della convivenza

Nell’ambito del dibattito sul multiculturalismo si sono sviluppate posizioni differenti che “hanno permesso di definire due modelli distinti: uno assimilazionista di stampo francese e uno pluralista di stampo anglosassone”¹².

L’approccio assimilazionista auspica l’integrazione totale dello straniero nella propria società, “sottovalutando la persistenza dei vincoli con la cultura d’origine”¹³. In questo contesto l’acquisizione della nazionalità diventa semplice, consequenziale, quasi dovuta a chi arriva in quella nazione. L’inserimento dell’immigrato all’interno della società ospitante è finalizzata a garantire la stabilità sociale e l’omogeneità culturale: “L’immigrato ben integrato è colui che parla, pensa e agisce come il nativo, è ormai perfettamente assuefatto ai modelli culturali dominanti. L’integrazione finisce per coincidere con l’assimilazione culturale. Una politica basata su questa ideologia dell’integrazione non può garantire una soluzione positiva del problema dell’immigrazione” poiché si limita a rendere gli immigrati conformi, riducendo o quasi annullando le differenze oggettive esistenti tra le diverse identità etniche.

Negli ultimi dieci anni, in opposizione alla politica assimilazionista, si è diffuso l’approccio pluralista, che a prima vista sembrerebbe più democratico del precedente, dal momento che porta avanti la necessità non dell’assimilazione dell’altro, ma della convivenza. Infatti, a differenza del modello assimilazionista, che auspica il raggiungimento di una “omogeneità culturale”, l’ideologia pluralista si propone lo scambio e la cooperazione tra le diverse culture.

Nell’ottica pluralista, non è la cultura maggioritaria a dover prevalere, ma, al contrario, il rispetto e la reciproca conoscenza delle culture. Vengono promosse, all’interno di questo approccio, l’educazione e la formazione ai contenuti delle diverse culture, per ostacolare il sorgere dei pregiudizi, che costituiscono una minaccia per ogni forma di progetto pluralista. È nell’ambito dell’approccio pluralista che si inizia a parlare di multiculturalismo e di educazione multiculturale, che si propone come strumento di cambiamento e non di controllo; obiettivo finale dell’approccio pluralista è quello di creare identità nuove date da una cooperazione tra le diverse identità etniche.

Anche questo approccio presenta i suoi rischi, uno tra i quali, ad esempio, è che la diversità culturale tanto sostenuta dall’approccio pluralista si ritorca contro l’immigrato stesso. Nella

¹⁰ Sul concetto di negoziazione culturale con i migranti si vedano: Laura Operti (a cura di), *Cultura araba e società multietnica. Per un’educazione interculturale*, Bollati Boringhieri, Torino, 1998; M. Castiglioni, *La mediazione linguistico-culturale*, Franco Angeli, Milano, 1997.

¹¹ B. Pearce, *Comunicazione e condizione umana*, Franco Angeli, Milano, 1993.

¹² M. Martinello, *Le società multietniche*, Il Mulino, Bologna, 2000, p.49

¹³ U. Bernardi, *L’insalatiera etnica. Società multiculturale e relazioni interetniche*, Ed. Neri Pozza, 1995, p.12

eventualità di una assolutizzazione dell'idea di diversità culturale "la rivendicazione del mio diritto alla differenza diviene, allora, il paravento ideologico dietro cui si cela la volontà di escludere e discriminare chi rappresenta una differenza diversa dalla mia"¹⁴.

Dumont nota che il riconoscimento della differenza dell'altro può significare due cose necessariamente distinte; in primo luogo, l'insieme delle rivendicazioni che mirano a ottenere ugual diritti, parità di trattamento o pari opportunità. Se a prima vista il riconoscimento di una pari dignità non pone alcun problema, subito dopo sorge il paradosso: "Il diritto alla differenza, nell'esigenza di un trattamento paritario dei diversi, implica una certa attenuazione della differenza, la sua subordinazione all'imperativo egualitario"¹⁵ con il rischio a lungo termine di cancellare le differenze, dimenticando così l'esigenza di differenza da cui si era partiti.

La valorizzazione della differenza diventa così valore della somiglianza, come effetto perverso della logica differenzialista. Come viene sottolineato da Taguieff, è inoltre interessante chiedersi se è possibile, nel rispetto della logica differenzialista, affermare il valore della differenza senza stabilire a priori una scala di valori. Se riconoscere vuol dire anche valutare e, se per valutare occorre distinguere e dunque creare una gerarchia di valori, "allora il riconoscimento dell'altro può essere solo gerarchico"¹⁶.

Secondo Dumont quindi, esigere uguaglianza e insieme riconoscimento non solo è praticamente impossibile ma anche porta alla produzione di effetti perversi. Occorre dare il giusto valore a queste due prerogative, che costituiscono le basi di due diverse politiche; il riconoscimento di una specifica identità culturale può contenere al suo interno il concetto di uguaglianza nella misura in cui per uguaglianza delle culture non si intenda "uniformare" queste ultime ma, riconoscere a tutte le diverse identità culturali una pari dignità. Una chiara conoscenza del significato di uguaglianza e di dignità può rendere possibile una "convivenza pacifica" tra queste due importanti esigenze.

Sistemi sociali e forme di mediazione

Il sistema di relazione sociale influenza anche lo sviluppo e le caratteristiche delle forme di mediazione interculturale: negli Stati Uniti, ad esempio, i mediatori appartengono alla stessa comunità per la quale lavorano, in Europa i mediatori interculturali svolgono le loro funzioni anche nei confronti di individui appartenenti a comunità diverse.

È, per questo, importante prestare un'attenzione particolare ai criteri di distinzione tra il culturale e il sociale, come pure alla natura dei rapporti che essi intrattengono e al loro convergere nel campo interculturale.

Gli aspetti sociali e istituzionali della mediazione interculturale devono inoltre essere inquadrati in un campo concettuale appropriato, anche se ciò non risulta semplice, dal momento che, malgrado numerose ricerche e un'importante produzione scientifica dedicata al tema dell'immigrazione, si è ancora, in questo campo, "ben lontani dall'idea di intelligibilità semplice che, in tutte le scienze, ispira la ricerca di una teoria generale"¹⁷.

¹⁴ *Ibidem*, p.121

¹⁵ P. A. Taguieff, *La forza del pregiudizio. Saggio sul razzismo e sull'antirazzismo*, op. cit., p.416.

¹⁶ *Ibidem*, p.417.

¹⁷ R. Duchac, *La sociologie des migrations aux Etas Unis*, Mouton, 1974, p.476. Nello stesso senso, sull'uso del termine "deficit teorico" cfr. F. Dubet, *Immigrations: qu' en savons nous? Un bilan des connaissances*, "La documentation française", 1989, p.121.

Questa assenza, come sottolinea Duchac, “può essere senza dubbio irritante, dal momento che si tratta di un settore delle scienze sociali nel quale, tenuto conto del fattore umano dei fenomeni esaminati, si desidererebbe, più che altrove, essere in possesso di chiavi per una interpretazione sistematica, per una diagnosi, e, bisogna dirlo, per una azione sociale”¹⁸.

Alla diversità dei modelli di integrazione sociale è possibile legare anche la diversità dei modelli culturali di mediazione, che Bonafè Schmitt sintetizza in modello anglosassone e modello latino.

Le differenze si riconducono alla diversità del sistema giuridico (*common law – roman law*), alla diversità del rapporto dei cittadini con il diritto (culto della legge in Europa, culto della negoziazione negli Stati Uniti), Alcune sostanziali differenze nel concetto stesso di integrazione o di multiculturalità si possono ricondurre alle differenze esistenti tra il concetto di integrazione su base individuale tipico dei modelli universalistici e repubblicani europei, e quello di integrazione su base collettiva nel modello differenzialista o comunitario anglosassone.

Dal canto loro, le mutazioni economiche e sociali attuali portano ad una rimessa in discussione dei modelli di integrazione sociale¹⁹ che coinvolge il campo epistemologico delle stesse scienze sociali. Queste trasformazioni non mancano di ripercuotersi sulla nostra comprensione delle nozioni di cultura e di intercultura, nel momento in cui assistiamo d’altro canto ad un movimento di diffusione dei modelli planetari dovuti alla mondializzazione delle tecnologie e degli scambi, e, allo stesso tempo, ad una tendenza al ripiegamento sulle culture locali.

Nel suo dibattito sul multiculturalismo, Taylor parla ampiamente della logica del riconoscimento, affermando che “il riconoscimento forgia l’identità”²⁰ per cui diventa un dovere da parte del paese di accoglienza promuovere politiche di riconoscimento verso il nuovo arrivato.

Uno dei motivi per cui tale bisogno si fa pressante è perché esiste una relazione forte tra riconoscimento e identità. L’identità acquista in parte un valore anche dal riconoscimento degli altri, come afferma Taylor, il quale dice che “abbiamo bisogno di relazionarci per completarci, ma non per definire noi stessi”²¹. L’identità è anche una entità dialogica che si completa con il dialogo con l’altra persona.

Il bisogno di riconoscimento è nato con l’età moderna, poiché nell’epoca moderna “sono nate le condizioni nelle quali il tentativo di farsi riconoscere può fallire; ed è per questo che oggi per la prima volta si è consapevoli del bisogno di riconoscimento”²².

L’idea che poi l’identità si plasmi attraverso un dialogo aperto, ha reso la politica del riconoscimento più impegnativa, così da pensare l’identità su due livelli: la dimensione privata e quella pubblica.

L’attività di mediazione come strumento di prevenzione dell’esclusione sociale

¹⁸ R. Duchac, *op. cit.*, p.476.

¹⁹ Cfr. D. Schnapper, *La France de l’integration: Sociologie de la Nation en 1990*, Gallimard, 1991; D. Lapeyronnie – M. Frybes, *L’integration des minorités immigrées. Etude comparative: France – Grande Bretagne*, ADRI, 1990.

²⁰ J. Habermas-C. Taylor, *Multiculturalismo. Lotte per il riconoscimento*, Ed. Feltrinelli, Milano 2001, p.54.

²¹ *Ibidem*, p.18.

²² *Ibidem*, p.20.

Un'azione politica nel multiculturalismo prevede una serie di iniziative politiche pubbliche che garantiscano i diritti fondamentali ai gruppi minoritari e che, nel contempo diano forma al progetto multietnico. Una situazione reale di multiculturalità la si può immaginare “solo laddove gli immigrati sono arrivati ad avere un'autopercezione di sé tale da lottare per il proprio riconoscimento e per i propri diritti”²³.

Nel contesto della trasformazione dei sistemi di welfare, l'attivazione di pratiche di mediazione, che facilitino la comunicazione e che mitighino gli effetti dell'impatto con il modello economicista di aziendalizzazione dei servizi, costituisce un valido strumento per prevenire forme di esclusione sociale, particolarmente utile nel caso dell'utenza straniera, esposta, anche più dei cittadini, alla difficoltà di accesso ai servizi.

Il rapporto con le istituzioni nella migrazione può essere difficoltoso. Tutti, come individui e come cittadini ci troviamo immersi in un sistema di norme che regola i rapporti tra le persone e tra queste e le istituzioni. Queste norme sono per alcuni aspetti esplicite (i regolamenti di accesso ai servizi, la carta dei servizi stessa, gli orari e le modalità di accesso, la modulistica per le richieste, ecc.); molte di esse sono invece implicite e hanno a che fare con la “cultura istituzionale”, cioè i comportamenti, le aspettative, il modo di rivolgersi ai servizi o agli operatori e il tipo di rapporto che questi instaurano con gli utenti, in un certo senso gli aspetti qualitativi, le modalità (il come) comunicative e relazionali che utenti e operatori mettono in atto.

Entrambi i tipi di norma sono veicolati in lingua italiana e in modo italiano. Risulta evidente che entrare in questo sistema (parzialmente criptato), comportarsi in modo appropriato, porre richieste o dare risposte adeguate può risultare difficoltoso nel momento in cui non si possiede una chiave di accesso a questo complesso sistema di comunicazioni e relazioni.

Ed è proprio in questa condizione che si trovano i cittadini stranieri nel momento in cui intendono (o devono) rapportarsi con servizi ed Istituzioni italiane.

Alla base del progetto di mediazione sta l'idea di creare connessioni tra i diversi sistemi di comunicazione attraverso delle persone che, conoscendoli entrambi, possano fare da ponte fra Istituzioni e servizi italiani e cittadini immigrati.

L'utilizzo del mediatore linguistico-culturale non rappresenta dunque un progetto a se stante, ma diviene di supporto ed integrazione in rete in tutti quei progetti, servizi, strutture, che vedono il coinvolgimento e la partecipazione degli stranieri.

L'aspetto comunicativo linguistico nel caso della migrazione presenta un duplice problema: primo, la difficoltà di integrazione; secondo, l'impossibilità di esprimere i propri bisogni culturali o quelli della comunità di appartenenza.

In risposta a ciò è nata la figura del mediatore etnico-linguistico o linguistico-culturale, che in Italia non è ancora stata regolamentata, né ha uno statuto di riferimento. C'è solo un vago riconoscimento nella nuova legge sull'immigrazione che prevede l'impiego dei mediatori “al fine di agevolare i rapporti tra le singole amministrazioni e gli stranieri appartenenti ai diversi gruppi etnici, nazionali, linguistici e religiosi”.

I mediatori culturali sono operatori stranieri residenti in Italia capaci di mediare nella comunicazione tra l'operatore italiano (medici, assistenti sociali, insegnanti, infermieri, ecc.) e l'utente straniero. Costoro sono originari di vari paesi del mondo, e intervengono in genere per utenza appartenente alla loro stessa cultura o comunque di cultura affine.

²³ M. Castiglioni, *op. cit.*, p.23.

In un primo tempo la necessità di questa figura è stata avvertita in modo particolare in ambito sanitario dagli operatori dei servizi pubblici e privati, all'interno dei quali sono sorti i primi corsi professionali per mediatori linguistico-culturali.

L'inserimento di questa figura si è resa particolarmente necessaria nei contatti degli immigrati con le strutture sanitarie e con i medici al loro interno. I processi di integrazione europea hanno ampliato la consapevolezza che per migliorare la qualità dei servizi è necessario avere chiaro chi è il proprio cliente/utente, che cosa richiede, come è possibile mediare i problemi connessi alle sue esigenze. La qualità del servizio e la soddisfazione nella relazione tra l'utente e il sistema sembrano divenire un tutt'uno, anche se la realtà dimostra altro²⁴.

La necessità di conoscere l'utenza diventa urgenza nel caso del paziente immigrato, che ha una cultura di appartenenza che lo porta ad avere una rappresentazione del corpo e una concezione della salute e della malattia particolari, che gli fanno percepire e spesso anche esprimere i propri sintomi in termini di disturbi, di malessere generale. L'immigrato emigra con il suo corpo e il colore della pelle è un segno che distingue l'altro, lo straniero anche dopo il cambiamento di nazionalità. Il riferimento corporale può rivelarsi preponderante nelle relazioni sociali a motivo dei meccanismi di segregazione che esso produce, specialmente nella scuola, l'abitazione, i divertimenti, e talvolta anche nel lavoro. Anche il corpo, come il nome patronimico che l'immigrato porta con sé può essere vissuto male da lui stesso prima ancora che da altri, in quanto segno della differenza²⁵.

Come emerge dall'esperienza di medici volontari impegnati con la Caritas di Roma in vari servizi di assistenza ai migranti, i disturbi che riferiti al medico rappresentano il più delle volte esperienze che hanno modificato le proprie condizioni esistenziali e materiali e le proprie funzioni sociali. Inoltre, ad aggravare la complessità degli elementi da valutare da parte del personale italiano, c'è il fatto che il paziente immigrato possiede una sua concezione culturale dalla quale deriva un modo particolare di interpretare l'origine e il significato degli eventi che lo hanno portato a chiedere l'intervento del medico, per cui anche le aspettative e le valutazioni del paziente sull'efficacia dell'intervento del medico e l'attendibilità delle sue indicazioni saranno sempre in relazione al retroterra culturale.

Da parte sua il medico ha una formazione e un'esperienza, una vera e propria cultura medica che gli fornisce un modello clinico scientifico della malattia in base al quale decodifica i sintomi per diagnosticare la malattia. Il modello scientifico clinico di riferimento si basa su alcune premesse fondamentali: razionalità, oggettività, neutralità, approccio specialistico, spesso diametralmente opposti a quelli del paziente immigrato.

In questa complessità di rapporti si inserisce il mediatore linguistico-culturale, con la funzione di accogliere e decodificare le aspettative di ognuna delle parti coinvolte nella comunicazione.

La funzione della mediazione linguistico-culturale non è, quindi, di semplice traduzione/interpretariato ma di intervento linguistico culturale a vari livelli. L'interpretariato produce una semplice traduzione da una lingua in un'altra, o nel migliore dei casi, traduce (interpreta) i disturbi in sintomi, mentre per contro la mediazione linguistico-culturale è un tipo di comunicazione assai più complessa.

²⁴ Cfr. I. Rende, *Mediazione sociale e salute nel processo di integrazione europea*, in L. Luison – S. Liaci, *Mediazione sociale e sociologia*, Franco Angeli, Milano 2000.

²⁵ Cfr. AA. VV., *Dossier Immigrazione*, "Missione Oggi", n. 2, 1995.

Nel normale feed-back della comunicazione tra operatore e utente, il mediatore si inserisce come interfaccia sia con uno che con l'altro; si può dire che la comunicazione si estende a triangolo ed è in questa specificità che risiede la complessità della mediazione linguistico-culturale.

In altre parole se nella comunicazione c'è sempre il riferimento al contesto che funziona come terzo, nella mediazione linguistico-culturale il mediatore gioca il ruolo di terzo da una parte in riferimento alla comunità di origine del paziente e dall'altra al sistema di regole e aspettative del servizio e del medico.

Un intervento particolare ad esempio è richiesto per alcune donne straniere che in Italia mancano della protezione e dell'appoggio del loro nucleo familiare o di un gruppo: per loro è fondamentale svolgere una mediazione e una educazione in materie quali il controllo delle nascite, le cure ginecologiche, il parto, l'igiene del neonato.

Particolare e mirato è l'intervento a favore delle prostitute che spesso vivono in condizioni di ricatto e sfruttamento da parte di "maman" e dei clienti.

Anche all'interno delle scuole la presenza del mediatore è fondamentale per facilitare l'inserimento e l'integrazione dei ragazzi stranieri.

L'attività di mediazione culturale tra le istituzioni e le comunità ROM o Sinti è ancora diversa e particolare: i due sistemi di pensiero e linguaggio, il nostro e il loro, sono molto differenti. Il sistema zingaro è infatti di tipo orale ed esprime un pensiero di tipo esperienziale mentre quello nostro è basato sulla scrittura ed è di tipo concettuale ed analitico. A tradurre queste differenze interviene il mediatore, rendendo fattibile una comunicazione altrimenti faticosa e inefficace.

Pur consapevoli delle opportunità offerte alla comunicazione operatore/utente dall'inserimento di questa figura nei servizi, non vanno sottovalutati comunque i suoi rischi, e la prima e più grande difficoltà risiede nella posizione centrale che il mediatore acquista nella comunicazione con il doppio rischio di sbilanciarsi verso l'utente identificandosi con lo stesso, o trasformarsi all'opposto in un portavoce del servizio, imponendo rigidamente le modalità omologanti con cui essi sono spesso organizzati, atteggiamento inconciliabile con il tipo di utenza fluida ed eterogenea costituita dagli immigrati²⁶.

Fondamenti e definizioni della mediazione interculturale

Dal momento che oggetto della mediazione interculturale sono le relazioni interculturali, il suo dominio non si limita ai rapporti tra culture globali posti in massa e a priori, ma rinvia all'insieme dei rapporti che esistono tra universi simbolici o universi di significati, come pure alle dinamiche che determinano l'evoluzione delle differenziazioni culturali. Ciò costituisce il presupposto essenziale per cogliere il fondamento e la definizione della mediazione interculturale²⁷.

Prima di costituire una modalità di intervento sociale, la mediazione interculturale si presenta come una attività inerente allo svolgimento delle interazioni sociali e ai differenti meccanismi di socializzazione che ne derivano: "Ogni individuo nasce all'interno di una struttura sociale oggettiva all'interno della quale incontra gli altri significativi che si

²⁶ Cfr. M. Castiglioni, *La mediazione linguistico culturale*, "Prospettive sociali e sanitarie", n.15, 1995, pp.7-10.

²⁷ Cfr. M. Salhab, *op. cit.*, p.37-48.

occupano della sua socializzazione. Questi altri significativi gli sono imposti. Le loro definizioni della sua situazione sono stabilite per lui come realtà oggettive (...). Gli altri significativi che mediano tra lui e il mondo, modificano quest'ultimo nel corso della mediazione. Essi selezionano degli aspetti secondo la loro propria situazione nella struttura sociale e ugualmente in virtù delle loro idiosincrasie individuali, radicate biologicamente. Il mondo sociale è "filtrato" per l'individuo da questa doppia selettività (...) »²⁸. La mediazione si lega in effetti al processo comunicativo che, come mostrano Berger e Luckmann, determina l'insieme delle interazioni sociali e la loro oggettivazione in modelli istituzionali. La mediazione si presenta come un momento di svolgimento di questo processo che definisce i sistemi di rappresentazioni, le costruzioni identitarie e i modi di comportamento. La sua natura interculturale deriva dal fatto che queste interazioni mettono in evidenza ai protagonisti i loro stessi modi di rappresentazione e di elaborazione dei significati, che determinano i loro comportamenti. La mediazione interculturale presenta per questo un interesse metodologico di orientamento all'insieme delle pratiche della mediazione. In quanto attività di comunicazione, la mediazione deve tenere conto dell'insieme di questi aspetti complessi, ma il suo ruolo non si limita soltanto al tipo di comunicazione orizzontale tra universi simbolici differenti.

In effetti, l'insieme della biografia di una persona può essere considerata come un seguito di ruoli che la portano a entrare in contatto e ad integrare diversi universi simbolici nel corso della sua socializzazione: anche questo può essere socializzazione. Questo passaggio dell'individuo attraverso differenti ruoli e attraverso differenti universi simbolici (passaggio dal ruolo di bambino a quello di alunno, di adolescente, di lavoratore...) è indispensabile al suo sviluppo. Questi ruoli che scandiscono l'esistenza di un individuo sono istituzionalmente e socialmente definiti, e l'individuo li integra attraverso la mediazione degli altri "significativi". Esiste nella coscienza di ciascuno un io sociale composto da queste diverse interiorizzazioni dei ruoli, di modo che "un segmento dell'io è obiettivato in funzione delle tipizzazioni sociali disponibili"²⁹. Questa concezione della socializzazione come rapporto tra universi simbolici interiorizzati – o da integrare – permette di cogliere l'importanza della comunicazione interculturale in questo campo, come pure del ruolo che può giocare in questo ambito la mediazione. Essa è condizione di questo "apprendimento all'essere, e più precisamente ad essere sul piano sociale e relazionale"³⁰, che costituisce la vera finalità dell'educazione interculturale, la quale a sua volta si presenta come una modalità di sviluppo della persona. Per queste ragioni la mediazione interculturale si presenta come una comunicazione che considera la relazione con l'altro come una dimensione dell'identità soggettiva e che definisce la comprensione di questa relazione e delle condizioni oggettive che la determinano come uno sforzo di liberazione che porta alla comprensione di sé stessi. Infatti, questo orientamento verso la comprensione delle relazioni tra diversi universi simbolici che si instaurano nell'esperienza dell'alterità permette all'individuo di diventare soggetto dell'esperienza e attore del suo orientamento. Una tale concezione della mediazione interculturale si iscrive nell'ambito di quella "psicologia sociologica" che Berger e Luckmann definiscono come una "psicologia che

²⁸ Berger e Luckmann, *La costruzione sociale della realtà*, p.180.

²⁹ *Ibidem*, p. 103.

³⁰ M. Abdalaah-Preteille, *L'école face au défi pluraliste*, in AA. VV., *Chocs de culture*, L'Harmattan, Parigi, 1989, p.241.

deriva le sue prospettive fondamentali da una comprensione sociologica della condizione umana³¹.

Da ciò, la mediazione interculturale si può definire come una attività comunicativa orientata verso la comprensione delle situazioni di interazione sociale. Questa comprensione è nello stesso tempo un metodo di orientamento di ispirazione umanistica che tende a restituire al soggetto il suo autentico status di attore della propria esistenza e abolire le reificazioni che possono limitarlo. Si tratta nello stesso tempo di un metodo di ricerca e di analisi scientifica – che permette la conoscenza dei differenti universi simbolici e dei meccanismi che tendono alla loro reificazione – e di un metodo di intervento a fini pratici e terapeutici avente una sua caratterizzazione specifica, distinta dall'introspezione, dal momento che richiama una apertura a rappresentazioni e universi di significato che non sono prodotti della coscienza individuale, implicando peraltro un apprendimento e una osservazione; distinta anche da una impostazione di tipo psicologico, o di tipo psicanalitico, avendo per oggetto quell'io sociale orientato verso l'azione e definito dai ruoli e dagli universi simbolici che integra. La sua specificità consiste nell'essere una attività orientata verso la comprensione dei rapporti con l'altro e con gli universi simbolici, e delle interazioni sociali che li condizionano.

Questa definizione di mediazione come attività comunicativa, orientata verso la comprensione delle situazioni di interazione sociale, porta Salhab³² a specificare che comunque l'importanza della mediazione non deve fare perdere di vista le regole metodologiche al di fuori delle quali essa può degenerare, e ad individuare le sue funzioni in rapporto a tre momenti che costituiscono tre livelli della relazione di comunicazione (precisando che si tratta di una schematizzazione avente un valore principalmente analitico) all'interno dei quali le differenti funzioni possono presentarsi come dei momenti intimamente legati dello stesso ciclo. Distingue quindi le funzioni di mediazione al livello della formazione della relazione comunicativa, al livello della messa in atto dei modi di coordinamento e di regolazione delle interazioni e, infine, la mediazione come appropriazione da parte del soggetto degli elementi della sua personale esperienza.

Funzioni di mediazione al livello della formazione del legame comunicativo

la mediazione può, in questo stadio, richiamarsi ad un lavoro di orientamento generale che domanda una buona conoscenza, da parte del mediatore, dell'ambiente sociale. Ma la relazione di comunicazione nella quale il mediatore è portato ad intervenire è generalmente inserita in un quadro istituzionale che la predetermina. Le funzioni della mediazione in questo settore avranno per obiettivo quello di assicurare una informazione delle parti, presenti contemporaneamente, affinché possano comunicare in modo tale da consentire loro di comprendersi e di giungere, se lo ritengono positivo, ad una coordinazione delle loro azioni. Rientrano in queste funzioni le pratiche della traduzione e dell'interpretariato, ma soprattutto quelle pratiche dell'interpretariato sociale che tendono a restituire la parola dell'interlocutore nel contesto di significazione simbolica e sociale adeguata.

³¹ Berger e Luckmann, *La costruzione sociale della realtà*, p. 252.

³² M. Salhab, *Pratiques de la médiation interculturelle*, in AA. VV., *Mediation interculturelle*, "Revue de l'Education Nationale", Fonds d'Action Sociale, Lyon, 1993, p.41.

È in questa categoria che è necessario inserire i rapporti con interlocutori aventi un linguaggio e delle regole istituzionali specifiche. È il caso del rapporto con le istituzioni o con le amministrazioni. Questo ruolo di interfaccia può essere tenuto in vari modi: aiuto alla redazione di moduli contenenti linguaggi specifici – che richiama la funzione dello scrivano pubblico –, una informazione sui diritti e sui doveri, sulle regole dell'istituzione, o sulla portata e le conseguenze degli atti degli interessati. Questa forma di mediazione deve essere condotta da un personale formato, con competenze in termini linguistici, in termini di ascolto e di messa in relazione; può riguardare i rapporti tra gli individui, tra i professionisti e la loro utenza, tra gli individui e le amministrazioni, tra gruppi e istituzioni. La persona che esercita questa funzione, di mediazione linguistica e sociale, ha un duplice dovere: il dovere di sincerità, nella restituzione delle parole dell'interlocutore, e un dovere di neutralità e di ascolto benevolo, che permette di superare le situazioni di ripiegamento o di blocco della comunicazione.

Queste funzioni della mediazione possono rivelarsi indispensabili al fine di permettere agli interlocutori di coordinare e orientare le loro attività reciproche o al fine di permettere ad un individuo l'accesso alla conoscenza di un universo del quale non può ignorare le regole e il modo di funzionamento, conoscenza necessaria per l'orientamento della sua azione.

Bisogna però notare che la mediazione in questo campo non si limita rigidamente al suo aspetto linguistico, ma comporta una dimensione simbolica e una dimensione sociale. L'intervento del mediatore potrebbe essere vissuto dall'interessato non solo come un mezzo per fare pervenire la sua parola ad un altro interlocutore con il quale non condivide una lingua, ma anche come un mezzo per vedere confermata la sua identità, misconosciuta dall'interlocutore.

La consapevolezza o meno di questa dimensione da parte del mediatore-interprete avrà degli effetti determinanti sulla stessa relazione di comunicazione. Per questo, il ricorso ad un interprete "di fortuna" può indurre effetti inattesi o perversi sulla definizione dei ruoli rispettivi messi in gioco nella relazione di comunicazione, effetti non sempre percepiti dai professionisti. Ad esempio il ricorso ad un bambino, o ad un membro della famiglia dell'interessato, per l'attività di interpretariato può creare dei filtri o dei blocchi della comunicazione, i cui effetti potranno eccedere il campo del rapporto con il professionista e ripercuotersi sulle relazioni tra i membri della famiglia.

Mediazione orientata verso il coordinamento e la regolazione delle interazioni: la questione della regolazione è connessa alla teoria dell'azione sociale e alla percezione del rapporto con l'altro. In questo contesto il ruolo di interfaccia del mediatore deve essere individuato in funzione del principio di neutralità che definisce la sua missione. Il mediatore avrà per obiettivo di rendere possibile la comunicazione tra persone, istituzioni o gruppi aventi delle rappresentazioni differenti. Nell'ambito di una istituzione, ad esempio, egli dovrà fornire le informazioni necessarie affinché gli individui possano conoscere il modo di funzionamento istituzionale, e attirare la loro attenzione sulle conseguenze dei loro atti e strategie, lasciando loro aperta la possibilità di decidere i loro orientamenti. Deve inoltre comunicare ai referenti istituzionali le eventuali disfunzioni del servizio. Nei rapporti tra gruppi, il mediatore si dedicherà a consentire la comunicazione reciproca dei rispettivi punti di vista; in nessun caso deve intervenire nelle scelte delle parti, può al massimo proporre loro una gamma di soluzioni possibili. Egli deve soprattutto creare le condizioni di apertura al punto di vista e all'universo simbolico dell'altro e indicare la possibilità di altri modi di regolazione, conducendo la riflessione sui meccanismi della loro

elaborazione e sulle loro conseguenze prevedibili. In pratica, egli conduce le parti ad una migliore comprensione dei loro interessi. “Il mediatore è quindi un agente di apertura e di dialogo, non l’uomo del consenso o l’uomo del conflitto; il suo dovere di neutralità lo impedisce nel modo più formale”³³.

La messa in pratica di questi principi può incontrare difficoltà, ma non per questo l’individuazione delle funzioni del mediatore va modificata; la sua “missione” sarà comunque quella di creare l’apertura tra universi di rappresentazioni, permettendo a ciascuno di compiere le sue scelte. È in questo che egli prepara il terreno per la riappropriazione da parte dei protagonisti delle loro traiettorie istituzionali e delle loro esperienze.

Mediazione come appropriazione da parte del soggetto della sua esperienza

si tratta del punto culminante, il più sensibile, dell’ideale dell’attività di mediazione finalizzata a permettere ad un individuo, o ad un gruppo, di produrre il senso della sua biografia e della sua traiettoria sociale. Una tale finalità apre una prospettiva di trasformazione delle situazioni di ingiunzione paradossale, indotte dalla molteplicità di poli di riferimento – situazione che non sono esclusiva dell’esperienza migratoria, anche se in quest’ultima presentano una configurazione accentuata –, attraverso un lavoro di comprensione di sé e dell’altro, come pure della natura delle interazioni nelle quali essi si trovano coinvolti.

Questo lavoro è nello stesso tempo l’attività costitutiva del soggetto stesso, dal momento che il soggetto non è l’individuo, né l’identità dell’individuo in uno dei ruoli che può assumere. Parlando di rotture della modernità, Touraine definisce il soggetto in questi termini: “È rola non contenuta nel dizionario. il lavoro senza fine ma felice di costruzione di una vita, come un’opera d’arte fatta di materiali disparati, che definisce meglio il soggetto”³⁴. Questa presentazione che, a priori, non libera dalla presa di coscienza della specificità della dimensione etica dell’azione, descrive bene questo lavoro di ricerca legato alla formazione del soggetto e favorito dalle situazioni interculturali. Per cui, quello che avviene tra due persone, o due parti, non può essere considerato come un vuoto o un luogo di perdita di significato; è il luogo dove si opera l’apprendimento e la formazione del soggetto stesso.

“L’apprendimento è un passaggio, un viaggio, è costituito da un punto di partenza e un punto di arrivo, ma l’importante è quello che succede durante, non soltanto durante il percorso, se si riprende la metafora del fiume e del passaggio da una riva all’altra, ma anche all’interno del soggetto: è in questo che si sviluppa l’apprendimento”³⁵.

Questa nuova dimensione dell’attività di mediazione presenta un duplice orientamento: sia di tentare di mettere fine a tutte le confusioni tra universi simbolici diversi per la specificità delle loro dimensioni costitutive (è in questo campo che l’attività di mediazione assume il significato di attività di separazione)³⁶; sia di permettere l’apertura e il passaggio da un universo di significato ad un altro senza che questi universi si escludano nella rappresentazione delle persone interessate.

³³ *Ibidem*, p.44.

³⁴ A. Touraine, *Critique de la modernité*, Fayard, Parigi, 1992, p. 258.

³⁵ M. Serres, *Apprentissage, voyage, metissage*, p.6.

³⁶ Cfr. E. Duval, *Espaces intermédiaires et dynamique de l’insertion*, DRTE, Rhone-Alpes, 1991.

La distinzione della mediazione in base al tipo di intervento è stata ripresa da Margalit Cohen Emerique³⁷, che ne ha individuato tre tipi: il mediatore culturale, il mediatore linguistico e il mediatore interculturale. Ad ogni figura corrisponde, secondo l'autrice, un particolare dominio di intervento.

Il mediatore culturale svolge una funzione di "intermediario" e di "interprete". Il tipo di mediazione che si svolge in questa situazione consiste nel facilitare la comunicazione e la comprensione tra persone di culture diverse, facenti riferimento a differenti sistemi di codici comunicativi, tradizioni e valori.

Il mediatore linguistico è invece piuttosto una persona esperta nella lingua e nella cultura di un Paese, la quale mette a disposizione la sua competenza attuando interventi di traduzione o di alfabetizzazione per immigrati provenienti dallo stesso Paese, o che si adopera a favore della cultura di origine (interventi di recupero e mantenimento della lingua e delle tradizioni).

La terza figura, quella del mediatore interculturale, raccoglie in sé le competenze precedenti ma con una funzione più complessa di "ponte" fra le diversità. Al di là infatti del ruolo di mediazione tra le istituzioni territoriali e i cittadini immigrati, e della facilitazione dei rapporti tra gli stessi, l'inserimento di questa figura diventa realmente significativa nella misura in cui abbia come presupposto l'apertura alla trasformazione sociale, alla trasformazione e alla costruzione di nuove norme basate azioni realizzate in collaborazione tra le parti in causa e finalizzate alla risoluzione del problema.

Competenze del mediatore interculturale

La questione sulla identità del mediatore rinvia a due tipi di interrogativi, uno riguardante l'ambito di esercizio e lo statuto, l'altro che si rapporta alle condizioni di attitudine e di competenza richieste.

Compito del mediatore culturale è quello di "svolgere un'azione tesa a conciliare mondi diversi"³⁸, non sempre in grado di comunicare in maniera costruttiva tra di loro; in questo caso, il mediatore culturale funge da "ponte" fra lo straniero e il contesto che lo accoglie.

Al fine di evitare che due persone rappresentanti di culture diverse entrando in relazione tra di loro possano far nascere fraintendimenti ed incomprensioni, bisogna che si instauri tra di loro, senza ostacolare lo svolgimento dell'interazione prevista, una mediazione che tenga conto e agisca su tre livelli:

Nel primo livello, pratico – orientativo, il mediatore informa l'utente circa la rete e il sistema socio-istituzionale e politico-legislativo che l'istituzione rappresenta. In questo caso si richiede dunque, che il mediatore conosca le norme e gli aspetti organizzativi che regolano il sistema nazionale italiano.

Il secondo livello, linguistico – comunicativo, deve avvicinare le parti coinvolte nella mediazione. A tal fine il mediatore deve conoscere le basi culturali affinché gli sia permesso riconoscere ed interpretare i blocchi culturali e le difficoltà di comunicazione.

³⁷ M. Cohen Emerique, *Pedagogie interculturelle. Bilan et expertise*, in AA. VV., *L'interculturel en education et sciences humaines*, Tolosa, 1998.

³⁸ M. Grasso, *Disagio culturale e comunicativo nella migrazione*, Ed. La Zisa, Palermo, 2000, p.47.

Il terzo livello, psicologico – sociale, è quello più delicato, poiché necessita una mediazione professionale; il mediatore deve riconoscere le modifiche da apportare ai comportamenti e alle richieste della parte interessata, senza che questi cambiamenti distruggano o abbiano una influenza negativa sulle certezze su cui il soggetto fonda la sua stabilità psicologica.

Le competenze del mediatore interculturale si ricollegano alle funzioni principali che devono determinare il sapere e il saper fare necessari alla formazione e all'esercizio della sua attività.

Il mediatore interculturale è in primo luogo un agente di comunicazione tra universi simbolici e sistemi di rappresentazione. Egli si deve aprire ed essere capace di lavorare dall'interno, di "entrare" in modelli e logiche che non gli sono proprie. Questo non può avvenire senza uno sforzo di decentramento, un cambiamento di punto di vista e di prospettiva sul mondo. Questo sforzo è anche un lavoro sul sé, dal momento che questo decentramento implica "la presa di coscienza" e la "decostruzione" delle attitudini e degli altri elementi della personalità che "impediscono di tenere conto dell'altro nella sua differenza"³⁹. Ma è anche la capacità del mediatore di accompagnare gli altri in questo decentramento. Egli deve sapere trattare tutti gli argomenti, anche quelli che sconvolgono, e lasciare esprimere le differenze ed evitare che queste si trasformino in rifiuto o in esclusione, ma presentarle come occasioni di arricchimento e di scoperta.

"Il dialogo delle differenze nasce da una sensibilità ben preparata, atta a modellarsi alle persone e alle situazioni"⁴⁰, dal momento che il campo dell'intercultura è un campo dove le rappresentazioni inadeguate possono avere conseguenze di autentica "profezia", di auto-realizzazione. "Gli stereotipi generano una serie di aspettative che influenzano la condotta successiva dei soggetti che li percepiscono; vale a dire che costoro sono orientati nel loro modo di ricevere, di selezionare come pure di interpretare, le informazioni di cui dispongono. Aspettandosi che le cose accadano in una certa maniera gli uni e gli altri adeguano il loro rispettivo comportamento alle rappresentazioni anticipatrici, e le cose accadono effettivamente come previsto, riaffermando la correttezza dei modelli di aspettative predefinite"⁴¹. Il mediatore interculturale deve saper uscire dal circolo vizioso che a partire da una *mauvaise communication*, crea *mauvais partenaire*, che è nello stesso tempo chiusura del sé in una relazione inadeguata e insoddisfacente. Egli deve permettere il dialogo delle differenze e il superamento delle incomprensioni.

Mediazione tra culture⁴² è anche offrire delle letture alternative a comportamenti, a dati di conoscenza, a storie personali e non: letture che non vogliono sopraffare quelle delle figure professionali che intervengono con lo straniero ma soltanto offrire elementi in più per un intervento qualitativamente più adeguato al tipo di bisogni espressi od inespressi da chi abbiamo davanti (e questa mediazione è ben diversa da quella tra figura d'autorità istituzionale ed ospiti che devono adeguarsi alle regole, anche se non le capiscono). Decodificare i linguaggi (verbali e non verbali) dei ragazzi, ma anche degli adulti con i ragazzi, prestare una grande attenzione alle sensibilità individuali e collettive, così come fare un confronto sereno tra figure professionali comporta il mettere sullo stesso piano ruoli e fun-

³⁹ C. Camilleri, *La communication dans la perspective interculturelle*, in AA. VV. *Chocs de culture*, p.393.

⁴⁰ D. Le Breton, *Soins à l'hospital et différences culturelles*, "Migrants-Formation", n.80, 1990, p.121.

⁴¹ G. Vinsonneau, *Psychologie sociale et conflit interetnique*, "Migrants-Formation", n.80, 1990, p.25.

⁴² S. Benkhdim – M. El Kharbibi – B. Costa – A. Durando, *Un'esperienza dal di dentro, la mediazione socioculturale nei servizi minorili della giustizia del Piemonte e della Valle d'Aosta*, in AA. VV., *La mediazione socioculturale per avvicinare, ascoltare e comprendere i ragazzi stranieri*, "Minori e Giustizia", Franco Angeli, 1, 2000, pp. 190-205.

zioni diverse e non il fare prevalere l'uno o l'altro secondo le situazioni, dei momenti, delle opportunità, ecc.

Svolgere l'attività di mediazione culturale significa costruire relazioni tra due sistemi culturali diversi e "tradurre" le strutture di pensiero, di linguaggio, di cultura e di religione per fare interagire persone di paesi diversi. L'attività assume caratteristiche specifiche a seconda dei diversi ambiti in cui si opera, si parla di interpretariato, mediazione culturale, mediazione scolastica, accoglienza e primo orientamento per studenti stranieri, ecc. Il lavoro comporta interventi molto differenziati, allo scopo di "ambientare" di volta in volta l'azione e di cercare le risorse e le collaborazioni appropriate in conseguenza del grado di autonomia del cittadino straniero cui si rivolge, della gravità e del tipo di problema che manifesta, della cultura di origine, dell'età e del sesso.

Nota sull'autore

Roberta Teresa Di Rosa, sociologa e mediatrice di comunità, è docente a contratto di Sociologia delle Relazioni Etniche presso il Corso di Laurea in Servizio Sociale della Facoltà di Lettere e Filosofia dell'Università di Palermo, e collabora all'attività didattica e scientifica delle Cattedre di Sociologia e Sociologia della Famiglia della stessa Facoltà. Dottoranda in Sociologia, svolge attualmente attività di ricerca sulla mediazione interculturale in Europa, nell'ambito del dottorato e di un Master Europeo su "Mediazione e la gestione dei conflitti". Socia S.I.M.M. dal 2000.

E mail: rdirosa@libero.it

Palermo: la mediazione interculturale dal punto di vista dei mediatori.

R. Adragna

La conoscenza dei membri dell'A.I.M. (Associazione Interculturale di Mediatori, con sede a Palermo) e la successiva possibilità di un confronto diretto con loro ha suscitato in me la curiosità di comprendere cosa fosse per loro, già mediatori interculturali, la mediazione e quali possibilità di un futuro dessero a questa figura professionale emergente.

Attraverso un questionario semistrutturato, fra le varie domande poste, ho chiesto ai membri dell'A.I.M. cosa fosse per loro la mediazione e cosa li ha spinti a scegliere di essere mediatori.

Il risultato finale, a mio avviso, è stato molto interessante, poiché è stato possibile in questo modo conoscere da vicino il punto di vista, sul significato della mediazione interculturale, dei mediatori, ossia di chi tale lavoro lo fa attivamente.

Definizione di mediazione

Nelle risposte date, la mediazione viene definita come un ponte tra la cultura italiana e le altre culture, o come una rete che deve essere universale e utile a tutti coloro che cercano informazioni e che hanno bisogno di sostegno, anche se questi sono soltanto alcuni dei tanti modi in cui la si può definire.

I termini "ponte", "rete", sono utilizzati da coloro i quali, fanno riferimento in qualche modo a una maniera professionale di definire la mediazione, mentre altri hanno un modo più spontaneo di rispondere a tale domanda e intendono la mediazione come "un mediare fra terze persone, o semplicemente aiutare chi si trova in difficoltà.

Da tutti emerge comunque la consapevolezza che si tratti di un aiuto a più livelli, che investe tanto la dimensione umana quanto quella linguistica e burocratica. Confortare e tranquillizzare chi si trova in difficoltà, sembra essere il primo passo da compiere per una mediazione, della quale viene in qualche modo sottolineata l'importanza della dimensione umana.

Nei mesi in cui mi sono confrontata con i membri dell'A.I.M., è stato interessante vedere quanto proprio la dimensione umana fosse presente in loro, e molti mi hanno sottolineato quest'aspetto, ossia l'importanza di riuscire a mediare facendo sentire allo straniero in difficoltà la vicinanza dal punto di vista umano.

Un esempio pratico, mi è stato fatto da uno di loro, raccontandomi di una donna musulmana che si era presentata in ospedale chiedendo aiuto; questa ragazza mi ha spiegato come in questo caso la sua azione di mediazione non si dovesse fermare ad una semplice azione di traduzione linguistica, ma dovesse andare oltre, confortando l'utente in difficoltà, facendole sentire una vicinanza a livello umano, comprendendo le sue difficoltà prima di donna e poi di straniera, manifestando per esempio la richiesta di questa di essere visitata da un medico donna. Questo costituisce un esempio di come un'azione di mediazione venga svolta e di quanto sia importante in essa la dimensione umana che si può esprimere in diversi modi, a seconda delle circostanze;

Sull'efficacia dell'azione della mediazione, accanto all'importanza della dimensione umana, alcuni di loro mi hanno sottolineato come per esempio una comune esperienza di immigrazione, con tutte le difficoltà che tale condizione comporta nel momento di arrivo

nel paese d'accoglienza, renda più agevole la professione del mediatore, nel suo mediare fra lo straniero in difficoltà e l'utenza interessata.

Inoltre, sempre secondo il loro punto di vista, la condivisione di un eguale sistema di valori fra lo straniero/utente e il mediatore, può rendere più efficace l'azione di quest'ultimo e la sua capacità d'intervento, poiché lo straniero in difficoltà in questo caso sente di avere qualcosa in comune con il mediatore, sente di potersi fidare di lui, riuscendo così ad esprimere le proprie difficoltà; alcuni ragazzi dell'A.I.M. mi hanno sottolineato come, per esempio, a volte lo stesso colore della pelle possa facilitare un'azione di mediazione.

Caratteristiche del ruolo

Un aspetto interessante che i ragazzi dell'A.I.M. hanno messo in evidenza, parlando della loro professione di mediatori, è stato quello di sottolineare come quella del mediatore interculturale, sia una professione in cui occorre essere il più "invisibile" possibile, sopra le parti per non farsi coinvolgere totalmente, per poter essere obiettivi; dunque sottolineano l'esigenza di una obiettività che però, non esclude la possibilità di un coinvolgimento che può esserci e che riguarda in qualche modo quella dimensione umana di cui ho parlato sopra e che, se dosata nella giusta maniera può apportare dei vantaggi in una azione di mediazione, rendendola più efficace.

Secondo alcuni di loro, il senso di solidarietà assieme alla volontà di aiutare gli altri, costituiscono gli aspetti più importanti di questa figura professionale accanto ad una conoscenza teorica che è indispensabile per poter essere un buon mediatore.

Il supporto linguistico e culturale sicuramente deve esserci per poter mediare, ma non sembra essere sufficiente a rendere un mediatore tale, occorre andare oltre.

Sempre a loro avviso, uno dei doveri più importanti del mediatore è anche quello di informare, poiché è importante che l'immigrato conosca i suoi diritti e suoi doveri in riferimento al paese d'accoglienza. L'informazione è vista come il punto di partenza per l'integrazione dell'immigrato.

Motivazioni

Dal confronto diretto con gli intervistati si è cercato poi di comprendere le motivazioni per cui si sceglie di fare il mediatore. La casualità, la curiosità e anche la voglia di migliorarsi, sembrano essere alcuni dei motivi fondamentali per cui si può scegliere di fare il mediatore. La voglia di migliorarsi è una motivazione che ricorre frequentemente tra gli intervistati, dettata probabilmente dal fatto che prima ancora di essere mediatori, si sono trovati nella condizione di immigrati, ossia nella condizione di chi arriva in un paese nuovo e si pone accanto alla necessità di un lavoro anche la possibilità di migliorare il proprio status, opportunità che sembra essere favorita dal diventare mediatore.

A volte il desiderio di studiare, di istruirsi, costituisce una delle speranze che l'immigrato porta con sé nel nuovo paese. Molto spesso la realtà che gli si presenta di fronte, gli impedisce di fare questo, per mancanza di risorse economiche, le opportunità; per molti il corso di mediazione, si è presentato come un'opportunità da sfruttare.

In alcuni casi poi, alcuni si sono scoperti mediatori senza saperlo, perché magari lo facevano prima nell'ambito del volontariato; in questi casi, il passaggio dal volontariato alla

mediazione sembra essere stato un percorso quasi naturale, anche se chiaramente occorre fare delle opportune distinzioni.

La comunanza esistente tra la figura del mediatore e quella del volontario può essere una comune propensione verso gli altri, ma chiaramente la figura del mediatore è una figura professionale, che necessita di competenze, che si fa a tempo pieno, e che comporta un impegno costante e continuo.

Prospettive

Nel parlare della loro attività di mediatori, alcuni dei ragazzi dell'A.I.M., mi hanno raccontato delle difficoltà di inserimento che hanno incontrato, nei vari enti pubblici in cui erano stati assegnati in veste di mediatori interculturali; una ragazza in particolare mi ha raccontato delle difficoltà che ha dovuto affrontare all'inizio della sua attività di mediatore. Si trattava di difficoltà di accettazione da parte degli impiegati che lavoravano in quell'ente e che, evidentemente non vedevano di buon occhio il fatto che, una "straniera competente" potesse lavorare con loro, usare il computer e fare altro; il loro fastidio si è mostrato con il non rispondere al saluto di questa ragazza tutte le mattine e in altre "piccoli" modi non piacevoli. Col tempo la situazione è cambiata perché lei è riuscita a proporsi mettendo in luce le sue reali competenze in quello che era il suo ambito lavorativo, riuscendo così a farsi rispettare.

Questa vicenda mi ha fatto riflettere sulle difficoltà che questi ragazzi hanno dovuto affrontare per essere accettati. Casi come questo, danno da pensare su quanto lunga possa essere la strada verso l'inserimento della figura professionale del mediatore, proprio perché in queste situazioni specifiche, che sono esperienze vissute e raccontate, si evidenzia come prima ancora di pensare all'informazione e all'inserimento della figura professionale del mediatore, bisognerebbe in alcuni casi diffondere l'educazione al rispetto verso gli altri.

In relazione anche alle loro esperienze lavorative, sul futuro della mediazione, i membri dell'A.I.M. portano avanti idee diverse; alcuni di loro sono convinti che le occasioni di impiego per questa figura professionale in futuro potrebbero essere molte, se si guarda alla società futura come una realtà caratterizzata dalla convivenza di gruppi etnici diversi, in cui la presenza del mediatore interculturale può diventare importante, nelle varie strutture, come la scuola, gli ospedali, al fine di mettere in relazione tra di loro mondi culturali diversi.

Accanto a queste previsioni positive, c'è chi sostiene, invece, che la figura del mediatore interculturale è solo strumentale e transitoria, nata per essere impiegata in un dato contesto e per un determinato periodo di tempo, e pertanto destinata a scomparire non appena la società dovesse diventare realmente multiculturale.

Sempre secondo questo punto di vista, sostenuto da alcuni ragazzi dell'A.I.M., le informazioni e l'assistenza che questa figura professionale oggi offre, ad un certo punto saranno date da quegli stessi enti pubblici e da quelle stesse strutture in cui oggi la figura del mediatore è utilizzata; sostanzialmente in un futuro saranno le stesse strutture ad affrontare la diversità dell'utenza, senza l'ausilio del mediatore interculturale. Più informato sarà anche l'immigrato che saprà da solo orientarsi nell'accesso ai servizi.

Non sembra esserci così, un'unanimità di punti di vista sul futuro di questa figura professionale, probabilmente anche a causa della precarietà della condizione attuale,

caratterizzata dall'assoluta mancanza di un codice etico di riferimento della figura del mediatore, così come all'assenza di una statuto che dia legittimità istituzionale a tale figura. Una maggiore o minore fiducia sul futuro della mediazione, da parte dei membri dell'A.I.M., può essere ricondotta anche al fatto che, questi ragazzi nello svolgere la loro attività di mediazione, sono stati dislocati in vari enti pubblici che nel tempo non hanno avuto una uguale affluenza di utenza, che hanno quindi vissuto in modo molto diverso la loro esperienza professionale; loro stessi mi hanno fatto notare come per esempio, la mediazione sia più "attiva" in enti pubblici come gli ospedali, i consultori, e meno in luoghi come la questura per esempio e, mettendo in evidenza che, secondo loro, gli enti in cui più efficace si è mostrata l'azione della mediazione, sono stati quelli che fin dal principio si sono dimostrati ben disposti e fiduciosi verso la figura professionale del mediatore interculturale.

Realtà

Nella realtà palermitana, la scadenza del contratto a fine anno per i mediatori dell'associazione A.I.M. e la consapevolezza che soltanto per alcuni di loro sarà rinnovato, crea naturalmente un certo sconforto e una certa sfiducia nel futuro.

Come è stato messo in evidenza dagli intervistati, chi ha scelto di diventare mediatore, ha investito, per la sua formazione e in questa attività, tempo prezioso, tolto alla propria occupazione abituale. I ragazzi dell'A.I.M. hanno investito su sé stessi e anche se sul futuro della mediazione hanno idee diverse, hanno definito la loro esperienza di mediazione complessivamente positiva.

La maggior parte di loro crede nel futuro della mediazione e vorrebbe poter continuare a lavorare nei vari servizi in cui ha svolto l'incarico precedente (terminato a dicembre 2001).

Quando, nell'autunno 2001, ho incontrato alcuni di loro, mi hanno raccontato di aver ricevuto delle proposte di lavoro da parte degli enti in cui avevano lavorato precedentemente e di non avere potuto accettare, poiché la loro condizione glielo impedisce, poiché, mi hanno spiegato, non possono essere assuntori singolarmente come mediatori, ma soltanto come associazione, attraverso la presentazione di un progetto comune che venga prima approvato e poi finanziato.

Il loro inserimento stabile, quindi, non stando così le cose, non è legato alle competenze professionali dei singoli, ma dipenderà da una politica più generale che coinvolga più enti, che è però molto più difficile da promuovere e da realizzare, soprattutto da parte dei mediatori stessi. Sarebbe necessaria infatti una azione politica di promozione di questa figura, accompagnata da un'azione informativa sul ruolo del mediatore e sui vantaggi legati al suo inserimento nei servizi.

Accanto all'informazione sull'importanza di tale figura professionale, sarebbe opportuno anche riflettere sulle esperienze avviate in modo da perfezionarne l'applicabilità al contesto dei servizi e quindi, utilizzarla in modo giusto, per renderla credibile.

Riflessioni conclusive

I mediatori dell'A.I.M. costituiscono un gruppo assai particolare, a mio avviso; si tratta di quattordici persone che provengono da paesi diversi, e ognuno di loro ha una personalità particolare, che si distingue; non a caso mi ricordo di ognuno di loro, dei loro nomi, dei loro

visi e di quello che ci siamo detti tra una domanda e l'altra, durante le interviste; ci si raccontava, e ognuno di loro mi ha lasciato qualcosa, per questo considero un'esperienza molto bella l'essermi potuta confrontare con loro.

L'aspetto che, a mio avviso, in qualche modo accomuna la maggior parte di loro è quella dimensione umana di cui ho parlato all'inizio e che va a costituire uno degli elementi più importanti del loro essere mediatori, quasi una sensibilità comune a tutti loro, che li avvicina a coloro i quali sono in difficoltà e, per questo, chiedono il loro aiuto.

Sul futuro e sull'efficacia della mediazione c'è sicuramente ancora molto da dire; a mio avviso e, alla luce di questa mia breve esperienza personale, credo si possa pensare ad un futuro per la mediazione; è vero però che occorre ancora costruire le basi e definire bene il ruolo e il significato della mediazione per evitare equivoci in futuro.

Con molta probabilità la società del futuro sarà una società sempre più multietnica, e questa multietnicità si andrà sempre di più diffondendo e si avvertirà l'esigenza di renderla armoniosa; mi viene da pensare al futuro di una struttura pubblica come la scuola caratterizzata da una sempre più forte presenza di mondi culturali diversi, dove per questo motivo probabilmente negli anni a venire ci sarà bisogno dell'azione di un mediatore interculturale che metta in relazione queste realtà culturali. Pensando a queste eventualità future e ad altre ancora, possiamo essere fiduciosi sul futuro della mediazione e sull'uso che di essa se ne può fare.

Nota sull'autore

Rosanna Adragna si è laureata in Lettere Moderne con una tesi in Sociologia su "Identità, valori e alterità nella mediazione interculturale". Collabora alle attività delle Cattedre di Sociologia e di Sociologia della Famiglia della Facoltà di Lettere e Filosofia dell'Università di Palermo.

Assistenza sanitaria per prostitute immigrate clandestine descrizione e considerazioni di 6 anni di esperienza

C. Smacchia*, A. Parolin*, M. Residori*, M. L. Cordioli*, C. Arzillo*, S. Ochen**, P. Tommasi***, M. L. Gios***, R. Raiteri****, G. Di Perri****

*Servizio Tossicodipendenze Villafranca di Verona

**Mediatrice Culturale ULSS 22

***Consultorio Ginecologico Villafranca di Verona

****Clinica delle Malattie Infettive, Università di Torino

Premesse introduttive

Verso la fine del 1995, in risposta all'invasione di una importante arteria stradale che congiunge Verona al basso Lago di Garda, da parte della nuova immigrazione femminile, dirottata ad intraprendere la carriera di prostitute, strette nella morsa dello sfruttamento, un gruppo di operatori sanitari della ULSS attraversata da questa strada, su iniziativa del competente Ufficio Stranieri e del Comitato per i diritti civili delle prostitute, ha dato vita ad un ambulatorio riservato a queste donne, aperto un giorno alla settimana, di Sanità Pubblica ma anche di riferimento sociale ed umano, fiduciario e non pregiudiziale.

Facendo leva su una formazione all'inizio autodidatta, acquisita in anni di lavoro con utenza marginale, ci siamo sentiti in grado di sostituire organi istituzionali vacanti e a colmare se pur parzialmente la mancanza di iniziative sanitarie debitamente strutturate all'assistenza ordinaria di una popolazione formalmente non riconosciuta e quindi senza diritti.

Siamo un gruppo di operatori costituito da un medico internista, un medico ginecologa, due infermiere professionali, una mediatrice culturale e una ostetrica che appartengono al Servizio Tossicodipendenze e al Consultorio Ginecologico del Distretto di Villafranca di Verona (ULSS 22).

Descrizione della nostra attività

L'ambulatorio al quale partecipiamo, testè descritto, è essenzialmente proiettato in un contesto disciplinare internistico, infettivologico e ginecologico, modulato in modo da garantire l'erogazione di alcune prestazioni sanitarie di base a una popolazione a estrazione socio-culturale assai eterogenea, con variabile percezione del proprio rischio professionale. In particolare, scopo prioritario di questa iniziativa è stato quello di intervenire sul rischio di infezioni a trasmissione sessuale, sulla prevenzione di gravidanze indesiderate e in termini più generali sulla educazione sanitaria delle utenti, garantendo loro riservatezza, non giudizio e un accesso senza ostacoli di ordine economico o formale.

L'avvicinamento di queste donne è avvenuto, all'inizio, grazie all'opera di alcune mediatrici culturali in attività itinerante nelle sedi di stazionamento delle utenti, che fornivano informazioni sull'opportunità di rivolgersi all'ambulatorio, spiegando le garanzie di riservatezza, gratuità e anonimato che il servizio offriva loro. In seguito si è assistito ad un arrivo di donne spontaneo grazie al passaparola delle utenti stesse, che ha da solo autoalimentato l'ambulatorio e reso inutile il reclutamento diretto sulla strada.

L'attività sanitaria si svolge presso il Distretto Sanitario di Villafranca di Verona ogni martedì pomeriggio dalle ore 13 alle ore 16 e usufruisce di tre stanze: una sala d'aspetto, una stanza per la compilazione della cartella e per prelievi ematici ed un gabinetto medico-ginecologico; vi operano 6 figure professionali: un medico internista, una medico ginecologa, due infermiere professionali, una ostetrica e una mediatrice culturale. Per tutte le pazienti viene compilata una cartella informatizzata concernente dati personali: anagrafici, demografici, sessuologici e medici. A tutte viene proposta indagine sierologica riguardante la ricerca di eventuali patologie diffusibili e offerta visita medica, ginecologica con pap-test, vaccinazione Epatite B, eventuale prescrizione o distribuzione mirata di prodotti farmaceutici, prescrizione di ulteriori indagini di laboratorio o strumentali, medicazioni o piccola chirurgia, tessere sanitarie STP con validità a scadenza, in accordo con le recenti normative regionali. E' attiva inoltre consulenza specifica per gestire correttamente gravidanze, interruzioni volontarie e contraccezione. Durante questi 6 anni di apertura del Servizio sono state accolte più di 500 pazienti, alle quali è stata aperta cartella clinica di arruolamento.

Considerazioni e discussione

Quando verso la fine del 1995 abbiamo iniziato ad interessarci del fenomeno dilagante della prostituzione immigrata e clandestina particolarmente visibile sulla Statale 11, strada del nostro territorio di competenza, pensavamo di dover fronteggiare ed arginare con il nostro intervento come Servizio Pubblico, attivo nel settore della marginalità sociale con compiti anche di prevenzione sanitaria, un problema prevalentemente di salute pubblica concernente in primis l'infezione da HIV.

L'inizio dell'attività ambulatoriale è stata in realtà molto diversa e per così dire travolgente poichè l'allarme che ci siamo trovati a fronteggiare si esprimeva più che sotto un profilo prettamente infettivologico o di timore di contagio, pur presente ma a tinte meno fosche di quanto era stato previsto e descritto, ancor di più per il coinvolgimento umano rispetto ad una popolazione "globalmente" sofferente e che diffondeva più che patologie, una grande sensazione di disagio e inadeguatezza psicologica e culturale che si rifletteva su tutti noi e, questa sì, ci infettava.

I primi mesi sono così trascorsi nella reciproca conoscenza, in artigianali tentativi di autoformazione mescolati a momenti di intenso coinvolgimento emotivo. Successivamente una sorta di professionalizzazione e autoconoscenza ha pervaso il gruppo che ancor oggi procede spedito.

Volevamo ora del tutto autonomamente portare una nostra personale riflessione e giustificazione per descrivere e spiegare un successo inaspettato che ha caratterizzato questo nostro lavoro. Il clima di accoglienza, di calore e comprensione ma anche formativo e educativo che si è creato all'interno dell'ambulatorio tra operatori ed utenti, dove spesso il colloquio amichevole e partecipato ha sostituito o proseguito la fredda anamnesi di routine,

trova alcune semplici, a volte banali spiegazioni, che possono essere riferite per esempio alla scelta dell'orario di apertura del nostro ambulatorio che è necessariamente pomeridiano, la disponibilità del Laboratorio Analisi dell'Ospedale di riferimento ad accettare il sangue dei prelievi anche nel tardo pomeriggio, la localizzazione del servizio stesso all'interno di uno spazio comune, aperto a tutta la popolazione come il nostro Distretto Socio-Sanitario nel quale sono situati i nostri ambulatori, la presenza quasi totale di personale femminile tra gli operatori che, peraltro, da anni svolgono un costante lavoro a contatto con utenza emarginata.

Sulla base di quanto sin qui effettuato è possibile comunque ammettere che il personale sanitario coinvolto in questa iniziativa ha mostrato di poter operare efficacemente in un ambito disciplinare che di fatto presenta considerevoli similitudini con il proprio quotidiano impegno nel settore delle tossicodipendenze. In particolare, l'abitudine di interloquire con soggetti ai margini della società, riuscendo a stabilire un rapporto di fiducia compatibile con un programma di sorveglianza e cura a lungo termine, è risultato essere un ingrediente essenziale della strategia adottata in questa esperienza. Il fatto che, ad onta dello status di clandestine, oltre il 50% dei soggetti con i quali è stato stabilito un iniziale contatto si sia poi ripresentato per successivi controlli o interventi, crediamo possa essere interpretato favorevolmente per quanto concerne la scelta di questo particolare genere di approccio alla popolazione in oggetto.

Infatti, sorveglianza e assistenza sanitaria nei riguardi della popolazione dedita alla prostituzione ha sempre costituito una spina nel fianco dei sistemi sanitari. Oltre a ostacoli di ordine organizzativo legati alle caratteristiche dell'attività stessa, problemi di inquadramento disciplinare (medicina preventiva, infettivologia, dermatologia, ecc) nonché di natura formale ne hanno spesso frenato una regolare attuazione.

L'esperienza qui descritta rappresenta un tentativo strutturato di orientare risorse e funzionalità già operanti in un particolare settore della medicina pubblica, vale a dire l'area delle tossicodipendenze, in un contesto non tradizionalmente compreso nei programmi di intervento del nostro Sistema Sanitario. Considerando come già la prostituzione autoctona sia difficilmente raggiungibile da iniziative sanitarie di carattere preventivo e assistenziale, ben si comprende come la prostituzione clandestina possa di fatto presentare ulteriori problematiche di approccio e intervento.

In conclusione dopo 6 anni di sorveglianza sierologica, assistenza socio-sanitaria e rapporti umani presso il nostro ambulatorio per prostitute immigrate, possiamo affermare che:

- L'effetto "migrante sano" esiste anche fra le prostitute poichè esse evidenziano un tasso di infezione non certo superiore alla media della rappresentazione di tale patologia per il loro paese di origine. Si segnala in questo senso l'allarme già descritto di una ripresa dell'infezione Luetica tra le persone provenienti dai paesi dell'ex URSS, come già riportato in precedenti comunicazioni;
- L'HIV presente in prevalenza nelle ragazze di appartenenza a regioni dove l'infezione è da considerarsi endemica, deve ancora diffondersi tra la popolazione delle prostitute non contagiate;
- L'importanza dei Servizi Socio-Sanitari rivolti a questa tipologia di persone così a rischio, è confermato anche dalla assoluta mancanza di sieroconversioni per MTS registrate tra la nostra popolazione di utenti in 6 anni di lavoro di screening eseguito presso il nostro ambulatorio, con attualmente più di 500 cartelle aperte e complessivamente più di 1500 accessi con relative prestazioni sanitarie erogate

(prelievi, visite mediche e ginecologiche, IVG, vaccinazioni, counselling, educazione sanitaria, disponibilità ecc.)

Bibliografia

1. Cattaruzza MS, Marceca M, Osborn JF. Epidemiology and migration in Italy: the epidemiological and statistical problems. *Ann Ig* 1995; 7:157-163.
2. Suligo B, Giuliani M. Sexually transmitted diseases among foreigners in Italy. Migration Medicine Study Group. *Epidemiol Infect* 1997; 118:235-241.
3. Marceca M, Berlinguer G, Geraci S. The health policy on immigration in Italy. *Ann Ig* 1995; 7: 225-231.
4. Philippon M, Saada M, Kamil MA, Houmed HM. Attendance at a health center by clandestine prostitutes in Djibouti. *Santè* 1997; 7: 5-10
5. Van Haastrecht HJ, Fennema JS, Coutinho RA, Van der Helm TC, Kint JA, Van den Hock JA. KIV prevalence and risk behaviour among prostitutes and clients in Amsterdam: migrants at increased risk for HIV infection. *Genitourin Med* 1993; 69:251-256.
6. Suligo B, Giuliani M, Binkin N. The National Surveillance System for Sexually Transmitted Diseases in Italy. STD Surveillance Working Group. *MMWR* 1992; 41:35-41.
7. Tichonova L, Borisenko K, Ward H, et al. Epidemics of syphilis in the Russian Federation: trends, origins, and priorities for control. *Lancet* 1997; 350: 210-213.
8. Gromyko A. Current STD situations in the eastern European Region. Relazione tenuta al Convegno WHO sull'epidemia delle malattie a trasmissione sessuale in Europa.
9. Kulagin VI, Sel'tsovskii AP, Soboleva NP, Filippova NG, Plavunov NF, Iatsukha MV, Usovestkii IA. Epidemiologic features of syphilis prevalence in Moscow. *Probl Sotsialnoi Gig Istor Med* 1998; 1: 41-44.
10. Deayton J, French P. Incidence of syphilis acquired in former Soviet Union is increasing. *BMJ* 1997; 315: 1018-1019.
11. Uusukula A, Silm H, Vessin T. Sexually transmitted diseases in Estonia past and present. *Int J STD AIDS* 1997; 8: 446-450
12. Piot P, Tezzo R. The epidemiology of HIV and other sexually transmitted infections in the developing world. *Scand J Infect Dis* 1990; 69: 89-97
13. Cohen MS, Sexually transmitted diseases enhance HIV transmission : no longer a hypothesis. *Lancet* 1998; 351 (suppl III): 5-7.
14. Smacchia C, et al. Profilo preliminare di una popolazione di prostitute clandestine operanti nell'area peri-urbana di Verona. *Giornale Italiano di Malattie Infettive* 1998; N.5 Vol.4.

200 Milioni di nuovi schiavi nel mondo

A. Morrone, L. Toma, G.Franco, O. Latini
(Principali caratteristiche socio-demografiche
relative alla nostra casistica di donne schiavizzate)

Dal 1°Gennaio 1997 al 1°Aprile 2002 sono state registrate 3.437 prime visite effettuate su prostitute straniere.

La distribuzione percentuale dei Paesi di provenienza risulta essere la seguente: Nigeria (13,9%), Albania (13,1%), Moldavia (12,2%), Ucraina (11,0%), Bosnia (10,1%), Russia (9,0%), Romania (8,7%), Slovenia (7,8%), Polonia (5,7%), Ungheria (2,4%), Brasile (2,0%), Perù (1,3%), Colombia (1,0%); altri o informazione mancante nell'1,8% dei casi.

Nella maggior parte dei casi (98,8%) le donne da noi visitate ed intervistate con un breve questionario, somministrato o dai mediatori interpreti interculturali o dagli psicologi del nostro servizio, sono entrate in Italia in maniera clandestina o con un visto di soggiorno turistico poi scaduto e non più rinnovato.

Il 79,8% delle donne ha dichiarato di essere arrivato in Italia negli ultimi due anni e, tra queste, il 91,8% (soprattutto nigeriane ed albanesi) era cosciente del fatto che, una volta arrivate in Italia avrebbero dovuto prostituirsi per risarcire il debito contratto al momento della partenza. In questa stessa fascia di popolazione – sempre all'interno delle due nazionalità più rappresentate – si riscontra anche un cambiamento delle rispettive regioni di provenienza: le donne nigeriane e albanesi sembrano infatti provenire non più dai grandi centri urbani come in passato, ma da piccoli villaggi rurali dell'interno. Fatto che fa pensare ad un riadeguamento delle strategie di reclutamento da parte dei trafficanti, in quanto nelle città probabilmente il gioco comincia ad essere scoperto e pertanto può diventare troppo rischioso.

Lo stato civile delle donne trafficate, che rappresentano la stragrande maggioranza delle nostre pazienti, è quello di nubile nel 79,8% dei casi. Questa condizione, d'altronde, è quella che permette ai trafficanti di attivare con maggior facilità strategie di adescamento, di aggancio e di coinvolgimento, sia delle donne più sprovvedute che di quelle più attente. La modalità di adesione al progetto di trasferimento all'estero prevede generalmente una base minima di collaborazione tra le parti interessate, negli altri casi si tratta di un vero e proprio rapimento di persone (riferito dal 9,7% delle donne da noi intervistate). Anche la collaborazione comunque si caratterizza attraverso differenti gradi di raggirio e pertanto di forme variegata di dolo da parte dei trafficanti e/o protettori.

In genere sono le donne sole che possono essere raggirate con promesse matrimoniali vantaggiose all'estero, oppure con promesse di facili carriere artistiche o professionali di prestigio. A questa categoria appartengono principalmente una parte delle ragazze nigeriane e una parte di quelle albanesi, seguite a distanza dalle ragazze provenienti dall'Est e dall'America Latina. Solo una minoranza (18,9%) ha un altro stato civile, in particolare quello di sposata/convivente e in secondo luogo quello di divorziata/separata o vedova. In questa condizione si riscontrano soprattutto le donne Latino-americane, seguite da gruppi minoritari di donne provenienti dalla Polonia, dalla Russia, dalla Bosnia e dalla Slovenia.

All'interno di questi gruppi si riscontra la presenza di figli, in parte soggiornanti in Italia e in parte rimasti nel paese di origine. La presenza dei figli è motivo di forte preoccupazione

per le donne, in quanto possono divenire oggetto di ricatto da parte dei trafficanti. La pratica del ricongiungimento familiare per vie ufficiali non è compatibile con la professione svolta, per attivarla servono infatti un contratto di lavoro e la possibilità di comprovare l'ammontare del reddito percepito, nonché un domicilio abituale e una determinata metratura dell'abitazione.

Questa ulteriore complicazione spinge le interessate verso soluzioni di ricongiungimento attraverso l'utilizzazione di strade irregolari, aumentando in tal maniera il grado di soggezione con i trafficanti e i "protettori" in quanto cresce la dipendenza economica.

Per quanto riguarda l'età delle donne si riscontrano variazioni evidenti a secondo della nazionalità di appartenenza. Mediamente le più giovani - al primo ingresso - sono quelle che appartengono al gruppo albanese e a quello nigeriano. La classe di età maggiormente rappresentata all'interno di questi due gruppi è quella minorile (14-18), con la presenza, comunque, anche della classe 19-24 e in misura alquanto marginale quelle superiori. Al contrario per le donne provenienti dall'Europa dell'Est l'età è generalmente più alta (24-30), come anche quella delle donne Latino-americane.

Per definire il grado di scolarizzazione abbiamo usato indicatori indiretti basati sul numero di anni di frequenza e su altre variabili rapportabili al sistema italiano. Dalle informazioni acquisite emergono delle corrispondenze con le donne immigrate più in generale, sia per quanto concerne i livelli di scolarizzazione in rapporto alle nazionalità di origine, sia per quanto riguarda altre variabili come l'età e l'area di provenienza urbana o rurale. In generale si riscontra la presenza di donne che hanno frequentato - mediamente - almeno dieci anni di scuola; numero di anni che corrisponde, in base al "modello" italiano, ad un titolo di studio conseguito di tipo medio-basso: vale a dire una licenza media inferiore con l'aggiunta di una frequenza biennale di una scuola media superiore (ad esempio, un Liceo).

Questo sta a significare che a fianco ad alcune donne che non hanno frequentato nessuna scuola, ce ne sono delle altre che al contrario l'hanno frequentata anche a vari livelli di complessità e grado.

La maggior parte delle donne (76,7%) da noi esaminate ha frequentato le scuole fino all'ottavo anno (corrispondente al conseguimento del titolo di Terza media), seguita da quella caratterizzata da frequenze che arrivano fino al tredicesimo anno (corrispondente al conseguimento di un diploma liceale).

Alle due estremità si posizionano le componenti che non hanno mai frequentato nessuna scuola e quelle, al contrario, che hanno conseguito diplomi di laurea e, in rari casi, anche diplomi di specializzazione. Queste tipologie di donne si riscontrano trasversalmente all'interno delle differenti nazionalità, con una incidenza ovviamente differente all'interno di ciascuna di esse.

In relazione ai gruppi nazionali più rappresentati, si riscontra:

- a. per quanto riguarda il gruppo nigeriano c'è una significativa presenza di donne non scolarizzate, ovvero che non hanno frequentato nessuna scuola; in particolare quelle arrivate negli ultimi due anni dalle aree agricolo-rurali del Sud (ad esempio, Benin city, Warry e villaggi come Calabar e Yoruba) e del Nord Est (ad esempio, l'area di Makurdi e Yola) in età compresa tra i 15-20 anni. Mentre tra quelle arrivate nei primi anni Novanta - in particolare da Lagos e da Ibadan - si registrano donne scolarizzate a differenti livelli, con preponderanza per quelli medio-bassi;

- b. per quanto riguarda il gruppo albanese si registra la presenza di giovani donne con livelli di scolarizzazione medio-alti (specialmente per le più grandi, cioè quelle che

superano attualmente i 20-22 anni) e addirittura alti (cioè in possesso di laurea) per quelle ancora più grandi (25-27 ed oltre). Anche in questo caso la provenienza dalle grandi città o dalle aree rurali influisce sui livelli di scolarizzazione. Infatti nelle prime ondate di donne albanesi provenienti da Tirana, Durazzo e Valona (ovvero dalle città costiere), la presenza di scolarizzate era piuttosto diffusa e in possesso di titoli di studio anche medio-alti; mentre nelle ondate successive si registrano delle flessioni in relazione ai livelli di scolarità delle interessate, per la provenienza dai paesi e dai villaggi dell'entroterra (ad esempio, di Fier, di Berati e di Bulkize);

- c. per quanto riguarda i gruppi latino-americani e quelli dell'Est europeo si registrano alcune inattese similitudini, sia per le fasce di età che per la provenienza urbana delle interessate, ed anche per un maggior grado di autonomia che esprimono nell'esercizio della professione. Nel gruppo latino-americano si riscontra la più alta percentuale di donne che non esercitano la professione in strada. I titoli di studio si attestano mediamente su livelli medio-alti (con presenze di laureate); fanno eccezione le peruviane, nel senso che si registrano anche presenze significative con scarsi livelli di scolarizzazione, specialmente tra le ultime arrivate.

Relativamente alla posizione lavorativa che le donne avevano nel paese di origine le informazioni acquisite non sono sufficienti a delineare profili adeguati. Emergono tuttavia alcuni profili differenti a seconda della provenienza, ad esempio: braccianti agricole tra le Nigeriane o le Albanesi oppure insegnanti ed operaie tra le donne dell'Est in generale o artigiane (sarte) e cameriere di ristoranti tra le Colombiane.

Si registrano inoltre ex studentesse (specialmente tra le albanesi, le bosniache e le slovene) tra le più giovani e nubili, nonché casalinghe tra le donne divorziate, separate o vedove; pochi sono i casi registrati di donne che già si prostituivano nel paese di origine, mentre si rilevano casi di donne che lavoravano nei night, nei bar notturni e nelle discoteche delle grandi città.

Il profilattico viene usato sempre con regolarità sul lavoro dal 91,4% delle donne da noi intervistate; le stesse però dichiarano di utilizzarlo raramente o quasi mai con il loro partner abituale anche durante i primi sei mesi del rapporto di coppia. L'8,6% delle donne che hanno dichiarato di non aver sempre utilizzato il "condom" provengono prevalentemente dall'Africa, seguite a notevole distanza da quelle provenienti dall'Europa dell'Est.

La salute dei migranti: diritti e ingiustizie

A. Morrone, M. Mazzali

**LO SCOPO DELLA MEDICINA
È DI PREVENIRE LE MALATTIE
E DI PROLUNGARE LA VITA.
L'IDEALE DELLA MEDICINA
È DI ELIMINARE
IL BISOGNO DEL MEDICO.
(WILLIAM J MAJO)**

Introduzione

Negli anni settanta l'organizzazione mondiale della salute, (oms) lanciò la campagna per la promozione della salute in tutto il mondo, egregiamente riassunta nella parola d'ordine "salute per tutti nell'anno 2000". furono organizzati convegni, seminari, avviati progetti, con la collaborazione di numerosi governi. ma sin dall'inizio ci si accorse del suo basso profilo e del minore impatto che ebbe, rispetto alle energie che seppe stimolare invece la famosa definizione di salute, sempre sintetizzata dall'oms nel 1948 come "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale". certamente subito dopo la tragica guerra mondiale, si cominciò a intravedere la possibilità di un miglioramento delle condizioni di salute, che sembravano raggiungibili, per la prima volta, anche da parte di molti paesi poveri del nostro pianeta. eppure la campagna di 30 anni dopo, questa splendida utopia, della salute per tutti, non è mai decollata pienamente, anzi mano a mano che ci si avvicinava alla fatidica data del 2000, mostrava tutta la sua infondatezza. perché?

se si analizza la condizione di sviluppo socio-economico di molti paesi del sud del mondo e anche solo alcuni degli indicatori di vita: mortalità infantile, aspettativa di vita alla nascita, quantità di acqua potabile a disposizione per ogni abitante, accesso ai servizi sanitari, livelli di istruzione, ci si accorge che il divario tra nord e sud del pianeta è andato progressivamente e rapidamente peggiorando. per molti paesi dell'africa subsahariana le condizioni di vita sono decisamente peggiorate rispetto a 30 anni fa.

nei primi giorni di giugno 2000, l'oms ha reso pubblici i dati sull'aspettativa media di vita nei diversi paesi del mondo e anche la qualità di vita, oltre agli anni. il Giappone è, non solo il paese in cui si vive mediamente di più, ma anche quello dove si rimane più a lungo in salute, "l'aspettativa di vita in salute" è di 74,5 anni, mentre la durata totale sfiora gli 80. il periodo salubre degli australiani e dei francesi è di circa un anno inferiore, mentre gli italiani si mantengono bene fino a 72,7 anni, a fronte di una vita media di quasi 75 anni per gli uomini e 81 per le donne. per la prima volta l'oms introduce questo parametro, anziché limitarsi a monitorare la longevità reale. La situazione diventa tragica in africa, dove le medie spaventosamente basse (25,1 anni in salute nella Sierra Leone, 29,1 nel Niger, 29,4 nel Malati), toccano quelle presenti in Europa nel medio evo. In alcune aree africane, inoltre, la vita media effettiva è recentemente diminuita di 10-15 anni, principalmente a causa dell'aids e del costante impoverimento della popolazione. Un miliardo e centocinquanta milioni di abitanti della terra sono praticamente senza futuro, senza possibilità di lavoro e senza un'accettabile condizione igienico-sanitaria. E non certo a causa dell'ambiente climatico o della latitudine (l'Australia, pur inserita in un clima

equatoriale, non presenta affatto le condizioni di povertà e di insalubrità caratteristiche invece, degli altri paesi equatoriali o tropicali). Certo i paesi in via di sviluppo (pvs) sono caratterizzati da una diversità di popolazioni, gruppi etnici, abitudini, usanze, stili di vita e da grandissime differenze di condizioni socio-economiche; vi è dunque anche una grande differenza di possibilità di servizi di assistenza sanitaria pubblica, che possono variare da situazioni molto buone a servizi praticamente inesistenti: ma anche quando esistano strutture sanitarie, esse sono quasi sempre localizzate nelle grandi città e praticamente assenti nelle aree rurali.

A febbraio 2000 si è celebrata la giornata mondiale del malato, come pure il giubileo dei malati e degli operatori sanitari, in cui sono state coinvolte associazioni e movimenti che operano nella cura e nell'assistenza ai malati: in questa occasione, il papa Giovanni Paolo II, ha denunciato le «gravi disuguaglianze sociali nell'accesso alle risorse sanitarie, quali ancora oggi si riscontrano in varie aree del pianeta, soprattutto nel sud del mondo, e le gravi contraddizioni che si riscontrano nel progresso scientifico ed economico». Ha poi invitato tutti ad impegnarsi a promuovere una salute degna dell'uomo: «è importante acquisire una più adeguata visione della salute che si fonda su una antropologia rispettosa della persona nella sua integralità, lungi dall'identificarsi con la semplice assenza di malattie; un tale concetto di salute si pone come tensione verso una piena armonia e un sano equilibrio a livello fisico, psichico, spirituale e sociale». Il ministero della sanità, da parte sua, nel 1998 aveva presentato il piano sanitario nazionale 1998/2000, che proponeva alla società italiana un "patto di solidarietà per la salute", per restituire efficienza al servizio sanitario nazionale, nella conferma del suo carattere universalistico e solidale; per presentare obiettivi culturali e sociali ambiziosi, come il riequilibrio tra cura e prevenzione (attraverso la qualità dell'ambiente e l'acquisizione di nuovi stili di vita), la promozione dell'uguaglianza e la tutela dei soggetti deboli, la valorizzazione del territorio e il rilancio della ricerca. Il mondo della comunicazione rappresenta oggi il più importante veicolo di diffusione dell'informazione e delle conoscenze scientifiche necessarie per favorire nuovi modelli di comportamento e di stili di vita; altrettanto indispensabile, infine, è che il nostro servizio sanitario nazionale trovi motivazioni di solidarietà e di promozione umana a livello internazionale, sia in relazione alla intensità dei flussi migratori, sia nei confronti dei paesi impoveriti dal nord del pianeta.

Salute nell'anno 2000

Antonella Ciana nel dossier sul "prendersi cura della vita" apparso sul numero di luglio/agosto 2000 della rivista dokita, ci aiuta a riflettere su sanità e salute nel 2000, esortandoci ad ampliare gli orizzonti. Afferma ciana: «non è più sufficiente limitarsi a pianificare programmi sanitari, stilare tabelle di dati, elencare normative, proclamare dichiarazioni d'intenti, organizzare convegni e simposi. è ora di scelte concrete. Quale salute, per quale persona? Alle persone più a rischio d'emarginazione, in Italia, in Europa e nel mondo, che livello di salute vogliamo, o possiamo garantire? Si parla di livelli uniformi di assistenza, ma la salute è solo assistenza o è qualcosa di più ambizioso?»

Dovremmo cominciare ad approfondire gli orizzonti: cominciare a riflettere sul senso della vita umana e sulla nostra responsabilità verso di essa, perché, come afferma Antonio Autieri, docente di teologia morale a munster «...la fragilità che ci circonda e nella quale siamo calati domanda di essere compresa nelle sue pieghe più profonde, per poter ben

situare la fonte degli imperativi etici che sostanziano la presa in cura della vita e la promozione della sua qualità e dignità».

La fragilità viene molto spesso considerata come una realtà che sta alla periferia della nostra esistenza, quasi qualcosa di incidentale, e perciò anche d'accidentale. La tentazione cui spesso noi siamo sottoposti è quella di pensare alla fragilità come a qualcosa che ci tocca momentaneamente, o che tocca gli altri, e anche li momentaneamente. In realtà, dobbiamo spostare la nostra attenzione e considerare la fragilità come parte strutturale della nostra condizione, inglobarla nell'arco strutturale dell'esistenza... diventando una connotazione di fondo della *conditio* umana, essa c'incarica ancora più profondamente di un compito e di una responsabilità. Non vi è dubbio però che, pur essendo realtà strutturale della nostra condizione umana, la fragilità della vita emerge, forse oggi in modo ancora più tagliente, laddove si vede che la vita diventa oggetto di irresponsabilità, luogo di gioco: tanto e tanti giocano con la nostra vita. In altre parole, la fragilità come tema fondante la nostra vita interpella la nostra razionalità etica. E proprio nell'ottica di questa preferenza di lettura che vede nella fragilità qualcosa che interpella e modifica la nostra razionalità morale, sembra che essa ci sottoponga al compito di "recuperare l'orizzonte entro cui capire la categoria di cura". In realtà, recuperare l'orizzonte in cui si colloca la categoria etica di "cura" non è una categoria nuova: il termine "cura" addirittura risale a espressioni appartenenti al mondo religioso-mitologico dell'antichità classica. La dea cura era colei a cui era affidato l'universo creato. Pur essendo dunque presente già dall'antichità, questo termine acquista all'interno del discorso etico una sua connotazione del tutto particolare.

Quali vite e quali cure?

Meglio: quali cure per quali vite? Soprattutto, per quelle vite appese a un filo: un filo di salute, un filo di speranza, un filo di dignità. Vite, di volta in volta, senza autonomia, senza senso, senza diritti... vite di persone nelle cui biografie si legge che sono senza scolarità, senza occupazione, senza fedina penale pulita... e allora è emarginazione pesante. Emarginazione dall'economia, dal diritto, dalle relazioni, dalla capacità di creare significato. "cure" che da un lato tentano di impedire, dall'altro di ricucire: impedire che il filo si spezzi e far sì che questo filo sottile della vita, sempre più logoro perché ci si è da troppo tempo aggrappati, possa essere ricucito prima dello strappo, l'ultimo e definitivo strappo. E per "ultimo strappo" non s'intendono le ore o i giorni in cui la malattia si aggrava: il tempo dell'ultimo strappo è un tempo più lungo, un tempo che ormai viene percepito come inutile da quelle persone alle quali viene a mancare l'unica ragione che sembra dar senso alla loro esistenza. È il tempo di chi non ha più nessuno, di chi non conta più nulla e non è più importante per nessuno... la nostra vita, e anche la sua cura, dipende pesantemente da quello che succede nel mondo, e molti dei rapporti umani si giocano tra nord e sud. ci sono dichiarazioni e un immaginario sempre più aperti alla qualità e alla cura, e c'è una realtà che è sempre più lontana dagli elementi base della vita. Nel sud del mondo parlare di qualità della vita è certamente grottesco, dato che il problema è la sopravvivenza. Nei documenti internazionali delle nazioni unite, in tutte le dichiarazioni di principio e programmatiche, incluse quelle dei g7, nell'ultimo decennio questa terminologia della cura della vita, della qualità della vita, dell'attenzione alla vita, è aumentata in maniera impressionante. Diventando, in un certo senso, una caratteristica portante anche in tutti i

progetti d'investimento che si fanno nel sud del mondo. Sicuramente si chiede, a chi fa i grandi progetti d'intervento, di dare attenzione alla qualità della vita. C'è un'invasione di documenti e di comunicazioni sulla cura della vita. Su internet si trova una valanga di rapporti di tutti i tipi, lo stesso se si prende in esame la letteratura medica.

Esiste un divario tra dichiarazioni d'intenti e realtà, il che può indurre a sospettare che aver rivestito la vita di qualità da parte dei grandi organismi internazionali sia un modo per coprire qualcosa. Gianni Tognoni, responsabile della ricerca dell'istituto "Mario Negri" di Milano, in una sua relazione del 1995 molto pregnante pone dei paragoni inquietanti allorché afferma che è interessante vedere che di tutte queste cose si parla e si fa molta ricerca con tanti soldi a disposizione, soprattutto nel nord del mondo dove c'è sufficiente vita in eccesso da poter pensare anche alla qualità, con indicatori approssimativi quando si tratta del sud del mondo, ma con abbondanza di indicatori, di quantificazioni, di comunicazione quando si tratta di stati e di individui ricchi. Cosa significa? Che probabilmente ci troviamo di fronte a una situazione che evidentemente serve a proteggere e in qualche modo anticipare, come si fa sul mercato, il rischio che la non cura della vita diventi tanto intollerabile da poter essere oggetto di un'accusa. Per scongiurare questo rischio, allora, bisogna fare opera preventiva e dire che non c'è intenzione di peggiorare la cura della vita; e che l'attenzione, anzi, è assolutamente quella di migliorarla in tutti i modi, con tutti gli strumenti, con tutte le intenzioni. Afferma Tognoni:

«...non si è incolpabili se non si cura la vita, vuol dire che c'è qualcosa che non lo rende possibile, è colpa di qualcun altro perché i responsabili hanno dichiarato tutte le loro buone intenzioni. E' un vecchio problema. Come quando nel diritto internazionale si parlava di genocidio, ricordando quanto si diceva prima di Auschwitz; viene dichiarato genocidio la volontà espressa di distruggere l'identità e l'esistenza di un popolo; se non è espressa e il popolo viene distrutto, non è genocidio perché non c'era l'intenzione; è stata un'operazione di guerra, fa parte di un altro diritto che è il diritto di guerra, cioè dei rapporti di potere dove non ci sono le stesse responsabilità. Basta vedere quello che è successo negli ultimi anni: è stata firmata nel 1990 la convenzione delle nazioni unite sui diritti dei bambini, facendo vedere che la cura della vita era talmente importante da scoprire che i bambini hanno dei diritti. Questa convenzione, che è stata sottoscritta e firmata, aveva come impegno quello di dare fondi per migliorare l'alimentazione dei bambini e si è tradotta in un nulla di fatto. Pochi si sono impegnati e sono molto pochi gli stati che hanno adeguata la propria legislazione alla convenzione sui diritti dei bambini (...)».

L'Italia e il *dumping*

L'articolo 32 della costituzione italiana afferma: "La repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Inoltre i cittadini devono collaborare al mantenimento della salute, sia osservando i comportamenti richiesti nell'interesse collettivo, sia partecipando alle spese necessarie, in rapporto alla loro diversa capacità contributiva" (articolo 53 della costituzione italiana). È bene ricordare ancora che l'articolo 3 sottolinea che "tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono uguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali". A livello internazionale il diritto alla tutela della salute è garantito dalla dichiarazione universale dei diritti dell'uomo, approvata il 10 dicembre 1948 a New York dall'assemblea generale delle nazioni unite. L'articolo 1 afferma: "Tutti gli esseri umani nascono liberi e uguali in dignità e diritti. Essi sono dotati di ragione e di coscienza e devono agire gli uni verso gli altri in spirito di fratellanza". L'articolo 2 precisa: "Ad ogni individuo spettano tutti i diritti e tutte le libertà enunciate nella presente dichiarazione, senza distinzione alcuna, per ragioni di razza, di colore, di sesso, di lingua, di religione, d'opinione politica o d'altro genere, d'origine nazionale o sociale, di ricchezza, di nascita o d'altra condizione". L'articolo 13, comma 2, puntualizza: "Ogni individuo ha il diritto di lasciare qualsiasi paese, incluso il proprio, e di ritornare nel proprio paese". L'articolo 14 sottolinea: "Ogni individuo ha il diritto di cercare e di godere in altri paesi asilo dalle persecuzioni". Ma per quanto riguarda l'aspetto sanitario del fenomeno migratorio, è soprattutto l'articolo 25, 1° e 2° comma, che ci fa riflettere molto: "Ogni individuo ha diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione, alle cure mediche e ai servizi sociali necessari; e ha diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, invalidità, vedovanza, vecchiaia o in ogni altro caso di perdita dei mezzi di sussistenza per circostanze indipendenti dalla sua volontà".

La salute come diritto inalienabile degli individui è inoltre ribadita dal patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali del 1966 dove, all'articolo 12, si afferma: "Ogni straniero che vive nel nostro paese ha il diritto di godere delle migliori condizioni di salute fisica e mentale che sia in grado di conseguire". Lo stesso diritto viene riaffermato dal patto internazionale sui diritti civili e politici, sempre del 1966. La convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia e la convenzione europea dei diritti dell'uomo riconoscono ulteriormente il diritto alla salute per tutte le persone, senza distinzioni di sesso, religione, razza, lingua, cittadinanza. Le norme giuridiche internazionali riconoscono quindi che ogni essere umano possiede diritti innati, cioè preesistenti alla stessa legge scritta, inviolabili, inalienabili e imprescrittibili. Tra i principali diritti sono da sottolineare il diritto alla vita, il diritto alla giustizia e alla salute. In Italia sembra però che anche la sanità sia attrezzata a questa moda mondiale dell'apparenza, in maniera che non possa essere che lodata, visto che almeno le intenzioni sono un punto di partenza. Antonella Ciani ci offre un esempio: è nata una società italiana per la qualità della cura in sanità; è stato promulgato nel 1995 un codice del diritto del cittadino per la sanità, un codice molto bello in cui il cittadino viene visto nei suoi rapporti con la sanità come uno che ha dei diritti. Ciò dovrebbe rientrare nella norma, ma siccome tutti sperimentano che non è così allora si è fatto un codice dei diritti in cui si dice che il cittadino dovrebbe avere almeno i diritti che ha un cliente in un albergo. Per

esempio se lo si mette in un albergo fatiscente può protestare presso un ufficio ad hoc. Non si dice cosa succede dopo, ma l'ufficio si stabilisce come un ufficio della qualità della cura. Questo codice è affidato, per essere messo in pratica, a tutte le unità sanitarie locali; nel frattempo però succede che la sanità è stata dichiarata un'azienda, sostanzialmente non più dipendente dal ministero della sanità ma appartenente ai capitoli della finanziaria. La sanità è un capitolo dell'economia di cui deve essere, di anno in anno, valutata la compatibilità con la finanziaria. Allora i cittadini hanno tutti i diritti che sono loro permessi dal bilancio dell'economia; laddove non c'è pareggio dei bilanci, finiscono i dritti, soprattutto dei più deboli. L'abbandono delle politiche socio-sanitarie si rivela anche dalle denominazioni. Questo è il dato nudo e crudo che ha due traduzioni istituzionali particolari: quelle che venivano chiamate unità socio-sanitarie si è imposto la cancellazione del "socio" e da unità socio-sanitarie locali (USSL) sono diventate unità sanitarie locali (USL) ed infine sono state proclamate aziende sanitarie locali (ASL). Non si può più pensare alla sanità come a qualcosa che abbia a che fare con i contesti di vita. La sanità è vista in termini solo biologici e si è sempre più trasformata in un ufficio di riparazioni di pezzi rotti. Come un'officina meccanica. Solo se affetti da qualche rara malattia guaribile con un trapianto o un intervento tecnicamente rilevante, si viene considerati "casi clinici interessanti" e, aggiungiamo noi, anche remunerativi. Se si è "semplicemente" vecchi e malati di patologie a decorso cronico-ricidivante, o addirittura si è barboni, zingari o stranieri illegali, allora non c'è posto nelle strutture sanitarie, ed il giuramento d'Ippocrate, non vale più. Non s'investe più nulla sulla prevenzione primaria delle malattie. Al massimo si può fare della diagnosi precoce. Meno che mai si parla più di promozione della salute, poiché questa ha a che fare con variabili che sono riconducibili al sociale, all'economia all'istruzione e non sono quindi squisitamente sanitarie.

In secondo luogo, nell'ambito della prevenzione e della previsione di spesa nella sanità sono stati introdotti quelli che si chiamano i rod o drg, i raggruppamenti diagnostici, che sono un modo inventato anni fa e andato fuori uso negli stati uniti quando si cercava di dire: quanto costa una degenza? L'azienda lo sta facendo, applicando quello che in altri paesi era già stato individuato con un termine classico del mercato: il dumping, l'abbandono. Il *dumping* è il fatto di abbattere i prezzi; il dumping nel campo della sanità significa che si abbattono i pazienti, quei pazienti che non sono compatibili con i drg perché costerebbero troppo. Non sono eliminati fisicamente, ma non sono accolti. Si fa del tutto perché queste persone non accedano al servizio sanitario nazionale. è un problema che tocca in maniera pesante tutta la medicina, dalla medicina di base a quella specialistica. E' anche un problema politico generale molto grave il fatto che ci sia un allineamento senza dibattito su queste posizioni. Non c'è dibattito, non c'è comunicazione alla gente; la probabilità che ci sia una selezione ulteriore diventa grande. Perché meravigliarci se tra qualche anno avrà diritto di cura solo chi possederà il genoma ritenuto utile da salvaguardare? E gli altri?

Epidemiologia della disuguaglianza

In Inghilterra, l'attenzione più importante è quella che viene chiamata l'epidemiologia della disuguaglianza. In questo modo si mette in evidenza quanto è il peso dell'essere disuguali rispetto ai diritti sostanziali della vita, per essere disuguali anche nel diritto alla salute come ovvia espressione di questa vita. Sono aumentate la mortalità e le malattie nelle classi sociali meno abbienti, e questo è successo anche in Italia, pur con meno sistematicità, sia

per i rapporti dell'Istat che del Censis, ma anche per studi che sono stati condotti a livello locale, come Torino e Roma. Queste ricerche confermano dati già noti a chi lavora tra i più poveri e gli emarginati: i disoccupati hanno una probabilità di morire tripla rispetto a quella degli studenti loro coetanei, e più che doppia rispetto a chi ha un'occupazione. La possibilità che un disoccupato contragga l'aids, muoia di overdose, si tolga la vita o sia colpito da cirrosi è enormemente più alta rispetto a chi ha un lavoro. Tra le persone nell'attesa di trapianto renale, la probabilità che i poveri muoiano è tripla. Queste affermazioni con dati sovrapponibili le aveva già espresse Maccacaro nel 1972 in un interessante testo. Egli, riprendendo uno studio apparso sull'*American Journal of Public Health*, dimostrava che il tasso di mortalità tra individui con reddito tassabile e senza reddito era spaventosamente alto: si osservavano 138.5 morti ogni 1.000 vivi tra i senza reddito, rispetto ai 32.9 per quelli con reddito. Numerosi studi, come quelli prodotti a Torino, a Livorno, a Firenze e a Roma, la cui notorietà raramente esce dalla comunità scientifica chiusa degli scienziati e degli specialisti, dimostrano questa semplice tesi: si vive, ci si ammala e si muore di classe, come sulla tragica tolda del Titanic negli studi degli epidemiologi Costa e Perucci, in maniera molto secca si afferma: più sei istruito e meno muori. Infatti, a Torino gli uomini di età compresa tra i 30 e i 59 anni, senza alcun titolo di studio, hanno una probabilità di morire doppia, rispetto ai laureati. Quelli con la sola istruzione elementare hanno il 40% di probabilità in più di morire rispetto ai laureati. A Livorno il rischio di avere un tumore ai polmoni è, se non si ha titolo di studio, 4 volte superiore a quello di un laureato. Per la cirrosi epatica il rischio è addirittura di 6 volte superiore per l'analfabeta rispetto al laureato. Esiste inoltre una stretta correlazione tra titolo di studio della madre e peso registrato alla nascita: una partoriente con la sola licenza elementare ha un rischio di oltre il 50 per cento superiore rispetto a una laureata di dare alla luce un bambino di peso inferiore ai 2 chilogrammi e mezzo. Se tutti ci laureassimo avremmo il 20 per cento di morti precoci in meno. Nel corso degli ultimi 10 anni le disuguaglianze di salute tra i vari gradi di istruzione sono aumentate, nel senso che l'aspettativa di vita per i più istruiti cresce molto più rapidamente rispetto a quella dei meno istruiti.

L'istruzione è oggi l'indicatore più efficace per rappresentare le disuguaglianze sociali nella vita e nella mortalità.

Che fare? Occorre trovare, allora, una modalità di azione accanto a quella politica, che rimane centrale. Ma occorre anche cercare di superare la "sindrome del samaritano", di non creare delle società fatte per compatimenti e per deleghe ai più deboli nel sociale (nel senso del volontariato), che è una tendenza strutturale attraverso cui si cerca di dare, in varie forme, uno spazio di vivibilità o di agibilità. In quest'ottica va visto, ad esempio, il tentativo che ha fatto anche la banca mondiale creando un dipartimento per le ong, concetto interessante per far vedere come, di fatto, si stimoli la presenza di elementi non strutturati per limitare il danno, la conflittualità e la tensione che altrimenti sarebbero esplosive. Occorre dare una visibilità, un corpo sociale a questa dispersione della disuguaglianza, occorre che ci sia un rapporto delle comunità accanto a quello dell'Istat, che chiami queste disuguaglianze nei termini delle "disuguaglianze evitabili", che attribuisca le cause specifiche a livello locale, non soltanto generale. Ai ministri della sanità e della ricerca scientifica, si dovrebbero chiedere studi su queste realtà, non soltanto ricerche su come limitare l'assegnazione dei fondi o come ottimizzare l'uso delle tecnologie. E' necessario che si possa documentare punto per punto, luogo per luogo, o in luoghi modello, che cosa

significa la aziendalizzazione di un diritto e quanti sono quelli che ne vengono esclusi, per basso profitto prodotto. Ancora oggi si può vedere quanto sia difficile raccogliere dati sulla sanità non applicata. La legge 40/98, nonostante l'approvazione dei decreti attuativi nel novembre 1999, non viene attuata su gran parte del territorio nazionale, proprio sui punti più qualificanti del diritto all'assistenza degli immigrati irregolari e clandestini. Se c'è un'economia informale, ci può essere anche una epidemiologia informale, nel senso che non è quella che parte dai dati ufficiali, ma che crea i dati a partire dalle persone reali. È importante darsi dei criteri comuni per identificare alcune aree, alcune popolazioni, e cominciare a creare una cultura complementare, se non alternativa, non per contrapporsi, ma per completare, integrare, opporsi.

Etica del cuore e della solidarietà

Occorre, infine, "un'etica del cuore" e della solidarietà. Anche se, da sola non è chiaramente sufficiente. Ma un'etica vera, sincera e non mediatica. Infatti, non c'è giorno che usciamo da casa senza che qualcuno non ci fermi per strada per farci fare solidarietà. Ogni giorno veniamo bombardati da messaggi sulla necessità di essere solidali. Sembra quasi che l'interesse maggiore della nostra società sia la solidarietà. Ma è davvero così? E' possibile che una società come la nostra, che spesso respinge in mare aperto i profughi, che permette massacri come quelli compiuti per tre anni nella vicina ex Jugoslavia, che rimane indifferente dinanzi al dramma della fame che vede colpire ogni anno oltre un miliardo di persone, sia sinceramente interessata alla solidarietà? Eppure apparentemente sembra di così. Questo gran parlare di solidarietà, ormai è un fatto di costume, che si osserva certamente in quantità inversamente proporzionale a quanta se ne pratica davvero. La solidarietà, o meglio le sue manifestazioni esterne, sono ogni giorno sotto i riflettori dei mass media, spesso sono pubblicizzate dappertutto e riprese in diretta dalla televisione. La solidarietà tira. Se volete far volare l'audience, occorre parlare di solidarietà e di poveri. Anzi qualche ripresa televisiva che mostri immagini di poveri serve per aumentare l'ascolto e l'attenzione. Ai poveri non viene lasciata più neanche la libertà di rifiutare di farsi riprendere, neanche la dignità della loro privacy...

Ma queste cose sono solo per i personaggi importanti.

Non passa giorno che non ci pervengano messaggi, a volte al limite della drammaticità, da parte di numerose associazioni di volontariato che ci propongono l'acquisto di azalee, di arance, piante bonsai, per aiutare le più disparate attività di ricerca scientifica, sempre per il bene delle persone più deboli, più indifese. Basta sfogliare una qualsiasi rivista e leggere o guardare, tra la pubblicità dell'ultimo reggisenone che vi cambierà la vita, oltre al seno naturalmente e del whisky invecchiato di dieci anni, o del bucato che più bianco non si può, immagini di bambini che non hanno più nulla, neanche le lacrime per piangere, o di persone colte dall'obbiettivo impietoso del fotografo nell'intimo delle loro povertà, cui sembra derubata anche la dignità di esseri umani. È questo l'invito ad una solidarietà vera? Il frastuono della solidarietà non fa bene a nessuno.

Noi dubitiamo fortemente che la solidarietà, l'attenzione ai problemi che ci circondano, possa essere praticata come se si sfilasse su una passerella cinematografica. Noi crediamo che l'assunzione di responsabilità storiche appartenga a tutti noi come esseri umani e che investire sulle creature più fragili ed apparentemente più inutili dell'universo sia l'unica scelta che possiamo fare se vogliamo un futuro per noi e per i nostri figli. È la nostra

risposta alla grande tenerezza e amore che qualcuno ha avuto per tutti noi, non fosse altro per quel dono straordinario che è l'universo, dal quale tutti proveniamo. Eppure la solidarietà mantiene ancora intatta la sua faccia "pubblicitaria". Non c'è trasmissione televisiva, documento, articolo, convegno, in cui non venga declamata. Nessuno può permettersi di non dirsi solidale, altruista, anche se non sa bene cosa significhi, soprattutto che cosa tale qualifica, possa comportare nella sua vita, quale cambiamento. Occorre diffidare di tale inflazione. Questa solidarietà pubblicizzata e diffusa rischia non solo di non dire niente, ma soprattutto di ingannare e affossare i tentativi reali di miglioramento della vita e della società. Rischia l'appiattimento, la negazione del conflitto, quell'accecamento che lo rende invisibile, a tutto vantaggio del più forte, sempre vincente.

Giovanni Franzoni in uno straordinario libro dall'eloquente titolo *la solitudine del samaritano* ci ricorda, che talvolta l'assistenza e la beneficenza sembrano ignorare le cause del bisogno e dell'impoverimento sistematico di alcune fasce sociali. Oggi invece sappiamo che non è più possibile, soprattutto se si considera che la nostra società è di "ispirazione cristiana", pensare ingenuamente che la povertà sia un fatto casuale, o addirittura voluto da dio. È bene quindi interrogarci spesso sulla validità e sulla correttezza delle istituzioni della solidarietà e della carità, siano esse di ispirazione cristiana o laica. Siamo in presenza di poveri o di impoveriti.

Gli immigrati clandestini: chi li ha resi clandestini?

L'esperienza ci ha insegnato che spesso la carità è carica di pericoli. L'aiuto al prossimo tocca lati profondi della personalità, segnati da ambiguità. L'amore si può trasformare in possessività e in potere. Il dono può liberare una persona dal bisogno immediato, ma può creare una dipendenza legata alla gratitudine che non è certo liberatoria. L'atto del donare o del porsi a servizio dei più poveri, ci ricorda Giovanni Franzoni, è carico di ambiguità e tossicità e non si può praticare senza somministrare contestualmente un antidoto. Forse l'anonimato del donatore potrebbe rappresentare un buon antidoto. Quante persone nel loro generoso lavoro quotidiano verso le persone più disagiate, lasciano di sé, null'altro che il profumo della loro testimonianza gratuita e anonima. Nella parabola del samaritano non si parla di gratitudine: nessuno dal bene operare può costruirsi un piedistallo di potere. Invece troppe sono le istituzioni o le persone negli anni che hanno raggiunto potere e fama sul bisogno dei poveri. Anche le grandi agenzie internazionali, come l'ONU, la FAO, l'UNESCO, l'OMS, non sfuggono a questa ambiguità tra solidarietà e potere. Ambiguità che è necessario sottolineare per non restare ingannati. Occuparsi, preoccuparsi degli altri è un bene: significa vittoria sull'egoismo, il peccato originale degli individui e dei gruppi sociali, ma chi si occupa degli altri può anche essere un intruso, un seccatore, soprattutto un controllore sociale. Non a caso sono sempre i gruppi più ricchi e potenti a invocare, nei confronti dei più poveri e deboli, la solidarietà. La tradizione culturale cristiana parlava del rischio della "carità pelosa": non veramente disinteressata. È ormai ampiamente noto quanto le varie forme di aiuto allo sviluppo dei paesi cosiddetti in via di sviluppo, siano in realtà forme di incremento della ricchezza dei paesi che fingono di aiutare. Un'altra forma di ritorno oltre all'autogratificazione e al rendimento, è forse la più sottile: la solidarietà come forma di controllo sociale.

Filippo Gentiloni, in un suo libro dal titolo *Abramo contro Ulisse* pur non proponendo ricette, indica alcuni percorsi. Evidenziare prima di tutto i conflitti. La solidarietà non li elimina, ma rischia di occultarli. La ripetuta e sbandierata invocazione alla solidarietà è pericolosa. Soprattutto non invocarla quale terreno di incontro tra le parti, "valore" sul

quale le parti sarebbero d'accordo, anche se poi li divide il denaro, il colore della pelle, il sesso. L'apologo di Menenio Agrippa è un imbroglio. Molti hanno interesse a far apparire la società "solidale": dolce, cortese ed affettuosa, preoccupata dell'altro. Chi sta bene avrà anche la soddisfazione di sentirsi solidale: a posto con la coscienza, gratificato, buono. Chi sta male non avrà il diritto di protestare, beneficiato e schedato com'è. Attenzione dunque a non credere ad una società senza dramma, scontro, tragedia, senza "peccato": soltanto a questa condizione la nostra solidarietà potrebbe essere meno pelosa. Il segreto per risolvere la contraddizione ovviamente sarebbe il disinteresse, il non pretendere gratitudine. Ma ciò è umanamente possibile? Nella parabola del samaritano, l'amore è un atto generativo che non controlla le risposte. L'amore del samaritano si esprime come vita che restituisce vita e non si consuma in un intreccio di amore reciproco. C'è il più assoluto disinteresse a sapere come reagirà l'altro, così come una madre nel dare alla luce non si pone il problema di come il figlio si orienterà sull'apprezzamento della vita.

L'insegnamento di Gesù, nella parabola del samaritano, si conclude in una esortazione ad assumere come modello un gesto di compassione totalmente disinteressato e immotivato. Questo è il marchio autentico della vera solidarietà. Nell'esperienza quotidiana abbiamo potuto incontrare tante persone che in questi anni hanno reso possibile garantire il diritto alla tutela della salute agli immigrati clandestini presenti a Roma, e che una legge assurda pretenderebbe che non venissero curati negli ospedali pubblici. Sono persone che con grande sacrificio e sofferenza personale testimoniano la loro fedeltà all'umanità sofferente, con discrezione e riservatezza, senza richiedere nulla in cambio, senza imporre nessuna onerosa gratitudine, impastata di umiliazione di chi si sente ricco della propria bontà. Forse il problema principale per noi rimane proprio la difficoltà di fare della solidarietà, il nostro agire quotidiano, senza allontanarci di molto, alla ricerca del "povero" da aiutare, ma guardandoci attorno, ogni giorno, con attenzione, per cogliere il grido di aiuto, spesso soffocato, che ci giunge dalle persone che ci vivono accanto, nella loro solitudine e nel loro silenzio, consapevoli che nessuna telecamera riprenderà il nostro gesto d'amore. E allora perché non parlare di compassione invece di solidarietà? Perché non investire in una categoria così "inutile"?

La compassione, afferma Filippo Gentiloni, non è di moda, forse troppo personale, misteriosa, invisibile, interiore. Forse assolutamente inutile. Eppure ha una grande anima, come rivela la sua etimologia: patire insieme. Quel *cum* è particolarmente prezioso e raro. Anche, soprattutto direi, cristiano. La compassione dice che la sofferenza è inevitabile, fa parte della vita. Tutti i tentativi per eliminarla non che non vadano fatti, ma non sono mai del tutto risolutivi. Per quante persone potremo aiutare ce ne saranno sempre milioni, se non miliardi per le quali non potremo fare nulla. Forse. E allora, visto che "si deve soffrire", soffriamo insieme. Una grande lezione. Alla compassione sono vicini, anche se con qualche differenza, molti atteggiamenti quasi sinonimi. Consolare, ad esempio: non importa se si è bravi nel dire le parole giuste al momento giusto, importa stare vicino, anche in silenzio, condividere la sofferenza. Perché la compassione è parente stretta della compagnia: mano nella mano, anche se non posso fare di più. Quel *cum* serve a specificare quegli atteggiamenti troppo generici, dei quali spesso riempiamo la bocca più che il cuore: pietà, ad esempio, che rischia di mettere implicitamente in serie a chi la prova e in serie b colui per cui la si prova. Per non parlare poi del genericissimo "amore", buono a tutti gli usi, un po' come la benevolenza e la solidarietà. Che cosa le obietta, allora, l'uomo di oggi che non l'ama? Perché l'ha dimenticata? La risposta tocca molti percorsi che si intrecciano

insieme. Prima di tutto perché la compassione appare inutile. Non guarisce, non risolve né la fame, né la malattia. In una cultura come la nostra il metro dell'intervento è l'efficienza. Viviamo in una cultura che esalta il risultato tangibile e ne fa la "misura di tutte le cose" come si diceva una volta, ma a proposito di un altro soggetto, l'antico sapiente. Se la compassione non risolve le cose è inutile. Non "serve": ecco un altro verbo tipico della nostra cultura. "servire" è il verbo dello strumento che, da oltre un secolo, domina la società. La compassione non sembra strumentale a niente. Forse, anzi, peggiora la situazione perché rischia di sottolineare da una parte la sofferenza, dall'altra l'impotenza. Le mie lacrime unite alle tue. A che serve piangere insieme? Perché contribuire ad allagare questa valle di lacrime?

Alla presunta inutilità della compassione si unisce un'altra obiezione, analoga alla prima: il timore che contribuisca a distogliere dagli interventi efficaci, quelli sociali e politici. Come se chi compatisce sia necessariamente inerte, assista passivamente, incroci le braccia. La compassione come alibi per non fare. Come se invece, chi opera e prende in mano il bisturi sia necessariamente freddo, senza compassione né passione. Chi soffre o ha sofferto sa, al contrario, che non è vero. Sa quanto manchi all'intervento anche strumentalmente efficace se non è animato dalla compassione. La forza della passione è data sia dal *cum* sia dalla passione. Passione è non soltanto sofferenza, ma è anche appunto passione: calore, emozione, una carica forte che dal cuore passa alle mani, dal sangue al bisturi. Se è così, il contrario della virtù della compassione è, sì l'indifferenza di fronte alle sofferenze altrui. è l'accentramento egoistico sul proprio io, ma è anche la freddezza. La compassione esalta, insieme, la condivisione del pianto e del sorriso. Rallegratevi con chi è nella gioia e piangete con chi è nel pianto. (romani 12,15) forse la solidarietà e la sanità si possono delegare ad altri, ma la compassione e lo stare bene in salute, non si possono delegare. Diventa sempre più essenziale inoltre la ricerca di un'etica della responsabilità personale e della scienza. L'utilizzazione delle scoperte scientifiche e delle tecnologie ad esse correlate possono essere appannaggio esclusivo solo di coloro che possono permettersene la spesa o comunque l'accessibilità? è questo etico? Uno studente di medicina di oggi, o di sociologia, impara molti dati, conosce teoremi scientifici importanti, ma non conosce le persone su cui dovrà applicare i suoi saperi. Forse è necessario dare visibilità a quegli esseri umani poveri che non hanno una visibilità e dare voce strutturata di diritto a quelli che non hanno questo diritto. L'obiettivo è di conoscere persone che vivono ai margini della nostra società ricca e opulente, per far sì che i dati rilevati con loro e su di loro, diventino scientifici. Perché lavorare con i topini di laboratorio non sia più percepito "scientifico", mentre lavorare con i barboni, gli zingari e gli immigrati sia considerato "opera pia", ma priva di valore scientifico. Occorre avere dati diretti di persone che diventino reti di conoscenza molto sostanziali, elaborare un progetto che duri nel tempo, che si dia degli elementi di complementarità. Non significa fare una ricerca su una cosa particolare, ma un darsi un ruolo strutturato di ricerca in maniera tale che dai tossicodipendenti, agli emarginati, ai barboni, tutti abbiano una loro epidemiologia che non è solo quella dei numeri (quanti sono, quanti muoiono, quanti sono quelli che potevano eventualmente non morire o potevano essere in qualche modo curati.), ma anche delle emozioni, degli impegni concreti di una scienza che scelga da quale parte stare: un'epidemiologia della evitabilità, un'epidemiologia del diritto, che è un modo di prendersi effettivamente cura della vita.

Le leggi per la tutela della salute: diritti di carta?

“Un tempo soffrivamo dei nostri vizi, oggi soffriamo delle nostre leggi” (tacito, an., III, 25)

Sempre Antonella Ciana su dokita ci ricorda che chi tenta di tutelare salute, sicurezza e ambiente va incontro a parecchi ostacoli normativi, applicativi e scientifici, nonché a continue depenalizzazioni per chi propina “mucche pazze”, procura “cancro da amianto”, produce elettrodomestici che esplodono e così via. Chi oserebbe dichiararsi contrario alla tutela della salute? Chi non è pronto a partorire nutrite dichiarazioni d'intento, proprio come se queste garanzie fossero ormai acquisite, scontate, incontrovertibili? Siamo un paese dove, su ogni questione, si producono infinite commissioni, infiniti comitati, documenti, dichiarazioni, appunto, d'intenti, convegni, simposi... ma alla fine, in concreto, si fa poco o nulla. E' l'eterna parodia del gattopardismo: trasformare tutto per non cambiare niente. Chi invece cerca davvero di fare qualcosa, trova non pochi ostacoli. Tutte queste difficoltà hanno un nome e una consistenza, e diversi giudici potrebbero raccontarci molto in proposito. Il giudice Raffaele Guariniello, le classifica secondo tre nature: “Normativa, applicativa e scientifica”.

Ostacoli normativi

Le leggi non mancano. Anzi sono fin troppe per chi le voglia applicare. Dunque le difficoltà normative sono d'altra natura, addirittura opposta. Come la scoraggiante sequenza di depenalizzazioni, proroghe, deroghe e sanatorie che si sono succedute negli ultimi anni, da quando la magistratura ha cominciato a far rispettare le leggi esistenti. Perché in Italia le leggi in materia di salute e ambiente sembrano andare benissimo a tutti finché nessuno osa farle rispettare: quando qualcuno ci prova, si scopre improvvisamente che è preferibile modificarle, abolirle o prorogarle. Molti colpi di spugna hanno mandato in fumo tanti processi negli ultimi vent'anni. Qualche esempio tra i più inquietanti: nei primi anni ottanta viene approvata una buona legge che fissa precisi parametri sulla presenza di atrazina nell'acqua potabile, oltre i quali si commette reato; si avvia una serie di processi a carico di coloro che non la rispettano ma, prima che vengano pronunciate le prime sentenze, ecco che l'allora ministro dell'industria pensa bene di innalzare la soglia massima di atrazina consentita... da allora consumiamo tutti un po' di veleno in più, ma possiamo consolarci pensando che in compenso gli imputati si sono salvati. Poco importa, del resto, se subito dopo la corte di giustizia europea ha dichiarato la nuova normativa italiana come apertamente contraria a quella comunitaria (tanto i processi erano già finiti in archivio). E chi non ricorda il disastro dell'icmesa di Seveso, con l'intossicazione da diossina? Nel 1988, con soli dodici anni di ritardo, il parlamento vara la legge sulle aziende ad alto rischio di incidente rilevante. Si avviano controlli a tappeto, e nel 1994 il monitoraggio degli stabilimenti è completato, dando origine a decine di procedimenti penali contro aziende che sono rimaste clandestine, sommerse, e contro quelle che, pur autodenunciatesi, millantano l'adozione di misure di sicurezza inesistenti. Risultato: nel 1994 viene varato e poi reiterato per ben diciassette volte un decreto che salva entrambi i tipi di aziende. Gli ultimi casi: in fondo alla legge 507 del 30 dicembre 1999 sulla depenalizzazione dei reati cosiddetti “minori” sono state infilate, fra i reati da abolire e trasformare in infrazioni amministrative, alcune violazioni di legge molto significative in tema di tutela della sicurezza e della salute dei cittadini. Così, ad esempio, nei giorni del tragico crollo di un edificio a foggia si

depenalizzano il primo comma dell'art. 676 e i primi due commi dell'art. 677, quelli che punivano con ammende "chiunque abbia avuto parte nel progetto o nei lavori concernenti un edificio o un'altra costruzione che poi, per sua colpa, rovini", e "il proprietario di un edificio che minacci rovina" o che "avendone l'obbligo, omette di rimuovere il pericolo cagionato dall'avvenuta rovina di un edificio". Per questi e altri comportamenti, l'ammenda sarà sostituita con una sanzione amministrativa, né la magistratura potrà più intervenire. Col senno di poi, è facile dire "era un disastro annunciato", come nella tragica alluvione del campeggio per i disabili di qualche giorno fa. Un po' più difficile appurarlo prima, dopo la depenalizzazione degli articoli che consentivano alla magistratura di operare in via preventiva. Per non parlare della depenalizzazione totale della legge sui mangimi (la numero 281/1963), che punisce chi produce e commercia mangimi dannosi per la salute degli animali, altro esempio inquietante. cinque anni fa, dopo l'esplosione nel regno unito dell'epidemia di bse (encefalopatia spongiforme bovina) e poi in tutti gli altri paesi europei, le autorità comunitarie vietano in tutto il continente il commercio di mangimi per ruminanti a base di farine di carne, considerati la prima causa di trasmissione del morbo. si ordinano severi controlli a tutti gli stati membri, e in itali, alla richiesta di dati sui controlli al ministero della sanità, si risponde "tutto in regola". alcuni ispettori scoprono poi che le autorità si erano limitate a chiedere alle aziende se facessero o meno uso di farine animali (un "sì" comporterebbe una violazione della legge del 1963, oltreché della direttiva UE).. per farla breve, gli stessi ispettori perlustrano i magazzini e già nella prima azienda scoprono sacchi con la scritta "farine di carne". e, sempre in base a quella legge, si avviano una serie di indagini sul rischio di importazioni di mangimi inquinati da diossina e pcb (policlorobifenile) provenienti da stabilimenti ad alto rischio del Belgio e dell'Olanda: senonché, negli ultimi giorni del 1999 si scopre che inopinatamente la legge in questione è stata inserita nella lunga lista dei reati cancellati dal decreto legislativo sulla depenalizzazione, in vista dell'entrata in vigore della riforma del "giudice unico". tutti assolti "perché il fatto non è più previsto come reato". certo un pur normale senso del ridicolo ci impedisce di accettare queste depenalizzazioni come mezzo per deflazionare il lavoro degli uffici giudiziari. se c'è da depenalizzare, anche radicalmente, non lo si faccia per lo meno alla cieca, bensì con discernimento, tenendo conto di quello che accade nella società, di quello che accade nel resto dell'Europa e del mondo, di quello che chiedono i cittadini comuni. e se in alcuni campi ci sono fin troppe leggi che sarebbe il caso di cominciare ad applicare, in altri settori, delicati e ancora "scoperti", occorrerebbe invece qualche legge nuova: sui campi elettromagnetici generati da antenne di telefonia mobile, ad esempio, o sul *doping* nel calcio. per quanto riguarda i campi elettromagnetici, esistono due decreti che fissano limiti invalicabili di inquinamento elettromagnetico nell'atmosfera, ma non prevedono per chi li valica alcuna sanzione penale (salvo in caso di un danno alla salute o la morte di cittadini). ma neanche la legge che verrà prevederà conseguenze penali, ma soltanto sanzioni a livello amministrativo. anche senza una legge specifica, qualcosa si sarebbe potuto fare, tenendo conto di due preziosissime sentenze del novembre '99 (numero 5592 e 5626), che per la prima volta equiparano i campi elettromagnetici pericolosi per la salute alle cose "atte a offendere o molestare le persone" previste dall'art. 674 c.p.: un reato che, per quanto punito con pene irrisorie, consentirebbe il sequestro preventivo del corpo del reato. sul *doping*, infine, lo studio in parlamento di un progetto di legge apposito lascia perplessi sotto certi profili (ad esempio, la posizione degli sportivi "dopati"). e chiunque si adoperi con artifici, raggiri, corruzioni o altri trucchi (compreso il *doping*) per alterare il

naturale risultato di una competizione promossa dal cono o altri enti riconosciuti, dovrebbe essere perseguito non soltanto dalla cosiddetta “giustizia sportiva”, ma anche e soprattutto da quella penale. la prima ha l’obbligo di “fare rapporto all’autorità giudiziaria nel caso in cui ci si imbatte in fatti penalmente rilevanti” e può a sua volta “chiedere copia degli atti dei procedimenti penali” avviati dalla magistratura ordinaria: legge 401 del 1989, rimasta finora sostanzialmente disapplicata.

Ostacoli applicativi

su questo fronte patiamo una serie di ritardi e di inefficienze, tanto da parte della pubblica amministrazione quanto della magistratura. i controlli della pubblica amministrazione sono in gran parte inesistenti o inefficaci, oppure non godono della necessaria autonomia dai poteri che dovrebbero essere controllati.. la nostra salute e la nostra sicurezza sarebbero meglio tutelate se si facessero seri controlli sui principali mercati (alimenti, farmaci, beni di consumo, lavoro, trasporti...); per quanto riguarda gli alimenti, si è evidenziata più sopra la preoccupante prassi di “controllo” su carni e mangimi; di migliore attenzione non godono nemmeno i prodotti cosiddetti dietetici: c’è un mercato di “integratori di fatica” per sportivi largamente incontrollato, con il favore anche di internet che favorisce la vendita di alimenti che dovrebbero rientrare a tutti gli effetti fra i farmaci ed essere sottoposti a rigorose verifiche preventive, che invece non vengono fatte. per non parlare di falsi prodotti dietetici, sempre destinati agli atleti, che in realtà contengono sostanze dopanti e dunque vietate (eritropoietina, steroidi anabolizzanti, ormone della crescita...), così come la stessa mancanza di controlli amministrativi investe il mercato dei farmaci. i beni di consumo meriterebbero indagini sulla pericolosità di certi apparecchi domestici, mentre i controlli del ministero competente, quello dell’industria, latitano, nonostante le moltissime denunce di pericolosità di alcuni oggetti (ad esempio le centrifughe che esplodono in faccia alle casalinghe). ogni anno si contano migliaia di morti e milioni di feriti proprio per incidenti fra le mura di casa, eppure ancora oggi si tarda a creare un organo realmente in grado di vigilare sulla sicurezza di prodotti domestici. i continui infortuni sul lavoro, spesso mortali, richiederebbero seri controlli nei cantieri insicuri e fuorilegge. Gli ultimi dati ufficiali dell’INAIL sul 1999 parlano di 1200 morti sul lavoro, più di tre al giorno, una media gravissima al confronto di quella europea. Poi ci sono le malattie professionali, dai tumori da amianto a tutto il resto. E’ un problema drammatico: un recente studio internazionale sui cinque maggiori paesi europei ha calcolato che, di qui al 1929, solo in Italia moriranno 28 mila persone per tumore da amianto. Perché lo stato non costituisce a livello nazionale un osservatorio sui tumori professionali e ne registra tutti i casi per poter poi perseguire i responsabili degli omicidi e delle lesioni colposi? L’INAIL sta per dar vita a un modello informatico e organizzativo che estenda su scala nazionale l’osservatorio per i tumori professionali, ma è una goccia nel deserto. Anche nel mercato dei trasporti, si registrano controlli insufficienti o inesistenti. E le leggi rimangono sostanzialmente disapplicate. Aeroporti, autostrade, treni, gallerie ferroviarie... questi mercati - dove si gioca la vita dei cittadini - sembrano immuni da sistematici controlli di legalità, lasciando insoddisfatta la sete di giustizia dei cittadini e negletto il loro “diritto” alla salute e alla sicurezza.

Ostacoli scientifici

In questo campo si è potuto contare sull'apporto, illuminante e disinteressato, proveniente da esperti di ogni parte d'Italia; ci si è anche imbattuti, però, in "esperti" che esitano a diffondere le proprie conoscenze o arrivano addirittura a negare l'evidenza. Ma la ricerca scientifica è spesso legata all'industria, laddove "dovrebbe essere libera, autosufficiente e finanziata dalle istituzioni pubbliche". Le conseguenze di questo "tradimento dei chierici" della scienza sono devastanti. Un esempio per tutti: i responsabili di una società di Torino vengono condannati per la morte di diversi dipendenti colpiti da tumori da amianto. Nella sentenza si riporta la relazione, del 1976, di un ingegnere che fa riferimento a un corso tenutosi in Germania che è un documento illuminante sulla considerazione in cui viene tenuta la salute dei lavoratori nelle fabbriche infestate dalle polveri di amianto. Tanto da dire che "è consigliabile, nei contratti con organizzazioni sindacali, mediche, statali italiane, nel campo degli *standard* di polverosità, riferirsi alla legislazione tedesca (...) o a quella americana che è meno restrittiva; infatti, la concentrazione di 0,5 fibre, proposta dall'osha, non è stata accettata perché l'industria dell'amianto ha risposto che non potrebbe adeguarsi e sarebbe obbligata a chiudere". Seguiva poi l'ordine di "dissociarsi in ogni discussione dal pensiero del dott. Selikoff ed evitare di citarlo" (Selikoff era uno studioso che aveva molto insistito sui rischi da asbesto per la salute dei lavoratori). E ancora: "alla richiesta se sia opportuno indicare nei sacchi che l'amianto può essere pericoloso come viene fatto in america (si) risponde che per il momento non è necessario ". ci sono dunque membri della comunità scientifica che vengono meno ai loro doveri morali e deontologici. ma gli esperti hanno un ruolo e una responsabilità enormi nella società di oggi. quanti morti avremmo evitato, con la diffusione completa e tempestiva di certe notizie scientifiche? quanto ci è costato e ci costa, in termini di vite umane, di salute e di qualità della vita, questo "tradimento dei chierici"?

I diritti e le ingiustizie

Era l'11 aprile del 1963, giovedì santo, quando papa Giovanni XXIII rendeva nota al mondo, la sua indimenticabile e profetica enciclica *pacem in terris*. si poteva leggere in quel documento: «ogni essere umano ha il diritto alla libertà di movimento e di dimora all'interno della comunità politica di cui è cittadino; ed ha pure il diritto, quando legittimi interessi lo consiglino, di immigrare in altre comunità politiche e stabilirsi con esse. Per il fatto d'essere cittadini di una determinata comunità politica, nulla perde di contenuto la propria appartenenza, con l'incarico di membri, alla stessa famiglia umana; e quindi l'appartenenza, in qualità di cittadini, alla comunità mondiale».

E ancora: «...i poteri pubblici portino il loro contributo nel promuovere lo sviluppo umano delle minoranze, con misure efficaci a favore della loro lingua, della loro cultura, del loro costume...» sembrano esortazioni scritte oggi, in vista delle tendenze xenofobe attuali e del ricorrere di un certo razzismo strisciante. Risalgono invece a quasi 40 anni fa.

Pace e giustizia si abbracceranno

Samuel Ruiz vescovo, fino a pochi anni fa, della diocesi di San Cristobal de las casas nel chiapas, il 24 agosto 1996, in occasione del pellegrinaggio per l'unità e la riconciliazione comunitaria nella sua diocesi, riflette con il suo popolo, attraverso la lettera pastorale "perché s'incontrino la giustizia e la pace" non ci può essere, infatti, pace senza giustizia. E in quel lembo di terra martoriata e sofferente del chiapas, ricorda alle sorelle e ai fratelli proprio l'enciclica *pacem in terris* di papa Giovanni XXIII. afferma infatti padre Samuel Ruiz: «Papa Giovanni XXIII, nell'enciclica *pacem in terris* pone la "verità", la "giustizia", "l'amore" e la "libertà" a fondamento del carattere spirituale di ogni società umana. Il magistero pontificio afferma questo carattere spirituale della società umana, dal momento che ritiene sia essa orientata a nobilitare l'essere umano e tutte le dimensioni e relazioni della sua vita».

Il progresso, per poter essere autentico, deve essere integrale, deve cioè promuovere la crescita di tutte le persone e di tutto ciò che ad esse si riferisce (cfr. *populorum progressio* 14). Quando parliamo del progresso della società, vogliamo dire che in essa si sviluppano "le espressioni culturali, il mondo economico, le istituzioni sociali, i movimenti e i regimi politici, gli ordinamenti giuridici e tutti gli altri elementi esteriori, in cui si articola e si esprime la convivenza nel suo evolversi incessante" (*pacem in terris*, 19). Una vera conversione personale e comunitaria ci conduce alla costruzione di nuove relazioni con dio, col prossimo e con la natura. Solo se basate sulla giustizia, queste nuove relazioni saranno armoniose e costruttive. Solo se fondiamo le nostre relazioni economiche, politiche, sociali, ecologiche e spirituali sulla giustizia saranno possibili il vero sviluppo e la "pace". Costruire la pace è possibile solo se lavoriamo giorno per giorno al "perseguimento di un ordine voluto da dio, che comporta una giustizia più perfetta tra gli uomini" (*populorum progressio*, 76). Per costruire la pace si richiede di inscrivere dentro il nostro orizzonte non la pace che offre il mondo, o una pace che sia semplice inattività delle armi da fuoco. E' necessario costruirla sul fondamento di colui che ci dà la vera pace: cristo fa nascere la convivenza fraterna e rende possibile la pace che è il frutto della giustizia, essendo egli venuto a inaugurare con i suoi discepoli il vero modello di vita sociale, che garantisce a tutti la loro dignità di persone (cfr. at 2, 42-47; 4, 32-35; gv 13, 2-15; mt 20, 25-27).

Non è solo con il dialogo che otterremo la pace; è necessario cominciare a cercare alternative che rendano possibile e reale la giustizia. Dobbiamo lavorare per il benessere degli altri e ciò richiede un cambiamento di mentalità in alcune delle persone che in questo momento detengono il potere economico e politico a livello mondiale, in modo da passare da una mentalità di lucro e di profitto nell'amministrazione pubblica o privata, fomentata dall'avidità di possesso e di accumulo di beni, a una mentalità di servizio, basata sulla ferma disposizione a operare sempre il bene, sotto la guida della virtù della giustizia. Sarebbe un compito impossibile voler costruire la pace senza rinunciare a posizioni di privilegio concesse da un ordinamento ingiusto e irrazionale della società.

Populorum progressio

Scriveva Papa Paolo VI il 26 marzo 1967, giorno della pasqua di resurrezione, nell'altra grande enciclica profetica, *populorum progressio*, "i popoli della fame interpellano oggi in

maniera drammatica i popoli dell'opulenza. La chiesa trasale davanti a questo grido d'angoscia e chiama ognuno a rispondere con amore all'appello del suo fratello" (cfr. il paragrafo 3). Ed ancora si può leggere al paragrafo 6: «essere affrancati dalla miseria, trovare con più sicurezza la loro sussistenza, la salute, una occupazione stabile; una partecipazione più piena alle responsabilità, al di fuori da ogni oppressione, al riparo da situazioni che offendono la loro dignità di uomini; godere di una maggiore istruzione; in una parola, fare, conoscere e avere di più, per essere di più: ecco l'aspirazione degli uomini di oggi, mentre un gran numero d'essi è condannato a vivere in condizioni che rendono illusorio tale legittimo desiderio»

La Lebbra in Sicilia e Calabria agli inizi del III millennio

R. Guarneri, D. D'Amico*

Dottorando in geografia ed area culturale dell'Europa, *Specializzando in Dermatologia e Venereologia – Università degli studi di Messina

Abstract

Gli autori presentano i risultati di uno studio epidemiologico relativo alla diffusione della Lebbra in Calabria e Sicilia dal 1930 ad oggi, sulla scorta dei dati emersi dai registri del reparto hanseniani di Messina. Dall'esame della casistica si evidenzia chiaramente una curva epidemiologica progressivamente decrescente che si azzerò nel 1982 (nessun nuovo ricovero) e viceversa una lenta ripresa della stessa negli ultimi venti anni, con l'inversione del rapporto casi autoctoni/casi importati. Relativamente ai casi autoctoni è ulteriormente emerso che la gran parte dei malati, oltre a presentare una certa "familiarità" per la Lebbra, provenivano sempre da piccoli comuni della Sicilia e Calabria orientale, storicamente considerati "focolai autoctoni". Alla luce delle rapide e profonde modificazioni che stanno cambiando l'attuale società negli ultimi anni, rendendola sempre più multietnica, si ritiene opportuna una attenta azione di prevenzione sociale che si basi, non solo sull'opera di sanitari igienisti, ma anche sull'indispensabile apporto di geografi, sociologi e psicologi per un approccio sempre più mirato alle mutanti caratteristiche socio-ambientali.

Introduzione

La Lebbra (L) è una malattia infettiva sostenuta dal *Mycobacterium Leprae* (ML) che si manifesta in individui suscettibili dopo una lunga incubazione; per lo specifico tropismo dell'agente patogeno per i tegumenti e per le cellule di Schwann, le manifestazioni cliniche sono soprattutto a carico di cute e tronchi nervosi periferici e le lesioni sono in rapporto alla risposta immune cellulo-mediata dell'ospite [1].

Per la L, più che per tante altre malattie infettive, esiste una suscettibilità genetica allo sviluppo dell'infezione, probabilmente legata ad una modulazione dell'immunità naturale e cellulo-mediata, che fa sì che solo il 5-6% dei soggetti che vengono a contatto con l'agente patogeno si ammali. Tale suscettibilità genetica è ulteriormente evidenziata dal riscontro di numerosi casi di L familiare [1-2].

Le caratteristiche genetiche di una popolazione, unitamente alle condizioni ambientali di vita della stessa, fanno sì che esistano nel mondo alcune aree di endemia. Al 1° Gennaio 2001 gli ammalati nel mondo erano 597035 (incidenza 600-800 mila nuovi casi l'anno) di cui l'83,2% viveva in 6 paesi ad elevata endemia: Brasile, India, Birmania, Madagascar, Nepal e Mozambico [3]; il clima tropicale, le cattive condizioni igienico-sanitarie e l'alimentazione insufficiente creano in questi paesi il pabulum ideale per lo sviluppo e la diffusione dell'infezione [4].

Cenni storici

Si ritiene che i primi focolai di L possano essersi localizzati nell'Africa orientale (particolarmente Somalia, Sudan e Nigeria) ed in India. Nel Sushruta Samhita, testo di medicina indiano del 600 a.C., si descrive una patologia infettiva (Kushtha) le cui caratteristiche sembrano ascrivibili alla L; altre notizie si repertano in testi di medicina Cinese (SU-Wen) e Giapponese (Reinogige).

A seguito delle spedizioni di Alessandro Magno in India, negli anni 327-362 a.C., la malattia sarebbe giunta in medioriente da dove, sulle rotte dei Fenici, si sarebbe estesa prima all'area mediterranea successivamente alla restante Europa, lungo le direttrici di espansione dell'impero romano. Le crociate avrebbero contribuito nel Medioevo alla diffusione della malattia nel Vecchio Continente dove nel XII e XIII secolo si registrò la maggiore diffusione.

I primi lebbrosari furono costruiti in Europa tra il VI e il VII secolo d.C., ad opera dei Crociati di San Lazzaro (da cui il nome di Lazzaretti), ed ebbero il loro massimo sviluppo tra il XIII e il XIV secolo (19000 lazzaretti in tutta la cristianità).

Dopo il XV secolo la malattia iniziò a regredire in Europa (probabilmente a causa delle epidemie di peste che avevano grande diffusione tra i L per l'inefficacia delle loro difese immuni) e si iniziarono a delineare alcuni focolai di endemia.

Nei secoli successivi il miglioramento delle condizioni igienico dietetiche della popolazione, unitamente alla diffusione della tubercolosi (effetto antagonista del Mycobacterium Tuberculosis sul M. Leprae) hanno fatto sì che si riducesse sempre più l'incidenza della L per circoscriversi a piccole aree endemiche.

Nel periodo di maggiore diffusione della malattia numerosi furono i lazzaretti fondati in Calabria e Sicilia: praticamente ogni grosso centro delle due regioni aveva un istituto per il ricovero degli hanseniani. Sono state individuate notizie storiche dei lazzaretti calabresi di Catanzaro (presso Montepaone), Roccella Ionica e Reggio Calabria (Castelnuovo e S. Salvatore) e di quelli siciliani di Caltagirone, Terranova di Sicilia, Palermo, Lentini, Enna e Messina [5], ma molti altri ne sono esistiti le cui notizie storiche sono incomplete.

A Messina, in particolare, si hanno notizie di due lebbrosari. Uno femminile, detto di S. Paolo, ubicato nella zona sud della città, nella frazione Briga Marina, la cui fondazione risale approssimativamente al XIII secolo, ed uno maschile, fondato già nel XII secolo, nel casale del Faro in contrada S. Agata [5]. I due lebbrosari, gestiti dagli Ospitalieri di San Lazzaro, ebbero vita autonoma fino al 1542 quando vennero incorporati con gli altri 14 ospedali della città per formare l'ospedale di S. Maria della Pietà, così chiamato dal nome della confraternita che lo gestiva. Si hanno notizie attestanti il funzionamento dei due lebbrosari fino al XVIII secolo, ma niente riguardante la loro attività dopo quel periodo [5]. Dei due istituti non resta oggi traccia, distrutti probabilmente dal terremoto del 1783, come riportato da Michele Sarconi nella sua "Istoria de' fenomeni del tremoto avvenuto nelle Calabrie e nel Valdemone nell'anno 1783".

Nel 1575 veniva edificato a Messina, nella zona Falcata, un lazzaretto dedicato al ricovero degli appestati. Questo, distrutto e ricostruito varie volte, fu attivo fino alla fine dell'800. Qui, oltre al ricovero per gli appestati, si attuavano pratiche di vigilanza sanitaria sulle merci e sulle persone che giungevano al porto di Messina e, probabilmente, in epoca successiva alla dismissione dei due Lazzaretti di S. Paolo e S. Agata, si provvedeva anche al ricovero degli hanseniani [5].

Materiali e Metodi

Abbiamo utilizzato i dati dei registri e delle cartelle cliniche del reparto hanseniani di Messina per una valutazione dell'evoluzione della L in Sicilia e Calabria dal 1930 al 2001; il periodo in esame è stato suddiviso in 7 parti di 10 anni ciascuna, eccetto il periodo '30-'40 e '91-'01 di 11 anni.

I dati raccolti non possono, in ogni caso, dirsi pienamente espressivi della distribuzione della patologia nelle due regioni in quanto, seppure il centro di Messina sia, dei quattro centri di riferimento italiani, quello che più da vicino "sorveglia" l'andamento della patologia in Calabria e Sicilia, non possiamo tuttavia avere certezza che, nell'arco degli anni, alcuni casi non siano andati in osservazione ad altri centri o siano rimasti del tutto misconosciuti.

Risultati e Considerazioni

Nei 62 anni presi in considerazione dalla nostra analisi retrospettiva sono stati ricoverati presso il centro hanseniani 412 pazienti (età media 43 anni) di cui 133 donne (32%) e 279 maschi (68%) [Tab.1A]. 247 risiedevano in Sicilia (60%), 127 in Calabria (31%) e 38 erano residenti in altre regioni o nazioni (9%) [Tab.1B]. Di questi pazienti, al momento del ricovero 183 (45%) erano affetti da forme tubercoloidi; 129 (31%) da forme lepromatose; 79 (19%) da forma borderline e 21 (5%) da forma indeterminata.

La curva di incidenza della L in Calabria e Sicilia ha avuto un andamento crescente fino al decennio 51-60 (103 casi), quando si è verificata un'inversione di tendenza concretizzata nel 1982 con la totale assenza di nuovi casi (anno zero) [Tab.1C] [6]. Dal 1982 ad oggi sono stati registrati solo 12 nuovi casi, da cui l'andamento "ondulante" sopra lo zero della curva di incidenza per la presenza di casi sporadici e di anni senza nuove registrazioni.

Dall'analisi dei dati è stato anche evidenziato un progressivo aumento dell'età media dei pazienti che è passata da 36,4 del periodo 30-40 a 51,1 del periodo 91-01 [Tab.1D], segno di una minore diffusione ambientale del *M Leprae* con il quale si viene a contatto sempre più tardi nel corso della vita.

Fino al decennio '61-'70 i casi autoctoni siciliani e calabresi hanno costituito la gran parte dei ricoveri presso il nostro reparto di hanseniani e, i pochi casi non autoctoni, erano per lo più costituiti da italiani provenienti da soggiorni in paesi ad alta endemia: si trattava principalmente di emigrati italiani che rientravano in patria. Negli ultimi decenni, così come già evidenziato a livello nazionale dai dati SIHAN [Tab.2], si è assistito, invece, al forte decremento dei casi autoctoni (solo 4 casi nel periodo '91-'01) e al considerevole incremento dei casi importati, giunti ad eguagliare percentualmente i casi autoctoni [Tab.2]. Si tratta principalmente di soggetti provenienti da paesi ad alta endemia che hanno contratto la malattia nel paese d'origine, sviluppandola, poi, dopo il loro arrivo in Italia. Non vale evidentemente per la L il cosiddetto "effetto migrante sano" osservato invece per AIDS e altre MST. La L ha infatti un lungo periodo di incubazione durante il quale il paziente è totalmente asintomatico e gode di buono stato fisico tale da permettergli di intraprendere anche lunghe e difficili migrazioni. Diversa è dunque la relazione di MST e L con l'emigrazione: le prime sono, in genere, acquisite in Italia a causa delle cattive condizioni

igienico-sanitarie in cui tali soggetti versano; la seconda, invece, viene contratta nel paese d'origine, e si sviluppa in Italia, indipendentemente dalle condizioni sociali dei soggetti. A conferma di ciò il riscontro di numerosi casi di L tra colf filippine, ormai ampiamente integrate nel tessuto sociale italiano, ma provenienti da una terra ad alta endemia.

Si evidenzia ancora come i focolai autoctoni calabresi si siano spenti prima di quelli siciliani che sono, invece, ancora parzialmente attivi. Fin dagli anni ottanta, infatti, non si registrano nuovi casi in soggetti residenti in Calabria [Tab.1E].

L'apporto dei casi importati, sul totale registrato nel nostro reparto hanseniani, è ancora, comunque, basso rispetto ai dati nazionali SIHAN che hanno evidenziato, fin dai primi anni novanta, il prevalere dei casi importati su quelli autoctoni. Il basso numero di immigrati residenti, ad oggi, nel nostro territorio, è probabilmente alla base di questa discrepanza.

Per quanto riguarda la distribuzione dei casi nelle due regioni si evidenzia un coinvolgimento principale delle province orientali della Sicilia e delle zona ionica della Calabria. Sono state meno colpite, invece, le province di Palermo, Trapani, Enna, Caltanissetta e Agrigento dove in 62 anni sono stati registrati solo 13 casi [Tab.3]. È stato ancora evidenziato come esistano nelle due regioni paesi ad alta endemia (S. Stefano di Camastra, S. Alessio, Avola, Floridia) la cui incidenza è significativamente al di sopra della media provinciale e regionale [Tab.4]. Questi paesi sono accomunati dal trovarsi tutti in alta collina ma, a parte il dato statistico, non vi sono altre prove sperimentali che colleghino questo elemento ambientale alla L.

Nel nostro studio, concordemente ad altri già presenti in letteratura [2], è stata evidenziata anche un'alta percentuale di casi familiari. Queste famiglie di hanseniani risiedevano, per gran parte, in piccoli paesi dove i legami di parentela sono molto fitti creando così un'alta percentuale di comunanza genica tra i residenti. Si potrebbe ipotizzare che un gene favorente l'infezione del M Leprae si sia diffuso nella popolazione determinando l'alta incidenza di casi familiari.

Conclusioni

Astraendo dal singolo caso autoctono osservato e soprattutto dall'indagine retrospettiva effettuata, si evince, sempre di più, che la L autoctona, pur chiaramente tendendo all'estinzione, ha presentato nel tempo, caratteristicamente, alcuni elementi comuni: a) l'appartenenza a nuclei familiari strettamente imparentati e comunque con frequenti rapporti sociali tra loro, b) la presenza di almeno un lebbroso negli ascendenti anamnesticamente ed ufficialmente riconosciuti, c) la provenienza sempre da comuni dell'hinterland delle province di Siracusa, Ragusa, Catania, Messina, Reggio Calabria, Catanzaro e Cosenza storicamente ritenute "focolai" per la persistente presenza di casi di lebbra autoctona.

In analogia a quanto riscontrato nelle altre regioni del territorio nazionale, tenuto conto della complessità del problema L, considerazioni di ordine generale consentono di far rientrare gli "importati" nella prevista "migrazione di patologia (endemica)" strettamente connessa al fenomeno migratorio con le relative implicazioni socio-economico-sanitarie rispettivamente del paese di partenza e di quello di approdo.

Dai dati raccolti è fin troppo semplice prevedere, per i prossimi decenni, la progressiva estinzione degli ultimi focolai autoctoni e l'incremento dei casi di L importata, (insoddisfacente è infatti, a tutt'oggi, il controllo della malattia nei paesi endemici) che

richiederanno la formazione, non solo di specialisti dermatologi e infettivologi capaci di riconoscere le morfe della patologia su pelle scura, ma anche la diffusione di nozioni di leprologia a tutti gli operatori sanitari, ed in particolare a quelli che operano più capillarmente sul territorio.

Alla luce, pertanto, dell'attuale contesto sociale e di una società sempre più aperta, multietnica, multirazziale e multiculturale, nel rispetto del singolo oltre che della comunità globalmente intesa, riteniamo doveroso auspicare una sempre più attenta e capillare opera di prevenzione primaria tesa a limitare le possibili vie di diffusione della malattia con adeguati e sistematici controlli sanitari da parte dei servizi di igiene e profilassi del comune di residenza congiuntamente ad una più fattiva collaborazione da parte di geografi, sociologi e psicologi al fine di realizzare l'assioma di Helmerich "riabilitare la malattia unitamente al malato".

Bibliografia

1. Linee guida per il controllo del morbo di Hansen in Italia. Gazzetta Ufficiale del 29/07/1999.
2. SD Randazzo, B Guarneri, A Giardina. La lebbra in Italia. Ed. Università di Catania 1976.
3. Weekly epidemiological report. WHO 2002;77:1-8.
4. E Nunzi, PP Cardo. La lebbra agli inizi del secolo e del terzo millennio. G Ital Dermatol Venereol 2000;135:525-30.
5. Lazzaretti dell'Italia meridionale e della Sicilia. Atti della Giornata sui Lazzaretti Messina 21 Dicembre 1985.
6. Polimeni M, Arena A, Aloisi C. La Lebbra in Sicilia e Calabria dal 1930 al 1987. Derm Clin 1988;4:213-220.

INDIRIZZO PER CORRISPONDENZE:

Dott. Domenico D'Amico

Istituto di Dermatologia - Policlinico Universitario

Via Consolare Valeria 1

98100 MESSINA

Tel 0902212891 - Fax 0902927691

E-mail.

Decennio	Totale casi	Sicilia	Calabria	Altro	Femmine	Maschi	Età media
30-40	83	51	25	7	34	49	36,41
41-50	91	53	26	12	35	56	33,1
51-60	123	64	49	10	37	86	41,57
61-70	84	56	26	2	21	63	41,1
71-80	18	15	1	2	2	16	48,56
81-90	7	4	0	3	2	5	50,3
91-01	6	4	0	2	2	4	51,1
Totali	412	247	127	38	133	279	43,16286

Tabella 1: Diffusione della lebbra dal 1930 al 2001

Grafico A: Incidenza della lebbra in uomini e donne

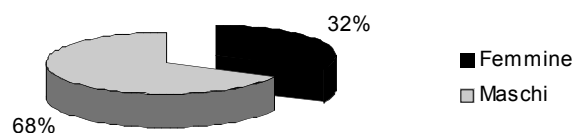


Grafico B: Distribuzione dei casi per provenienza

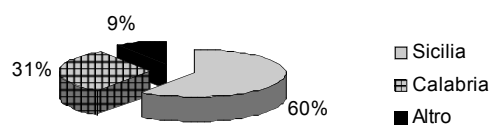


Grafico C: Incidenza totale dei casi nel periodo in esame

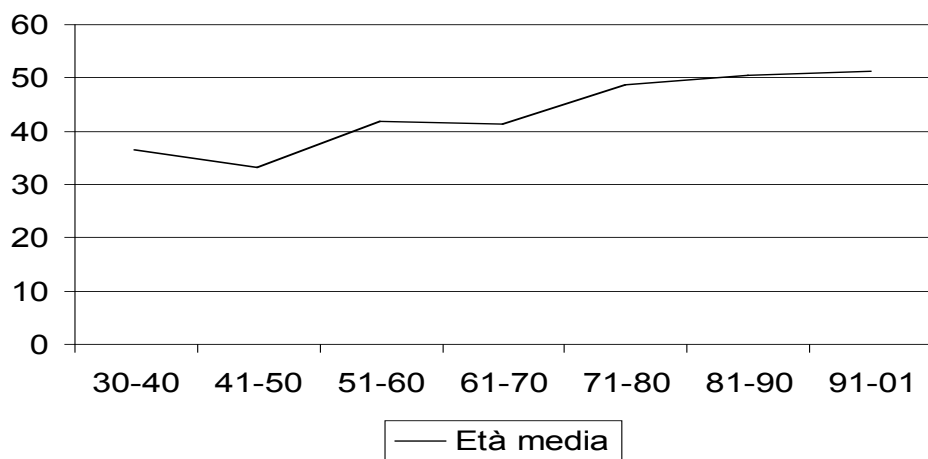
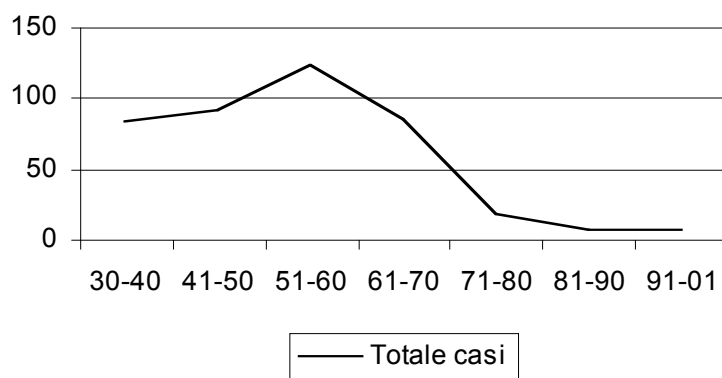


Grafico E: Nuovi casi registrati per provenienza

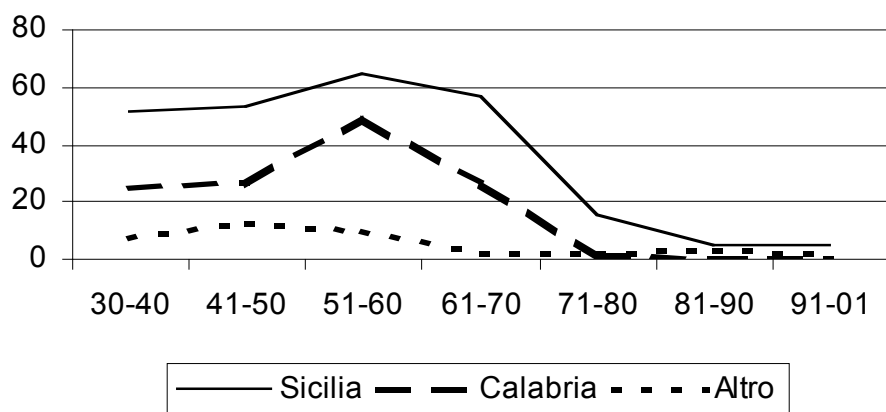
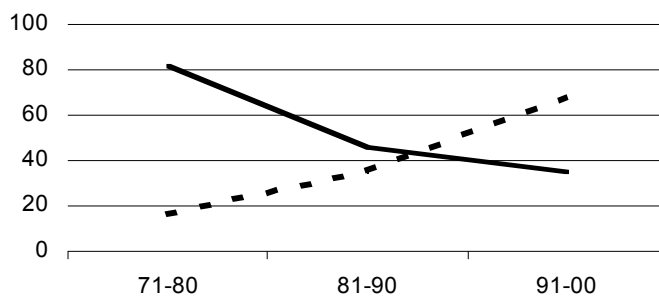


Tabella 2: Dati SIHAN sulla diffusione della Lebbra in Italia dal 1970 al 2000

Anno	Italiani	Immigrati	Totale
1970	12	1	13
1971	12	0	12
1972	9	0	9
1973	8	1	9
1974	6	3	9
1975	7	1	8
1976	9	1	10
1977	15	2	17
1978	4	3	7
1979	4	4	8
1980	8	2	10
1981	6	2	8
1982	10	4	14
1983	8	1	9
1984	2	3	5
1985	3	2	5

Anno	Italiani	Immigrati	Totale
1986	1	1	2
1987	6	4	10
1988	6	5	11
1989	1	1	2
1990	3	13	16
1991	10	7	17
1992	6	11	17
1993	1	7	8
1994	2	4	6
1995	3	12	15
1996	3	8	11
1997	2	4	6
1998	2	4	6
1999	4	6	10
2000	2	5	7
Totale	175	122	297

**DATI NAZIONALI
SIHAN**



**SICILIA E
CALABRIA**

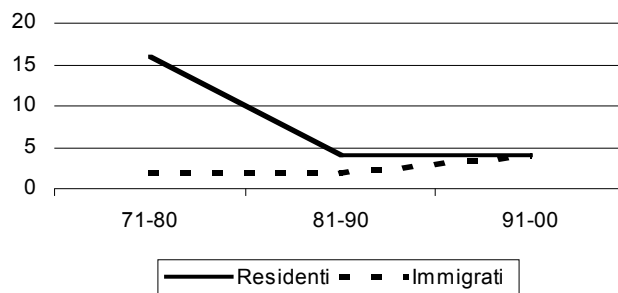


Tabella 3: Distribuzione dei casi per provincia di residenza

PROVINCIA	Casi
<i>Agrigento</i>	1
<i>Catania</i>	20
<i>Palermo</i>	2
<i>Siracusa</i>	53
<i>Enna</i>	1
<i>Ragusa</i>	29
<i>Caltanissetta</i>	1
<i>Messina</i>	132
<i>Trapani</i>	8
<i>Reggio Calabria</i>	73
<i>Catanzaro</i>	10
<i>Cosenza</i>	39

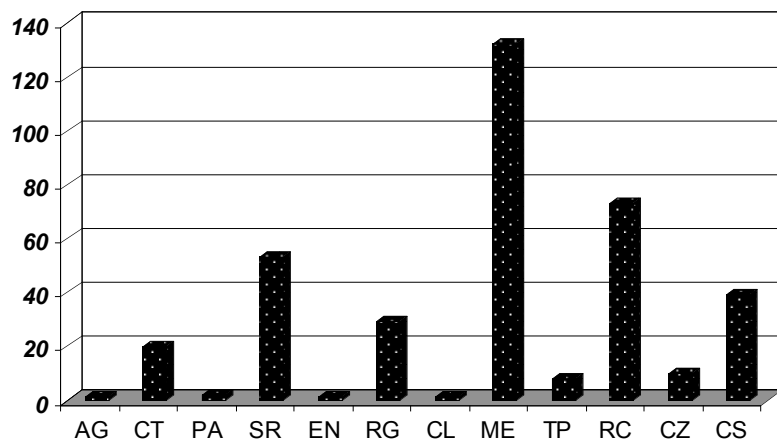


Tabella 4: Distribuzione dei casi nei singoli comuni.

Messina	Casi			Coloveto	1
S. Stefano Camastra	42	Ragusa		Totale	39
S. Alessio	16	Scicli	18		
Castell'Umberto	13	Comiso	4		
Messina	12	Modica	3		
Capo D'Orlando	10	Burgio	2		
Roccalumera	7	Monterosso	1		
Barcellona	4	Ispica	1		
Rometta	3	Totale	29		
S. Stefano Briga	3				
Castroreale	3	Trapani			
Lipari	2	Marsala	3		
Caronia	2	Trapani	3		
S. Fratello	2	Balate	2		
Mandanici	2	Totale	8		
Pagliara	2				
Patti	1	Agrigento	1		
Fiumedinisi	1	Enna	1		
Scaletta Zanclea	1	Caltanissetta	1		
Tortorici	1				
Oliveri	1	Reggio Calabria			
S. Lucia del Mela	1	Portigliola	30		
Mistretta	1	Bruzzano	13		
Graniti	1	Locri	10		
Taormina	1	Benestari	4		
Totale	132	Gioiosa Ionica	4		
		Gerace	3		
Catania		Reggio Calabria	2		
Licodia Eubea	11	S. Ilario	2		
Catania	7	Palmi	2		
Acireale	1	Bagnara	2		
Viagrande	1	Bovalino	1		
Totale	20	Totale	73		
Palermo		Catanzaro			
Palermo	1	Cirò Marina	9		
Bagheria	1	Briatico	1		
Totale	2	Totale	10		
Siracusa		Cosenza			
Floridia	16	Longobucco	10		
Avola	14	Cosenza	9		
Canicattini Bagni	9	Mandatoriccio	8		
Siracusa	8	Rossano Calabro	6		
Pachino	4	Spezzano Albanese	3		
Francoforte	2	Amantea	1		
Totale	53	Cleto	1		

Immigrati extracomunitari: rischio malaria di importazione da transitori soggiorni nella regione di origine.

Descrizione di 3 casi (marzo-aprile 2002)

S. Giordano, G. Troia, S. Miceli, F. Scarlata.

Istituto di Patologia Infettiva e Virologia dell'Università di Palermo.

La malaria di importazione si presenta a Palermo , così come nel resto della Sicilia , piuttosto sporadicamente. Il numero dei casi osservati presenta tuttavia un trend in ascesa a causa de:

- l'incremento degli italiani che, per motivi militari, di lavoro e per diporto si recano in regioni malariche;
- la sempre più massiccia presenza di studenti e, soprattutto, di lavoratori provenienti da aree a diverso grado di endemia malarica immigrati nel nostro paese;
- la ricomparsa della malaria in paesi dell'area mediterranea nei quali sembrava ormai sotto controllo;
- la progressiva diffusione della cloroquina , nonché della meflochina – resistenza dei ceppi di *Pl. falciparum*. (1)

I lavoratori stranieri residenti a Palermo provengono sia da aree endemiche a basso rischio (nord-Africa) ma anche da aree ad elevata endemia malarica (golfo di Guinea, sub-continente indiano).

Si tratta di soggetti che, almeno in parte, inizialmente sono emigrati singolarmente e, successivamente hanno impiantato famiglia ex novo o facendo rientrare il coniuge e l'eventuale prole dai paesi di origine.

Naturalmente i soggetti più esposti al rischio sono coloro i quali non hanno immunità da premonizione perché dalla nascita hanno sempre vissuto nel nostro paese, ma anche quelli che l'hanno perduta in seguito ad un soggiorno continuativo di alcuni anni nel nostro paese. (2)

Contributo personale

Descriviamo 3 casi clinici da noi osservati nell'arco di meno di un mese tra il marzo e l'aprile 2002 : si tratta di soggetti in età pediatrica (5-7 anni) residenti in Palermo di origine ghanese. Non sono stati riferiti episodi febbrili durante il soggiorno in Africa.

Caso n°1:

A.O. di anni 5, sesso femminile, nata a Palermo. Dopo 15 giorni dal rientro dal paese di origine dove ha trascorso circa 40 giorni la bambina ha cominciato a presentare febbre cefalea e vomito, trattata con antibiotici imprecisati . Inviata al Pronto Soccorso per sospetta meningite, viene ricoverata presso il nostro Istituto con diagnosi di gastroenterite. E.O. milza a 2,5 cm dall'arco lungo l'ascellare anteriore ,fegato ad 1 cm dall'arco lungo l'emiclaveare prolungata. GR 3720000/ mmc; Hb 9,9 g/dl; piastrine 179000/ mmc; AST/ALT 31/12 UI/l; PCR 17,3. Striscio di sangue periferico: numerosi trofozoiti di *Pl. falciparum* .Su indicazione del medico curante non aveva effettuato chemioprolifassi (!!).

Caso n° 2:

A.B. di 7 anni, maschio, nato nel Ghana ma da alcuni anni residente a Palermo. Dopo 4 giorni dal rientro dal Ghana dove è rimasto per 3 mesi inizia a presentare febbre e vomito. Viene ricoverato per gastroenterite. E.O. : fegato a 3 cm dall'arco lungo l'emiclaveare prolungata milza a 2 cm dall'arco lungo l'ascellare anteriore. Esami di laboratorio: GR 3680000/ mmc; Hb 10,5 g/dL; Piastrine 26000 /mmc; PCR 9,5; AST/ALT 82/81 UI/L. Ha eseguito profilassi con meflochina solo per 2 settimane prima di partire per il Ghana.

Caso n° 3 :

A.A: di anni 7, femmina, nata a Palermo. Torna dal paese di origine dove ha trascorso circa 3 mesi presentando febbre vomito, cefalea e dolori addominali.Si ricovera per gastroenterite. E.O.: fegato a 2 cm dall'arco lungo l'emiclaveare prolungata, milza palpabile all'arco costale. GR 4310000/ mmc; Hb 12, 2 g/dL; piastrine 1400000/mmc; AST/ALT 40/36 UI/L .Non aveva praticato chemioprofilassi.

I pazienti sono stati trattati con meflochina al dosaggio di 25 mg/Kg/die in 2 somministrazioni a 24 h l'una dall'altra , lo sfebbramento si è avuto nel 1° e nel 3° caso entro 24 h, nel 2° caso entro 48 h dal termine della terapia. Lo striscio periferico si è negativizzato alla fine della terapia e tale è rimasto al successivo controllo a 7 giorni dalla fine della stessa.E' previsto un ulteriore controllo ad un mese dalla fine della terapia. Non si sono osservate complicanze della malattia, né effetti collaterali legati al farmaco.

CONCLUSIONI

Il problema della malaria di importazione in immigrati extracomunitari di ritorno da visite nella regione di origine continuerà verosimilmente ad assumere contorni sempre più preoccupanti, perché è in progressivo aumento non soltanto il numero degli immigrati ma anche la quota di questi che hanno ormai perduto l'immunità da premunizione.

Inoltre l'incipiente "benessere" dei nuclei familiari ormai inseriti consente una o due volte l'anno periodi di soggiorni in Patria, senza che si sia raggiunta la consapevolezza della vulnerabilità nei confronti dell'infezione malarica e quindi della necessità di una profilassi meccanica e farmacologia. Colpevoli carenze da parte dei medici di base (vedi caso n° 1) non contribuiscono d'altra parte alla limitazione del rischio.

Fortunatamente non vengono registrati in Italia casi mortali in immigrati, neppure nei casi di diagnosi tardiva di malaria da *Pl. falciparum*, con ogni probabilità per la parziale protezione ad opera di residui anticorpali; espressione di pregresse infezioni o di immunità passiva naturale.

E' necessario tuttavia che i medici di famiglia ed i gruppi di volontariato si adoperino per creare in queste comunità di immigrati la consapevolezza della problematica nei suoi diversi aspetti: prevenzione, valorizzazione dei sintomi, diagnosi precoce.

La complessità di una corretta consulenza per la profilassi , così come la problematicità dell'approccio terapeutico e del follow-up , in presenza talvolta di infezioni (3), consigliano tuttavia la gestione da parte di strutture specialistiche con adeguata esperienza specifica.

BIBLIOGRAFIA

- 1) F. SCARLATA, S. GIORDANO, A. CASCIO. Malaria da *Pl. falciparum* meflochino-resistente. Considerazioni su un caso importato dalla Nigeria. *La Medicina Tropicale* 2-4: 123-125, 1992.
- 2) F. SCARLATA, L. SAPORITO, M. AMENTA. Profilassi della malaria di importazione . *Rivista di Parassitologia* (in corso di stampa).
- 3) F. SCARLATA, L. SAPORITO, G. TROIA. Infezione da Parvovirus B 19 in corso di malaria. Descrizione di un caso. *Giorn. It. Med. Trop.* 6 (1-2) , 51-52, 2001.

La Medicina delle Migrazioni verso nuove frontiere

M. Mazzetti

La fase dell'emergenza

La medicina delle migrazioni ha cominciato a svilupparsi, in Italia, sul finire degli anni '80, essenzialmente come reazione all'emergenza, e in gran parte all'interno di servizi del volontariato che hanno offerto le prime risposte ai bisogni di salute di una popolazione in larga parte priva di tutela sanitaria.

I medici che se ne occuparono, molti raccolti nella nascente Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), affiancarono, sin dall'inizio, all'assistenza, un'attività di indagine epidemiologica sulla popolazione immigrata e di sensibilizzazione pubblica sul tema.

Le osservazioni epidemiologiche consentirono di mettere in evidenza un fenomeno cui è stato dato il nome di "*effetto migrante sano*" (Geraci e Marceca, 2000): gli immigrati che arrivavano nel nostro paese erano persone giovani, solide sia fisicamente che psicologicamente, e godevano di eccellenti condizioni di salute. Questo fenomeno dipendeva da una sorta di selezione iniziale, per cui si impegnavano nel percorso migratorio soggetti con questo tipo di caratteristiche, che li mettevano nelle condizioni più promettenti per un successo migratorio. Si deve probabilmente a questa situazione (oltre che alla presenza del volontariato) il fatto che l'impatto della nuova popolazione sulla nostra sanità pubblica, in assenza di norme che ne garantissero l'assistenza, sia stato tutto sommato assai limitato e non eccessivamente problematico.

Quello che si osservava, quindi, era la sostanziale assenza di patologie da importazione, più o meno esotiche. Tuttavia, non pochi soggetti si rivolgevano ugualmente ai servizi sanitari, soprattutto, come si diceva, a quelli del volontariato, ma anche ai Pronto Soccorso, unico luogo pubblico, a quei tempi, aperto a tutti. I motivi per cui i pazienti ricorrevano a questi servizi era dovuto, essenzialmente, al manifestarsi di patologie acquisite in Italia, in genere dopo qualche tempo di permanenza nel nostro paese, quasi che il capitale di benessere iniziale si andasse esaurendo. Ed era proprio quanto si verificava: le difficili condizioni di vita (abitazione, alimentazione, lavoro nero in situazioni di sfruttamento) determinavano un logoramento delle condizioni di salute. Emergevano quindi patologie legate, soprattutto, ad affezioni del sistema respiratorio, a disturbi gastroenterici, a traumatismi, eccetera. Quasi sempre patologie "banali" e facilmente trattabili, anche grazie alla giovane età degli interessati.

Le fasi della promozione e del riconoscimento del diritto alla salute

Accanto all'attività di risposta sanitaria all'emergenza, i membri della SIMM andarono sviluppando sempre di più un'attività di sensibilizzazione sociale e di pressione politica per promuovere il riconoscimento del diritto alla salute per tutti, forti del dettato costituzionale che recita (articolo 32 della Costituzione Italiana): "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività". E, sia detto per inciso, non c'è che da apprezzare una volta di più lo spirito quasi profetico dei padri costituenti, che pensarono bene di parlare di "individui", e non di "cittadini", evitando ogni

discriminazione, e privilegiando la forza dell'umanità su quella di un'appartenenza qualsivoglia.

Così, nel volgere di qualche anno, grazie da un lato a una serie di sanatorie (che consentirono la regolarizzazione e quindi l'accesso a condizioni di vita migliori per gran parte della popolazione immigrata), e dall'altro a precisi interventi legislativi (prima il DL 489/1995 e poi la legge 40 e la successiva 286 del 1998) che permisero l'estensione dell'assistenza sanitaria pubblica a tutti gli immigrati, la situazione andò progressivamente migliorando. Tuttavia, proprio mentre gli interventi legislativi sancivano il riconoscimento del diritto alla salute, le condizioni della popolazione immigrata cominciarono a modificarsi: e non per ragioni patologiche ma squisitamente fisiologiche.

Via via infatti che gli immigrati si inserivano stabilmente nel nostro sistema sociale (buoni lavori, cui corrispondevano migliori condizioni abitative e nutrizionali) essi modificavano, almeno in parte, le loro caratteristiche socio-demografiche: da una popolazione di giovani adulti singoli, prevalentemente maschi (i cosiddetti "pionieri dell'immigrazione"), si passava a una sorta di normalizzazione demografica. L'integrazione si è andata accompagnando alla costituzione di famiglie, con ricongiungimenti o nascite di bambini, e una quasi equiparazione tra le presenze di maschi e femmine. Dalla fine degli anni '90 è in atto un vero e proprio baby-boom tra gli stranieri: si è passati da una stima di 50.000 bambini nel 1996 a circa 300.000 cinque anni dopo.

Ovviamente queste mutate condizioni demografiche hanno avuto una ricaduta in termini di salute, soprattutto per quanto riguarda l'accesso ai servizi materno-infantili. A questo fenomeno se ne è aggiunto un altro: il progressivo innalzarsi dell'età media della popolazione straniera, per l'ovvia ragione che anche gli immigrati invecchiano, e i trentenni di vent'anni fa sono ora cinquantenni.

La fase della garanzia del diritto

La medicina delle migrazioni si trova dunque oggi di fronte a nuovi scenari, che richiedono nuove risposte: dalla fase dell'emergenza si è passati alla promozione del diritto, e quindi al riconoscimento di questo con gli interventi legislativi di cui abbiamo detto.

Oggi siamo in una fase nuova, che potremmo chiamare della *garanzia* del diritto alla salute: si tratta cioè di garantire agli immigrati trattamenti analoghi a quelli degli italiani, dopo che la legge li ha sanciti. E per fare ciò, non è possibile prescindere dagli effetti che i mutamenti demografici a cui si è accennato hanno avuto, o possono avere, sulla salute dei nostri nuovi concittadini.

1. In primo luogo è necessaria una sorveglianza sull'applicazione della legge 286: l'attuazione dei diritti sanciti ha sofferto di notevoli inerzie, e, per fare un esempio, in alcune regioni italiane la distribuzione dei codici STP, necessari per l'assistenza agli immigrati non regolari, è cominciata con tre anni di ritardo. A oggi, quattro anni dopo, vi sono ancora aziende sanitarie che non hanno predisposto gli specifici servizi e che non distribuiscono i codici STP.
2. La costituzione di numerose famiglie di origine straniera ha comportato un notevole impatto di questa utenza sui servizi materno-infantili. Un'indagine pubblicata nel 2001 dal Ministero della Sanità (Fortino e coll., 2001) ha evidenziato come le principali cause di ricovero di cittadini stranieri sia dovuto

alla gravidanza e al parto. Qualche anno prima, un'indagine del "Gruppo bambino immigrato" della Società Italiana di Pediatria (Bona e Zaffaroni, 1998, 1999) aveva evidenziato come le donne straniere e i loro neonati soffrano di condizioni svantaggiate rispetto agli italiani al momento del parto. Tutelare la salute della donna e del nascituro stranieri è uno dei temi emergenti in medicina delle migrazioni, e richiede interventi di educazione sanitaria e di prevenzione per una popolazione che spesso non dispone delle informazioni necessarie per godere di un'assistenza ottimale.

3. La medicina del lavoro è un'altra delle frontiere di cui occuparci: è difficile avere dati precisi riguardo all'infortunistica (la cosa vale anche per gli italiani), tuttavia il raccogliersi degli immigrati proprio attorno alle attività produttive abbandonate dagli italiani perché svolte in condizione di maggior disagio o pericolo, lascia presumere che sarà necessaria una specifica sorveglianza perché il rischio di infortuni e di malattie professionali può essere assai alto tra gli immigrati. Al rischio generico di svolgere mansioni più pericolose per la salute si va poi ad aggiungere il rischio specifico di una popolazione che può avere più difficoltà a comprendere e ad applicare le norme di sicurezza, sia per difficoltà linguistiche, sia per una scarsa abitudine al concetto di prevenzione.
4. La salute della donna: nel nostro paese da ormai trent'anni si fanno campagne per la prevenzione e la promozione della salute della donna, ad esempio con il pap-test e la mammografia. Molte delle donne giunte in Italia provengono da paesi dove campagne di questo tipo non sono mai state fatte, e dove lo stesso concetto di prevenzione è sostanzialmente sconosciuto (Scuola per Assistenti Sanitari - CRI di Cremona, 2001). Per promuovere un effettivo diritto alla salute sono necessari specifici interventi di educazione sanitaria in questa direzione, che sappiano tener conto delle peculiarità di questa popolazione, prima tra tutte la necessità di formarsi il concetto stesso di prevenzione sanitaria.
5. Prevenzione dell'IVG: l'interruzione volontaria della gravidanza è uno dei problemi sanitari maggiori tra le donne straniere, che hanno tassi di abortività molto più elevati delle donne italiane, come evidenziato dalla già citata indagine del Ministero della Sanità. Gli interventi preventivi sono necessari, ed è anche necessario che essi vengano svolti in modo culturalmente sensibile, perché si agisce su di un'area (la fertilità, la maternità) che ha profondissime radici nella cultura di provenienza (Mazzetti, 2001).
6. Infine è venuto il momento di cominciare a pensare a una geriatria dell'immigrazione: la popolazione giovane e sana che abbiamo conosciuto finora sta cambiando; alcuni cominciano a diventare anziani, ed è possibile che il processo di invecchiamento avvenga con modalità almeno in parte peculiari, perché gli immigrati hanno non di rado avuto una vita assai logorante, sia per le difficoltà di impianto in Italia, sia per la scelta forzata di mansioni lavorative pesanti e pericolose.

Inoltre cominciano a essere segnalati casi di migrazione anziana: proprio come tante famiglie italiane, anche quelle degli immigrati si trovano di fronte al problema di come assistere i bambini quando i genitori sono al lavoro. E come tante famiglie italiane, quando possono, li lasciano ai nonni: così cominciamo a osservare casi di nonni chiamati dal paese per accudire i nipotini: un fenomeno demografico simpatico, testimone di un processo

integrativo ben avviato, e preziosissimo per la crescita psicologica dei bambini, che possono godere di affetti e di un ricco apporto anche della cultura di origine. Ma che a noi operatori sanitari può portare pazienti che ovviamente non hanno goduto dell'effetto migrante sano, e che anzi possono essere portatori di quadri clinici dovuti a vite spese in luoghi assai meno protetti del nostro paese quanto a promozione della salute. E allo stesso tempo è necessario pensare anche in termini di psicogeriatrics, perché invecchiare in terra straniera può indurre disagi, soprattutto quando si consideri quanto differente possa rivelarsi il ruolo sociale dell'anziano in culture diverse.

Vale la pena di pensarci e di cominciare a prepararci.

7. Infine, ma non certo ultima per importanza, accanto ai temi pediatrici, c'è la crescita psicologica dei bambini stranieri, l'entrata in un'adolescenza differente da quella conosciuta dai padri, che può indurre (e già talvolta induce, nelle prime avanguardie di minori che si affacciano su quest'età della vita) tensioni e incomprensioni familiari, oltreché sofferenze psichiche, per le quali rinviamo a altre pubblicazioni (Mazzetti, 1996, Colosimo e Mazzetti, 2000).

In conclusione, la medicina delle migrazioni, dopo poco più di un quindicennio nel nostro paese, è lungi dall'essersi stabilizzata. Proprio come i flussi migratori, continua a proporci profili cangianti, che costituiscono sfide nuove e creative a noi operatori della salute. Ci pare che valga la pena raccogliere queste sfide, stimolanti sul piano intellettuale e, al tempo stesso, necessarie per promuovere un futuro sereno nel nostro paese, dove gli immigrati cresceranno sempre più di numero, compenseranno le lacune causate dalla nostra denatalità, e costituiranno, semplicemente, una grande fetta di nuovi italiani. Hanno bisogno della nostra attenzione, non solo per ragioni umanitarie (alle quali fortunatamente una grande parte di cittadini italiani è sensibile), ma anche perché ci conviene: nessun paese può crescere sereno e in pace, se non si prende cura di una fetta così grande di suoi abitanti.

Bibliografia

- Bona, G., Zaffaroni, M., et al. (1998): Stato di salute dei neonati figli di immigrati. *Rivista Italiana di Pediatria*, 24: 713-718.
- Bona, G., Zaffaroni, M., et al. (1999): Valutazione dello stato di salute di neonati con genitori immigrati di diversa etnia. *Rivista Italiana di Pediatria*, 24/5 (suppl).
- Fortino, A., Pennazza, F., Boldrini, R., Randazzo, M., Marceca, M., Geraci, S. (2001): Rapporto nazionale sui ricoveri ospedalieri degli stranieri in Italia (dati SDO 1998). *Agenzia Sanitaria Italiana*, 10: 6-25.
- Colosimo, F., Mazzetti, M. (2000): Schiacciati tra due culture. *Famiglia Oggi*, 11, novembre 2000.
- Geraci, S., Marceca, M. (2000): Il profilo di salute dell'immigrato. In: Geraci, S.: *Approcci Transculturali per la Promozione della Salute*. Caritas Diocesana, Roma.
- Mazzetti, M. (1996): *Strappare le radici. Psicologia e psicopatologia di donne e di uomini che migrano*. L'Harmattan Italia, Torino.
- Mazzetti, M. (2001): *Il dialogo transculturale in medicina*. Carocci editore, Roma.
- Scuola per Assistenti Sanitari - CRI di Cremona (2001): *Donne Migranti. Indagine sulla condizione delle donne immigrate in provincia di Cremona*. CRI, Cremona.

L'accesso ai servizi sanitari dell'utenza straniera
**“Un progetto di ricerca per l'ascolto dei bisogni dei clienti stranieri e
dei professionisti dell'azienda”**

M. Manghi

Azienda Unita' Sanitaria Locale REGGIO EMILIA

relatore Ostetrica Paola Ferretti

Riassunto

Si tratta di un'indagine condotta nel periodo aprile/dicembre 2000 dalla AUSL di Reggio Emilia, con la consulenza dell'Agenzia Multilab di Reggio Emilia, sui temi inerenti: "L'accesso ai servizi sanitari dell'utenza straniera" analizzati attraverso la metodologia denominata: "analisi della voce del cliente" che consiste in interviste individuali e interviste di gruppo (focus group).

Obiettivi della ricerca: individuare i valori, i bisogni, i comportamenti, in che misura li soddisfiamo e in che misura non lo facciamo, i punti di forza e di debolezza dell'azienda per definire azioni di miglioramento che soddisfino le esigenze dei CLIENTI STRANIERI e dei PROFESSIONISTI.

Si è partiti dalla costituzione di un gruppo di progetto responsabile dell'indagine (gruppo Pilota) e all'individuazione da parte del gruppo pilota del campione da intervistare, quindi la costituzione del gruppo G.P.I.E. (Gruppo di Preparazione dell'Indagine Esterna) e del gruppo tecnico formato da operatori front-line per l'indagine sia interna che esterna (cittadini stranieri e stakeholder).

Strumenti dell'indagine: interviste qualitative, focus groups, questionario a risposta chiusa.

Le tappe successive sono

State: la formazione su modalità di conduzione delle interviste, programmazione dell'indagine, effettuazione dell'indagine, raccolta, analisi delle informazioni e selezione, focalizzazione sulle principali criticità e temi, produzione diagrammi, organizzazione delle informazioni elaborate e stesura del report finale.

Consapevoli del fatto che i dati e le valutazioni raccolte sui problemi dell'accesso ai servizi da parte dei cittadini di provenienza straniera non rappresentano certo il passo conclusivo di una operazione di ricerca ma sono uno strumento aperto a successivi contributi, sono utili per trarne opportuni spunti per il miglioramento dei servizi, dei comportamenti organizzativi, delle prestazioni dell'Azienda stessa in una prospettiva di miglioramento continuo.

Aids e infezioni da HIV nelle popolazioni della bassa Etiopia: Osservazioni emerse durante uno studio antropologico.

A. Gennaro

La comunicazione in oggetto nasce da un'osservazione epidemiologica durante uno studio antropologico da me intrapreso otto anni addietro in Etiopia e più specificatamente in una remotissima regione chiamata Valle dell'Omo Bottega, che si trova all'estremo meridionale del paese quasi al confine con il Sudan Equatoria.

Questa zona comprende le regioni del Kefa e del Gamu Gofa.

Proprio questo particolare isolamento delle popolazioni che vi abitano, da qualsivoglia forma civiltà e di contaminazione esterna, mi ha permesso di iniziare a margine degli intenti che mi ero prefissato all'inizio, cioè l'esclusivo studio antropologico, una misurazione statistica sulle morti di sicura malattia da HIV.

L'interesse sempre crescente mi ha portato in seguito a spostare le mie osservazioni su altre popolazioni dell'Etiopia stanziate più a nord ed ad est, meno isolate e con un livello di civiltà maggiore. Mi riferisco alle regioni dell'Ilubabor, del Sidamo, del Gumuz e del Beni Sciangul.

Prima di procedere oltre è necessario a questo punto fare un brevissimo richiamo etnologico sulle popolazioni etiopiche.

L'Etiopia, proprio per le sue radicate tradizioni etniche e religiose, rappresenta nell'intera area africana, un microcosmo a parte e quindi di più facile osservazione per una indagine epidemiologica.

Ad esempio, per quanto riguarda la prostituzione, che nell'intera area africana siamo abituati a vedere esclusivamente nelle più grandi città dove di più gravitano commercio e turismo, in Etiopia, la prostituzione è un fenomeno particolare poiché presente anche nei più piccoli e sperduti villaggi dove esistono delle vere e proprie "capanne di ospitalità."

In oltre nella millenaria tradizione etiope esistono tre tipi di matrimonio di cui il primo esclusivo degli ecclesiastici, religioso ed indissolubile; il secondo, detto "calchidan", è più diffuso e contempla la possibilità di divorzio pur essendo un matrimonio religioso. Il terzo è un'unione matrimoniale a contratto e a tempo in cui si realizza una vera e propria prestazione d'opera. Infatti, la donna s'impegna ad assolvere le normali prestazioni di moglie e di donna di casa dietro mercede. Dopo un anno il contratto si può rinnovare o estinguere.

Accanto a una certa libertà di accoppiamento è possibile trovare tracce di concubinaggio se non di poligamia.

Specie donne di alcuni gruppi etnici fruiscono indisturbate di libertà extraconiugale.

Per quel che riguarda la prostituzione propriamente detta esiste sotto forma di rapida prestazione nei pressi dove si svolgono i mercati tradizionali o prestazione a contratto che si esaurisce nell'arco di una notte.

La prostituta, per tradizione, è rispettatissima da chiunque e lei stessa si vanta di essere utile all'uomo come se svolgesse una vera e propria opera sociale.

In questa estrema libertà sessuale la diffusione della malattia da HIV ha avuto la massima espansione come in tutte le altre zone del continente nelle città e nei grossi paesi, mentre le zone più periferiche, quelle a cui ho accennato all'inizio, ne sono rimaste quasi immuni,

nonostante la prostituzione, ma fino al momento in cui sono comparsi degli umili presidi sanitari.

Sia chiaro che come presidi sanitari intendo un luogo privo di qualsiasi profilassi antinfettiva dove una o più persone hanno la capacità tecnica di effettuare una medicazione a piatto o al massimo dare qualche punto di sutura.

I casi di morte da HIV nei villaggi sono cominciati ad essere più frequenti da quando hanno fatto comparsa questi posti sanitari e maggiormente tanto è più vicino il villaggio e vi è una maggiore frequenza di richiesta di prestazione.

Addirittura nei villaggi più vicini è venuto in uso negli ultimi anni di chiedere di aver praticata la circoncisione in tali posti se gli addetti appartengono alla stessa etnia.

La totale mancanza di sterilizzazione degli strumenti, il riciclaggio del materiale monouso (come ad esempio le siringhe ed i deflussori come strumento di provocazione d'aborto) di provenienza dagli ospedali cittadini ha fatto sì che in questi ultimi anni si è avuto un brusco incremento della malattia da HIV in queste regioni.

Questo stesso incremento non si è avuto in due ristrette zone del Sidamo e precisamente a Mikke e a Yirga Chefe dove sono presenti due presidi sanitari italiani rispettivamente gestiti dalle missionarie Figlie della Misericordia e della Croce e dalle suore Francescane che attuano un'attenta profilassi.

Gli indigeni, anche i più primitivi, oggi sanno distinguere la morte da "malattia che asciuga il sangue" ma è chiaro che nessuna forma prodromica è identificabile come tale dagli stessi.

Se mai una donna potesse essere sottoposta a visita ginecologica il riscontro di una qualsivoglia patologia vulvovaginale sarebbe al 90% una complicazione da HIV, visto la resistenza congenita della donna africana non immuno depressa alle infezioni genitali.

CONCLUSIONI

Affinché le popolazioni africane che sin adesso sono state in parte risparmiate dalla diffusione dell'AIDS possano essere ulteriormente salvaguardate intravedo due fondamentali rimedi:

- 1) Totale distruzione del materiale monouso utilizzato negli ospedali onde evitarne il riciclaggio ad opera di individui senza scrupolo che opera tra il personale paramedico.
- 2) Una didattica itinerante eseguita da medici o personale qualificato che insegni ai responsabili dei piccoli presidi sanitari ad effettuare una corretta profilassi di sterilizzazione.

Purtroppo i governi africani e l'O.M.S. hanno portato avanti solamente una pubblicità per la prevenzione dell'M.S.T. con l'uso dei condom tralasciando completamente l'evenienza chirurgica.

Immigrazione ed infezione da HIV

F. Castelli, I. El-Hamad, M.C. Pezzoli

Dipartimento di Malattie Infettive e Tropicali dell'Università di Brescia. Spedali Civili di Brescia.

Centro di Riferimento per la Patologia del Migrante

Solo da metà degli anni '80 il flusso migratorio proveniente dai Paesi in via di sviluppo (un tempo diretto quasi esclusivamente verso altri Paesi dell'Europa Occidentale quali Germania, Francia, Svizzera) o verso gli USA, ha investito anche l'Italia. Dopo una prima fase in cui il nostro Paese era in realtà considerato una stazione intermedia di un progetto migratorio essenzialmente finalizzato agli Stati Uniti d'America, da circa un decennio sempre più migranti hanno trovato sistemazione definitiva in Italia, configurando il fenomeno come ormai stabilmente presente e giunto alla seconda generazione con i ricongiungimenti familiari e la nascita dei figli sul territorio italiano. I dati ufficiali riportano una presenza di immigrati regolari pari ad un milione e settecento mila persone ed una quota di immigrati clandestini o comunque irregolari variabile a seconda delle diverse stime. Attualmente l'impatto dell'immigrazione sulla popolazione autoctona è pari al 3% ed è prevedibilmente destinato ad aumentare nel prossimo futuro (1). Il crescente flusso di immigrati, particolarmente concentrato negli ultimi anni, ha comportato inevitabilmente una serie di problemi sia di ordine socio-culturale sia anche di carattere igienico-sanitario. Nell'ambito della complessa tematica delle problematiche connesse all'immigrazione, gli aspetti sanitari assumono certamente un'importanza prioritaria per le potenziali implicazioni che possono avere a livello di sanità pubblica. E' noto che gli immigrati sono persone sostanzialmente in buona salute all'arrivo, in ragione di una naturale selezione al momento della partenza. Tuttavia, l'assistenza sanitaria è un bisogno che non tarda a manifestarsi così che gli immigrati, dopo un intervallo di benessere relativamente lungo, diventano un gruppo di popolazione più vulnerabile dal punto di vista sanitario per il concentrarsi di numerosi fattori di rischio per la salute. Alcuni di questi erano già presenti, seppure silenti, nella fase precedente la migrazione, altri vengono acquisiti successivamente e a causa della migrazione.

Notevole importanza è stata rivolta alla problematica delle malattie a trasmissione sessuale, in particolare alla patologia da HIV nella popolazione immigrata. Numerose osservazioni sembrano indicare che l'infezione da HIV possa configurare una patologia a rischio per la popolazione immigrata. Tali osservazioni si basano, almeno sul piano teorico, sulla presenza di alcuni fattori di rischio riconosciuti: la provenienza da Paesi ad alta endemia per MST/HIV, le disagiate condizioni di vita nel Paese ospitante spesso ai limiti dell'emarginazione, la predominanza tra gli immigrati di soggetti di età giovane e sessualmente attivi, la condizioni di *single*, la diffusione del fenomeno della prostituzione femminile e transessuale e la scarsità di campagne di informazione mirate alla prevenzione delle MST in tali popolazione che rappresenta un *target* difficilmente raggiungibile mediante gli usuali canali.

Tuttavia, attualmente non sono disponibili sufficienti dati a livello nazionale sulla reale diffusione dell'infezione da HIV nella popolazione immigrata e non vi sono evidenze di un ruolo degli immigrati nella trasmissione dell'infezione da HIV nella popolazione autoctona. Anche i dati della letteratura nazionale ed internazionale riportano tassi variabili di

prevalenza dell'infezione da HIV in alcune casistiche di immigrati. Per quanto concerne i casi di AIDS in Italia, i dati del Registro Nazionale AIDS mostrano che il contributo degli stranieri alla casistica totale di casi di AIDS aggiornata al 2001 si aggira intorno al 5,2%. Se si considera l'andamento temporale, si evidenzia un incremento della proporzione di casi notificati in cittadini stranieri dal 3% nel periodo 1983-93 all'14,4% nel primo semestre del 2001 (2). Questo dato deve essere interpretato con cautela, in quanto anche il numero totale degli immigrati è aumentato notevolmente, e potrebbe riflettere un più tardivo accesso alle strutture sanitarie con conseguente minor tasso di utilizzazione della HAART. In riferimento alle altre MST, che notoriamente possono facilitare l'infezione da HIV, il rapporto ufficiale del Sistema di Sorveglianza Sentinella istituito presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), relativo a 52.515 notifiche di casi MST pervenute tra il 1991 e il 1996, mette in evidenza che 5.558 (10,6%) casi di malattie a trasmissione sessuale sono state diagnosticate in individui stranieri. La distribuzione dei pazienti infetti per area geografica di origine ha mostrato una sostanziale concentrazione di casi osservati tra le persone originarie dall'Africa (49%). Inoltre, i risultati delle sierologia per HIV eseguita su un campione di 1912 soggetti evidenziano una prevalenza d'infezione del 5,7% tra gli immigrati rispetto al 9,4% registrata tra gli italiani afferenti ai centri pubblici MST (3). I soggetti immigrati dediti alla prostituzione evidentemente configurano un potenziale gruppo rischio per le MST. Non vi sono tuttavia dati ufficiali in Italia sulla prostituzione straniera a causa dell'elevata mobilità e della condizione di clandestinità di un'ampia fetta di tale popolazione. La maggior parte dei dati attualmente disponibili sono forniti da Unità Mobili attive in alcune città per attuare misure preventive per l'AIDS e le MST. Il progetto Europeo TAMPEP (transnational AIDS/STD prevention among migrant prostitutes in Europe) attivo dal 1994 in diverse città del Nord Italia, cui partecipano anche l'Istituto Superiore di Sanità e il Ministero della Sanità, ha dimostrato che la prostituzione straniera di strada è la forma più comune e supera largamente quella italiana raggiungendo in alcune città il 90% del totale. La nazionalità delle prostitute immigrate varia a seconda della Città considerata, ma si riscontra una prevalenza di donne provenienti dall'Africa sub-sahariana, soprattutto Nigeria, seguita da Albania ed ex Unione Sovietica e da uomini transessuali e donne provenienti dall'America Latina. La maggior parte delle prostitute immigrate sono generalmente in buona salute e la diffusione dell'HIV sembra limitata grazie ad un sufficiente uso del preservativo con il cliente. Tuttavia l'alto numero di gravidanze indesiderate e di aborti può essere compatibile con uno scarso uso del condom con il proprio partner abituale.

Nei soggetti immigrati, le modalità di trasmissione dell'infezione da HIV segue essenzialmente la via sessuale, preferenzialmente eterosessuale, nei migranti dal continente africano ed omosessuale nei migranti provenienti dalla America Latina. La prevalenza di infezione da HIV nei migranti è dunque, in analogia con quanto avviene nella popolazione italiana, legata a determinati comportamenti a rischio, propri di alcune sottopopolazioni di migranti. In questo ambito è importante prendere in considerazione alcune caratteristiche peculiari che possono rappresentare, almeno in parte, dei potenziali elementi di difficoltà nell'approccio clinico, diagnostico e terapeutico dell'infezione. Innanzitutto, sul piano clinico la "sindrome simil-mononucleosica" che si registra nel 53-95% dei casi di infezione acuta in studi condotti su popolazione autoctona nei paesi industrializzati (4), può risultare meno frequente o meno intensa in alcune etnie, come riportato in uno studio di coorte condotto in Uganda nel 1997 (5). In quel contesto, la sintomatologia clinica da

sieroconversione acuta è stata riscontrata solo nel 18% dei soggetti, con un minore numero di sintomi e non condizionata da sierotipi di HIV. Inoltre, studi epidemiologici condotti negli Stati Uniti con appositi modelli matematici, suggeriscono che alcuni fattori biologici come la mutazione del corecettore di chemochine CCR5, possono essere correlata ad una maggiore suscettibilità all'infezione da HIV e ad una più rapida progressione di malattia in soggetti americani africani rispetto ai bianchi (6). Per quanto riguarda le malattie marker di AIDS, vi sono numerose segnalazioni di una differente proporzione e tipologia di alcune patologie tra pazienti locali e soggetti immigrati provenienti dall'Africa, come ad esempio il maggiore riscontro di tubercolosi e di nefropatia HIV-correlata in questi ultimi (7).

Inoltre, l'espansione pandemica dell'infezione da HIV e soprattutto i fenomeni migratori, che hanno permesso contatti tra popolazioni appartenenti a regioni geograficamente molto distinti tra loro, hanno reso possibile la coinfezione dello stesso individuo da parte di varianti diverse di HIV ed ha permesso il fenomeno della ricombinazione tra diversi virus. Oggi in Italia deve essere tenuta in considerazione la possibilità di infezione da HIV-2, HIV-1 gruppo M cluster non B e HIV-1 gruppo O. Di fronte a soggetti provenienti da aree a rischio o venuti a contatto con essi è importante considerare la possibilità di infezione da parte di questi virus per la corretta interpretazione dei test sierologici per la diagnosi e genetici di monitoraggio del trattamento, ma soprattutto al momento di scegliere le più appropriate terapie antiretrovirali e valutare le variazioni di carica virale.

Infine, l'estrema diversificazione etnica degli immigrati (sono presenti in Italia oltre 150 nazioni diverse), l'alta mobilità territoriale, l'appartenenza ad altre fedi religiose ed i possibili diversi concetti di salute e malattia, costituiscono barriere linguistico-culturali che spesso si frappongono tra gli operatori sanitari ed il paziente immigrato. La differenza culturalmente fondata dei modelli esplicativi nella comunicazione con i pazienti stranieri mette in evidenza, specialmente nel caso di un'infezione cronica come quella da HIV, la necessità di un approccio ritagliato sulla specificità del soggetto e l'intervento di un'efficace mediazione interculturale. Prima ancora degli aspetti di relazione, appare importante la problematica dell'accesso alle strutture sanitarie e la piena fruizione delle prestazioni socio-sanitarie da parte degli immigrati. La recente legislazione nazionale in tema di assistenza sanitaria agli immigrati ha garantito un largo accesso agli immigrati compresi quelli irregolari anche per gli interventi di profilassi internazionale e la profilassi, diagnosi e cura della malattie infettive. Tuttavia, la persistenza di una documentata realtà di bassa iscrizione al Sistema Sanitario Nazionale degli immigrati regolarmente soggiornanti e la presenza di una quota non trascurabile di immigrati irregolari o clandestini, verosimilmente a maggiore rischio di contrarre l'infezione da HIV, configura un'ulteriore difficoltà di approccio alla malattia da HIV in questa popolazione.

Bibliografia

1. Dossier Statistico Immigrazione 2001 della Caritas. Anticipazioni, pag. 1-8.
2. Notiziario dell'ISS, novembre 2001
3. Suligoì B. et al "Le malattie sessualmente trasmesse e l'infezione da HIV negli stranieri", In: Il medico e il paziente immigrato, Pasini W.. News and News 3: 113-145
4. Schacker T. et al, "Clinical and epidemiological features of primary HIV infection", Ann. Intern. Med. 1996, 125: 257-264
5. Morgan D. et al, "Absence of a recognizable seroconversion illness in Africans infected with HIV-1", AIDS 2001, 15: 1575-1586
6. Ping An et al, Influence of CCR5 promoter haplotypes on AIDS progression in Africa-Americans", AIDS 2000, 14: 2117-2122
7. Dale J. Hu et al, "How important is Race/Ethnicity as an indicator of risk for specific AIDS-defining conditions?", J. AIDS 1995, 10: 374-380

Migrazioni spirituali

G. Slonina Ubaldini, psichiatra, C.S.M. “Morselli” A.U.S.L., Via Amendola, 2

Immagini e racconti di viaggi, di incontri, di scontri, e di scambi fra il visibile e l'invisibile, in Asia, in America, in Italia.

Le immagini e il filmato (amatoriale) che verranno presentati al Congresso, si riferiscono a diversi momenti di un percorso personale di ricerca cominciato molti anni fa.

Attraverso una metaforica cavalcata partiremo da uno degli Ottomila Himalayani per attraversare l'Asia Centrale, il Tibet, la Mongolia e la Siberia, e di lì, seguendo uno dei più celebri percorsi migratori dei primordi, arriveremo fino in America.

Questo percorso renderà possibile qualche riflessione sui fondamenti dello sciamanesimo e su alcune vicende di sradicamento, di sopravvivenza o di avventure sincretistiche a cui lo sciamanesimo è andato incontro in quei luoghi.

Il filmato riguarda invece un grande rituale sciamanico celebrato nei nostri luoghi (nell'alto Montefeltro nel 2001), da due grandi sciamani buryati: Tseren Zarin Boo e Nadia Stepanova.

Tseren Zarin Boo è un anziano maestro buryata che vive in Mongolia, nato alla fine degli anni venti, che ha raggiunto il grado di iniziazione più alto: quello di Zarin nella propria tradizione. Zarin Boo è il “Polo” attorno al quale si sta riaggregando la rinascita dello sciamanesimo buryato dopo i decenni della persecuzione comunista. Egli è una vera e propria Biblioteca vivente della tradizione buryata.

Nadia Stepanova Presidente dell'Associazione degli Sciamani Buryati e dell'Associazione degli Sciamani dell'Asia Centrale, è anche da anni coinvolta in seminari di approfondimento dello sciamanesimo in Italia e in altri paesi occidentali; vive in Buryatia (C.S.I.).

Non è certo una novità il fatto che alcuni occidentali siano presenti a diverso titolo e con diversissimi propositi nei rituali sciamanici, ma in questi ultimi anni si è verificata anche un'inversione di rotta, perché sciamani ed esponenti di diversi lignaggi tradizionali hanno cominciato a venire presso di noi, non solo quali ambasciatori delle proprie culture, ma anche per celebrare rituali e cerimonie delle loro tradizioni sulla nostra terra e con la nostra gente.

Le culture sciamaniche rimaste “integre” grazie all'isolamento dal resto del mondo sono sempre più rare. Non bisogna del resto dimenticare che lo sciamanesimo è la più arcaica modalità di rapporto con il sacro. È stato quindi inevitabile il confronto con le credenze religiose e con i sistemi politico-sociali che nei secoli si sono succeduti e radicati nelle aree dove la tradizione sciamanica era già presente.

Gli incontri e gli scontri con il buddhismo, il cristianesimo, l'islam, l'imperialismo e il comunismo, hanno spesso comportato un totale e sanguinoso sradicamento o una forte marginalizzazione e frantumazione della tradizione sciamanica.

In molti contesti tuttavia, si sono anche prodotte interessanti forme di sincretismo oppure è emersa una combattiva capacità di mantenere, anche a prezzo di durissimi scontri, la propria tradizione.

Lo sciamanesimo è un complesso di credenze e di pratiche dotate di una grande duttilità, e quindi della capacità di acclimatarsi ad un nuovo potere spirituale che si manifesti,

cooptandolo eventualmente nel proprio Pantheon e nei canti di invocazione per convogliarne la forza nell'agire pratico.

Alce Nero era diventato cattolico, ma non aveva per questo cessato di essere un medicine man della tradizione Lakota.

Nella nostra epoca le società tradizionali sono ancora una volta messe duramente alla prova nelle loro capacità di adattamento e di sopravvivenza, dal processo di globalizzazione messo violentemente in atto dalla modernità. Si assiste anche ad una progressiva estinzione di quelle condizioni di isolamento dal resto del mondo, che avevano permesso il mantenimento dell'integrità di alcune tradizioni sciamaniche.

Può anche dispiacere, ma oggi è possibile che uno sciamano salga sul nostro stesso aereo, o che si trovi a vivere in una delle repubbliche più informatizzate della Siberia, come la Buriatya, senza per questo perdersi e senza cessare di essere riconosciuto e frequentato come sciamano alla propria gente che, a sua volta, si è abituata ad usare oltre al cavallo anche l'automobile, il treno o l'aereo per i propri spostamenti.

Non ci è dato di sapere quali saranno gli esiti dei profondi processi mutativi in atto nelle diverse regioni del mondo.

In Occidente si è assistito, dagli anni settanta fino ad oggi ad uno straordinario incremento dell'interesse per lo sciamanesimo.

Il numero dei volumi sull'argomento esposti in libreria non sarebbe giustificabile, se l'interesse per le tradizioni sciamaniche fosse rimasto esclusivo appannaggio di una cerchia relativamente ristretta di professionisti "addetti ai lavori". (A questi: etnologi, antropologi, linguisti e studiosi di storia delle religioni, si sono più recentemente aggiunti gli etnopsichiatri e gli psicoterapeuti transculturali).

Questi fenomeni non stati soltanto indotti da alcune straordinarie opere scritte sull'argomento, ma anche da scelte precise e certo non indolori, operate da sciamani e da eminenti rappresentanti dei diversi lignaggi e delle culture tradizionali.

Ambasciatori delle società tradizionali stanno incontrando istituzioni, associazioni e persone per trasmettere al mondo il messaggio della propria cultura.

Inoltre, pur con conflitti a volte laceranti, è stato concesso a un numero crescente di occidentali di partecipare a pieno titolo a cerimonie e rituali sciamanici. E non sono poche o poco influenti gli sciamani che hanno risposto alla chiamata di chi li invitava a recarsi anche lontano dalla loro terra, per trasmettere insegnamenti a persone non appartenenti alle loro etnie e ai loro clan.

Cercando di focalizzare l'attenzione solo alle modalità più alte di questa interazione non ci si può non chiedere che cosa spinga alcuni occidentali verso gli sciamani, e che cosa porti gli sciamani ad aprirsi al resto del mondo con modalità nuove.

In Francia nel 1997, presso il centro Karmaling, si sono incontrati esponenti di tradizioni religiose e sciamani provenienti da Europa, Asia, Africa, America e Oceania che hanno celebrato i propri rituali in presenza di Sua Santità il Dalai Lama che aveva, a sua volta, consacrato il luogo di quell'incontro. Anche in quel contesto più voci si erano levate per affermare che: "il tempo dell'isolamento è finito ed è giunto il tempo della condivisione".

In questo cambiamento credo che giochi un ruolo importante la consapevolezza della precarietà dello stato di salute del pianeta terra e le speranze riposte nelle capacità riequilibranti del proprio sapere e del proprio saper fare.

Non credo tuttavia che si possa attribuire agli sciamani un intento missionario. Tutte le scelte di apertura che mi sono trovato ad incontrare erano, di fatto, state imposte agli

sciamani da sogni o da visione che avevano ricevuto e che erano state dichiarate conformi alle profezie presenti nei lignaggi di appartenenza. In altre occasioni è stata la presenza fisica dello straniero in un determinato momento a venire considerata quale segno sufficiente per permettere l'accesso ad una particolare cerimonia.

Anche le modalità della condivisione e della trasmissione degli insegnamenti non sono determinate da un afflato ecumenico. Ricordo che alla fine di una cerimonia notturna del peyote, Guadalupe, un'anziana cantadora huichol, dopo aver passato tutta la notte immobile davanti al fuoco ci disse: "Adesso che è sorto il sole e che la cerimonia è finita devo dirvi quello che Tatewari (il fuoco) mi ha mostrato e dirvi tutta la verità altrimenti Tatewari e la Medicina (il peyote) rivolterebbero contro di me il loro potere".

Qualche giorno prima della cerimonia, mentre stavamo rientrando da un bagno nelle sorgenti calde sul Rio Grande nei pressi di Taos, Guadalupe si era seduta e ci aveva mostrato un luogo. Disse che quello era stato un luogo di potere, e che adesso stava languendo perché gli uomini non onoravano più con offerte e preghiere. "Questi sono i comportamenti degli uomini che fanno ammalare il pianeta. Se non c'è reciprocità, se non si offrono doni a Padre Cielo e a Madre Terra, Madre Terra cesserà di offrire i suoi doni".

Le culture sciamaniche non vivono il mondo come un terreno da dominare e da sfruttare, ma come un unicum vivente di cui prendersi cura; l'operare sciamanico è un tentativo di riarmonizzare gli squilibri che si producono nel gioco fra le forze della creazione e quelle della distruzione.

Forse proprio la necessità di sentirsi immersi in questo continuum tra la vita e la morte, fra la salute e la malattia, fra il Cielo e la Terra, fra il visibile e l'invisibile di cui si avverte la presenza, a spingere un numero crescente di occidentali a bussare alle porte degli sciamani.

Le richieste che più spesso si sentono formulare sono richieste di aiuto per ricostruire quei ponti e quei canali con i mondi naturali e soprannaturali che il processo di civilizzazione ha reciso, gettando l'uomo in un rapporto di alterità con il mondo.

AIDS and Sexually Transmitted Diseases (STD) in Vulnerable Groups in Rome (Italy)

A. Morrone, L.Toma, G.Franco, L.Nosotti
San Gallicano Hospital, Rome, Italy

Introduction: STD and HIV/AIDS infection still represent a major public health problem for their psychological and economical impact. **Methods:** From 1985 to 30 April 2001, in the Department of Preventive Medicine for Migration, at S. Gallicano Hospital, Rome, Italy, 46,169 immigrants were submitted to first medical examination: 53.2% were males and 4,170 (10%) under 12. **Results:** STD diagnosis represented 16% of the total, with an increasing trend compared to the first half of the eighties. 78% of the STD cases were males, mean age 24 years, 94% heterosexual. In 1999 among 6,876 immigrants examined 1,023 (736 men) homeless were selected as follows: 290 Italians and 733 foreigners: 0-17 years 5.2%; 18-34, 46.2%; 35-54, 41.6%; over 55 7,1%. 80% of these patients gave their consent to undergo Anti-HIV Antibodies (Ab) tests. Italian homeless HIV/AIDS affected were 2.2%, while foreigners were 3.2%. HIV/AIDS positive foreigners were from Africa (36.0%), Central and South America (18.0%), Asia (22.0%), eastern-Europe (24.0%). Latest data (June 2000) published by AIDS Operative Centre of Istituto Superiore Sanità show constant, fast decrease in Aids incidence since June 1995, but it appears referred only to Italians. Indeed distribution of AIDS cases by countries shows constant increase in time among foreigners: from 3.0% between 1982 and 1993 to 14.2% in the first six months of 2000.

Conclusions: Increased incidence of STD and HIV/AIDS among foreigners appears to confirm the hypothesis, also suggested for other pathologies, that increasing number of people migrate to seek treatment. Should this trend be confirmed in other countries, considered the high costs of current antiretroviral therapies, future public health policies will need to take under careful consideration the changed perspectives of prevention, diagnosis and therapy.

Sorveglianza della malattia tubercolare nella provincia di Reggio Emilia: follow-up del malato e dei contatti a rischio.

M. Greci*, S. Pergolizzi **, C. Perilli*, R. Rispoliati*

*Servizio Igiene Pubblica di Reggio Emilia

**Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva - Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

Cenni di epidemiologia

Negli ultimi quindici anni, in diversi paesi industrializzati, si è osservata una modificazione nell'andamento dell'incidenza della tubercolosi (TB), in primo luogo negli Stati Uniti e in seguito anche in alcuni paesi europei. In Italia a partire dagli anni '80 l'incidenza di TB polmonare ha subito un arresto nel trend di diminuzione attestandosi attualmente intorno a 6 casi/100.000 l'anno (**Fig.1 e 2**), contrariamente all'incidenza di TB extra-polmonare che ha subito un rapido aumento sino a raggiungere più di 2casi/100.000 all'anno (**Fig.3**). I tassi d'incidenza, inoltre, non sono omogenei su tutto il territorio nazionale. I dati evidenziano un gradiente nord-sud (incidenza alta - bassa) probabilmente dovuto a lacune nel sistema di notifica (le regioni del Nord hanno notificato tra il 1985 e il 1995 il 67,9% dei casi a livello nazionale. *"La tubercolosi in Italia: 1955-1995" ISS*). L'andamento della malattia tubercolare nella provincia di Reggio Emilia è in linea con l'andamento della stessa a livello regionale e nazionale.

Uno dei fattori che caratterizzano e che può spiegare in parte il cambiamento del trend della TB negli ultimi anni è la proporzione crescente di casi notificati in cittadini stranieri provenienti nella maggior parte dei casi da paesi ad alta endemia tubercolare (PVS). In Italia, nel 1998 i casi di TB in immigrati hanno rappresentato il 17% del totale dei casi notificati a livello nazionale rispetto all'11% del 1995, percentuale molto più elevata se si considerano particolari classi di età: 20% nella classe di età 15-44 anni. In Emilia-Romagna la proporzione di casi di TB in immigrati si attesta a livelli superiori rispetto alla media nazionale: 24% nel 1999. Ciò può essere spiegato analizzando il fenomeno migratorio che ha visto passare l'incidenza degli stranieri residenti sul totale della popolazione regionale dall'1,1% del 1993 al 2,77% del 2000. La provincia di Reggio Emilia, in particolare, risulta presentare la quota maggiore di stranieri regolari sulla popolazione residente a livello regionale: 3,7% all'1/1/2000 (**Fig.4**). Dal 1998 in seguito all'apertura del "Centro per la Salute della famiglia straniera" (CFS) dedicato agli stranieri temporaneamente presenti (STP) si è potuto evidenziare un'importante quota di immigrati irregolari presenti nel territorio provinciale. Dai dati ufficiali risulta che l'etnia prevalente fra i regolari è quella Nord-Africana (**Fig. 5 e 6**), mentre da una valutazione dei dati raccolti al CFS emerge una netta prevalenza dell'etnia cinese negli immigrati irregolari. Valutando la distribuzione per area di provenienza dei casi di TB notificati nella nostra provincia dal 1999 al 2001 in cittadini stranieri risulta una maggiore proporzione di immigrati dall'Asia, in particolare Cina (irregolari) e Pakistan (regolari) (**Fig.7**).

Interventi per migliorare il controllo della malattia tubercolare

L'OMS definisce che il controllo della TB si basa sulla rapida individuazione e sulla guarigione dei malati con l'obiettivo di trattare con successo l'85% dei casi di TB polmonare con l'esame diretto positivo.

Il PSN 1998-2000 individua come priorità il monitoraggio del trattamento dando come obiettivo il completamento del trattamento farmacologico in almeno l'85% dei casi diagnosticati.

Il PSR 1999-2000 ribadisce il concetto dell'importanza della diagnosi precoce e il tempestivo avvio del trattamento antitubercolare affinché sia completato da almeno l'85% dei casi correttamente diagnosticati e avviati al trattamento; inoltre raccomanda l'istituzione di sistemi di sorveglianza integrati fra ambito ospedaliero e territoriale.

In ottemperanza alla normativa vigente dal 1999 è stato istituito un "Gruppo interaziendale provinciale per la sorveglianza e il controllo della TB" composto da clinici, igienisti, laboratoristi, medici del lavoro, assistenti sanitari dei Servizi Territoriali e dell'Azienda Ospedaliera impegnati nell'attività di cura e profilassi della tubercolosi. I compiti di tale gruppo sono:

-produrre protocolli tecnici operativi ad uso locale per rendere omogenee le azioni da intraprendere nella sorveglianza della malattia tubercolare

-formare gli operatori coinvolti nella diagnosi terapia e prevenzione della tubercolosi

Le priorità individuate dal gruppo per il controllo del diffondersi della malattia sono state:

- la diagnosi precoce;
- il trattamento farmacologico efficace;
- il follow-up del malato e supervisione del trattamento;
- l'individuazione precoce, sorveglianza e trattamento dei contatti a rischio.

Per garantire un controllo più efficace della malattia tubercolare abbiamo ripensato il sistema di sorveglianza, identificato nuove soluzioni organizzative, integrato i servizi operanti a livello locale.

Di qui è nata la stesura di una procedura riguardante la: " **SORVEGLIANZA DELLA MALATTIA TUBERCOLARE**: follow-up del malato(dalla diagnosi al termine del trattamento) - Sorveglianza dei soggetti esposti all'infezione" per l'applicazione a livello locale del documento di linee-guida nazionali per il controllo della malattia tubercolare del 17/12/98.

Il progetto complessivo prevede:

- ✓Istituzione del Dispensario funzionale
- ✓Organizzazione dell'attività di controllo sulla TB
- ✓Modalità di ricovero e isolamento di persone affette da TB contagiosa o sospetta
- ✓Controllo dell'adesione dei pazienti al regime chemioterapeutico e dei contatti alla chemioterapia preventiva (compresa la possibilità della DOT)
- ✓Diffusione delle procedure a tutti i sanitari coinvolti.

OBIETTIVI: fornire una modalità omogenea di comportamento agli operatori sanitari per effettuare una diagnosi precoce e un corretto follow-up del malato affinché almeno l'85% dei casi diagnosticati porti a termine il trattamento.

Per meglio raggiungere i nostri obiettivi abbiamo lavorato su alcuni punti deboli del sistema e creato alcuni punti di forza sotto elencati:

Dispensario funzionale: coordinamento strutturato tra gli operatori socio sanitari coinvolti nel controllo della tubercolosi in modo da garantire la gestione integrata del singolo caso, necessaria per un adeguato controllo della malattia tubercolare e per i risvolti che può avere in sanità pubblica.

Centri specializzati di riferimento per la diagnosi, terapia e profilassi della tubercolosi: nell'ambito dell'Azienda USL e dell'Azienda Ospedaliera sono stati individuati dei Centri deputati al controllo della malattia tubercolare:

- Servizio Igiene Pubblica: per l'inchiesta epidemiologica, lo screening dei soggetti a rischio, la sorveglianza epidemiologica e la valutazione dei programmi di controllo
- Le UO di Pneumologia e Malattie Infettive dell'Azienda Ospedaliera per il ricovero dei malati
- Ambulatori di Pneumologia e Malattie Infettive per il follow-up dei malati alla dimissione
- Ambulatorio Pneumologico del territorio per il follow-up dei contatti a rischio adulti
- Ambulatori Pediatrici dell'Azienda Ospedaliera e del Presidio Ospedaliero (nei distretti ove esiste un Ospedale con Pediatria) per il follow-up dei bambini a rischio
- Centro per la Salute della Famiglia Straniera per il follow-up dei soggetti stranieri irregolari

Diagnosi precoce:

- a. sensibilizzazione di tutti i medici al problema tubercolosi (patologia da prendere in considerazione in fase di diagnosi differenziale soprattutto in soggetti appartenenti a certe categorie a rischio);
- b. di fronte ad una sospetta malattia tubercolare polmonare il medico richiederà immediatamente un Rx del torace e l'esame diretto dell'espettorato; in caso di es. diretto positivo o Rx altamente suggestivo di TB il paziente verrà ricoverato o immediatamente trasferito alle UO di Pneumologia o Malattie Infettive.
- c. ricerca attiva dei casi sospetti in categorie ad alto rischio come gli immigrati irregolari che accedono presso il CFS e che, oltre a provenire da paesi ad elevata endemia tubercolare, sono costretti a vivere in condizioni di disagio tale da favorire l'evoluzione di un'infezione latente a malattia conclamata.

Consegna diretta dei farmaci: il trattamento antitubercolare ben condotto costituisce la principale azione per il controllo della tubercolosi poichè

- garantisce la guarigione del malato
- interrompe la catena di contagio
- previene la selezione di ceppi multiresistenti
- costituisce un'efficace misura di prevenzione primaria nei confronti della collettività

Per facilitare l'adesione alla chemioterapia terapeutica e preventiva si sono previste:

Gratuità delle prestazioni farmaceutiche compresi i farmaci non in fascia A, le associazioni e i polivitaminici

Consegna diretta dei farmaci: i centri specializzati di riferimento dispensano direttamente i farmaci sia per la terapia di proseguimento sia per la chemioterapia preventiva.

Gratuità degli esami diagnostici: l'esecuzione di esami diagnostico-strumentali non compresi nella normativa nazionale vigente per esenzione ticket, ma ritenuti comunque necessari dal clinico, sono erogati in regime di esenzione ticket in quanto richiesti nel prevalente interesse della collettività. Tali prescrizioni possono essere effettuate soltanto dai medici operanti presso le strutture deputate al controllo della tubercolosi.

Ambulatori dedicati al follow-up del malato: i pazienti dimessi vengono seguiti mensilmente presso l'Unità Operativa di Pneumologia dove operano due pneumologi (alternativamente uno o l'altro), le mediatrici culturali (le stesse che operano sul territorio al CFS), un'assistente sanitaria del territorio (del Servizio Igiene Pubblica). Le stesse figure sanitarie fanno parte del gruppo di coordinamento per la tubercolosi.

Il paziente viene completamente preso in carico con consegna diretta dei farmaci e programmazione dei controlli successivi. Qualora non si presenti, l'assistente sanitaria (se necessario insieme alla mediatrice culturale) eseguirà una visita domiciliare per sollecitare i controlli.

Ambulatorio dedicato al controllo dei contatti a rischio: ambulatorio pneumologico del territorio gestito da un solo medico che prende in carico i contatti a rischio screenati dal servizio Igiene Pubblica. I pazienti messi in chemioterapia preventiva vengono seguiti per tutto il percorso terapeutico con consegna diretta dei farmaci. Anche in quest'ambulatorio è presente un'assistente sanitaria del servizio Igiene Pubblica e, al bisogno, la mediatrice culturale che si attivano nel caso il paziente non si presenti ai controlli o non segua la chemioterapia preventiva.

Centro per la salute della famiglia straniera: questo centro è risultato essere cruciale per il controllo della malattia tubercolare per una serie di motivi:

- a. Si accorciano i tempi di diagnosi in quanto è data la possibilità anche a soggetti irregolari con sintomatologia in atto di avvicinarsi alle strutture sanitarie senza timore di essere denunciati
- b. Si ha la possibilità di diagnosticare forme completamente asintomatiche in quanto tutti vengono sottoposti a screening con Mantoux e successivo Rx torace ai soggetti tubercolino positivi.
- c. Vengono individuate le infezioni latenti e sottoposte a chemioprophilassi.
- d. Vengono consegnati direttamente i farmaci sia per la chemioprophilassi che per la terapia
- e. Possibilità di effettuare la Directly observed therapy (DOT) per i pazienti inadempienti
- f. Rappresenta un importante punto di riferimento per l'Ospedale: la dimissione di un paziente irregolare è comunicata ai sanitari del CFS e insieme collaborano al follow-up del malato.

Anche presso il CFS operano un assistente sanitario ed un medico del Servizio Igiene Pubblica direttamente coinvolti nella sorveglianza della malattia tubercolare. Le mediatrici culturali sono le stesse che collaborano con l'Igiene Pubblica (per l'inchiesta epidemiologica) e con l'Ospedale.

La realizzazione di questa stretta rete fra territorio e Ospedale e l'individuazione di un pool di persone che si occupano di tubercolosi fa sì che ci sia stato un notevole miglioramento nella compliance alla Terapia rispetto agli anni precedenti (**Tab. 1 e 2**).

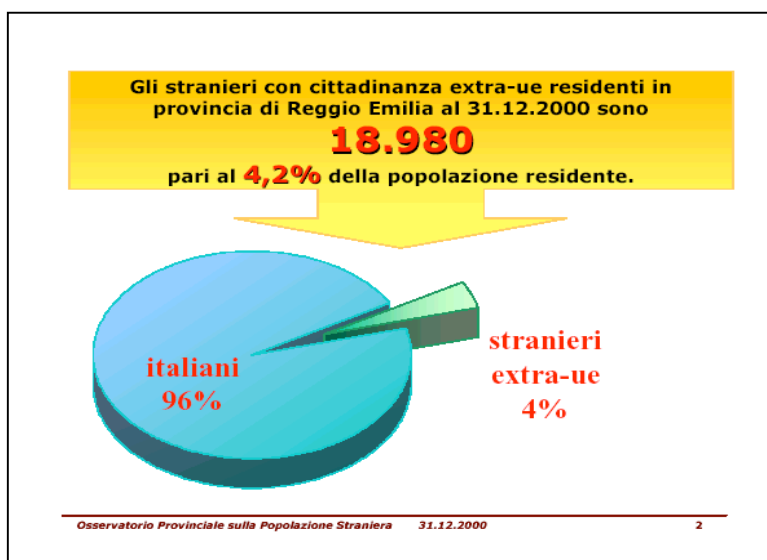


Fig. 4

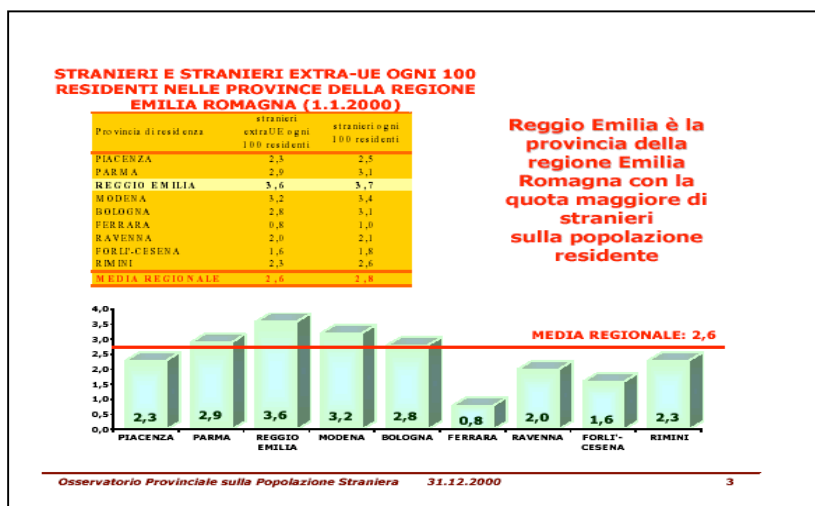


Fig. 5

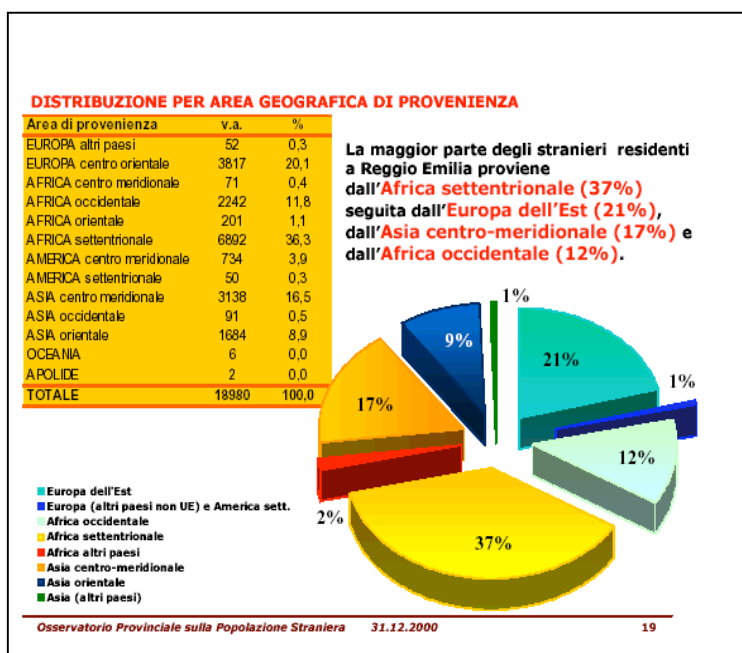


Fig. 6

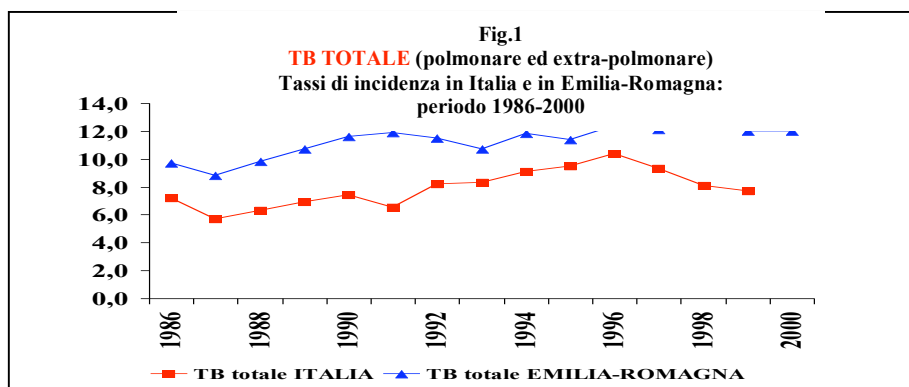


Fig.1
Distribuzione per area di provenienza dei casi di TB notificati nella
Provincia di Reggio Emilia: periodo 1999-2001

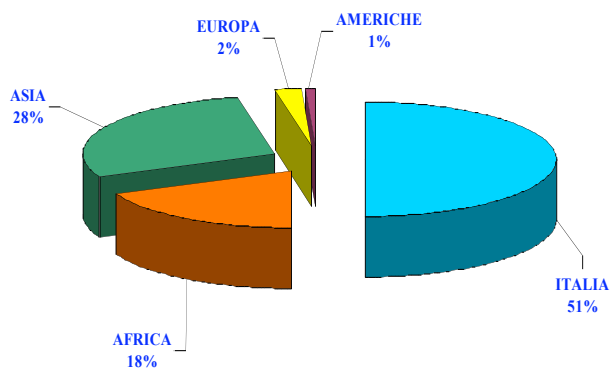


Fig.3
TB EXTRA-POLMONARE
Tassi di incidenza in Italia e in Emilia-Romagna: periodo
1986-2000

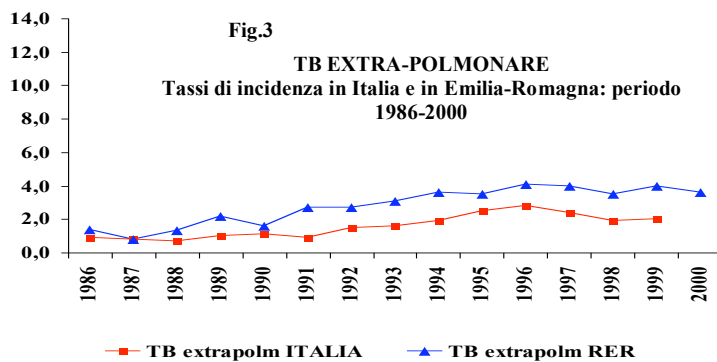


Tabella 1.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

SISTEMA DI SORVEGLIANZA DELLA TUBERCOLOSI

Numero di casi di TB segnalati distinti per esito del trattamento: PERIODO 1997-1998

Azienda USL di Reggio Emilia

ANNO		ESITI FAV.	ESITI SFAV.	DECEDUTI	TOT. ESITI PERV.	SCHEDA MANC.	TOT. CASI
1997	Casi	27	1	7	35	19	54
	% sul totale	50%	2%	13%	65%	35%	100%
	% sul totale esiti perv.	77%	3%	20%	-	-	-
1998	Casi	21	1	6	28	11	54
	% sul totale	54%	3%	15%	72%	28%	100%
	% sul tot. esiti perv.	75%	4%	21%	-	-	-

Esiti favorevoli: guarigioni

Esiti sfavorevoli: fallimento terapeutico, trasferiti, non reperibili, resistenza ai farmaci

Deceduti: deceduti per TB, deceduti per altra causa

Schede mancanti: dato mancante

Tabella 2.

AUSL DI REGGIO EMILIA: Distretto di Reggio Emilia

Numero di casi di TB notificati nel periodo 1999-2000 distinti per esito del trattamento

ANNO		ESITI FAV.	ESITI SFAV.	DECEDUTI	TOT. CASI
1199	casi	15	3	1	19
	% sul totale	78,95%	15,78%	5,26%	100%
2200	casi	21	2	3	26
	% sul totale	80,77%	7,69%	11,54%	100%

Tatuaggi, piercing, branding: aspetti psico-socio-sanitari

R. Guarneri

Cattedra Geografia Politica ed Ambientale, Università degli Studi di Messina

Tatuaggio, piercing e branding, forme diverse, almeno nella realizzazione tecnica, di decorazione del corpo, sono viceversa strettamente accomunate da un unico filo conduttore: la necessità di estrinsecare l'"io nascosto" non solo a parole ma tramite simboli, i cui significati spaziano in una tale varietà di campo che la stessa interpretazione varia in funzione del distretto corporeo identificato. Nell'"era delle immagini", in cui il valore della forma espressiva si misura essenzialmente nell'apparire, nel "fuori da sé", ritrova un posto di rilievo, come è accaduto forse solo in epoca primitiva, l'utilizzo del proprio corpo come comunicazione verso l'esterno. E se la danza mette la fisicità individuale o di gruppo al centro di rappresentazioni sceniche che sublimano le tante componenti dell'umano, divenendo comunicazione corporea, da un punto di vista individuale e spesso in modo estremo, poche espressioni come la body art e più specificatamente tatuaggi, piercing e branding assumono valenza di un linguaggio che vuole essere contrapposizione, comunicazione di un pensiero originale, conoscenza di sé.

Anche se considerato una moda, trattasi verosimilmente di un fenomeno che travalicando la semplice decorazione si avvicina al magico, allo spirito, ad una più profonda ricerca interiore espressione di una inconscia voglia di libertà dalle inibizioni della moderna vita quotidiana: non è tanto il desiderio di appartenere ad un gruppo, dunque, quanto piuttosto il ricondursi a qualcosa di atavico, quasi esaltazione romantica della "società primitiva".

Le tre pratiche, fra l'altro, non tutte adeguatamente conosciute, affondano radici profonde nella storia dei popoli e trovano più che mai motivo di particolare attenzione nella società attuale sempre più aperta e disomogenea per razza, cultura e religione.

Confronto ed emulazione hanno, quindi, sviluppato a macchia d'olio una "spirale" inarrestabile soprattutto fra gli adolescenti, con implicazioni psico-socio-sanitarie di notevole portata.

Tatuaggio

Il tatuaggio è notoriamente la colorazione permanente di un distretto cutaneo conseguente alla penetrazione nel derma di pigmenti insolubili che realizzano figure o disegni indelebili. Si distinguono tatuaggi ornamentali, tatuaggi cosmetico-correttivi (eseguiti per camuffare patologie inestetiche), tatuaggi professionali (minatori, lavoratori dell'industria metallurgica, fuochisti, addetti alla pavimentazione stradale) e tatuaggi accidentali (traumi, colpi d'arma da fuoco).

Conosciuto ed eseguito sin dal XIV secolo a.C. con modalità e tecniche diverse da popolo a popolo (Sudan in Africa, isola di Santa Cruz in Melanesia, isole Figi in Polinesia) il tatuaggio propriamente detto aveva lo scopo di depositare sotto la pelle materiale colorante fino a realizzare un disegno che di conseguenza restasse indelebile: il materiale preferito era il nero fumo ovvero il colore turchino, verde e più raramente rosso. Prima di procedere al tatuaggio venivano disegnati sulla pelle i motivi desiderati, a mano libera mediante pennello o stampini di legno inciso, quindi, mediante un ago intriso della sostanza colorante prescelta, eseguita una serie di punture contigue le une alle altre (tatuaggio per puntura); più raramente il disegno era riprodotto passando sotto pelle, per mezzo di un ago a cruna, un

filo imbevuto della sostanza colorante, avendo cura che il filo seguisse esattamente il disegno stesso (tatuaggio per cucitura).

A prescindere dalla tecnica, i tatuaggi venivano praticati, indistintamente, su bambini, donne e uomini con le dovute differenze nei vari Paesi: fra i Koite si tatuavano solo le donne, cominciando in età infantile e continuando successivamente "a zone" in modo che, al momento della pubertà, tutto il corpo ne fosse coperto così da poterle distinguere quali ragazze da marito; a Yap il tatuaggio era segno di distinzione e le caste basse potevano farsi tatuare braccia e gambe con sole strisce senza ornamenti; alle isole Marshal si tatuavano di preferenza le parti anteriori del petto e del tronco con disegni artistici e di buon gusto, l'ornamento del mento e della faccia era privilegio solo del capo. In altri contesti socioculturali il tatuaggio veniva praticato, durante complessi e ben precisi riti, a scopo di cura o prevenzione delle malattie.

Tatuaggi e scarificazioni rituali mantengono ancor oggi il loro significato originario presso alcune civiltà che, per il loro isolamento geografico, hanno conservato usanze ataviche: tale è il caso, ad esempio, della popolazione dell'isola di Santa Catalina, nel Pacifico. Al di fuori di tali aree, il tatuaggio ha perduto il carattere di "obbligo" imposto dalle tradizioni, divenendo decorazione puramente voluttuaria e per questo di ancor più difficile interpretazione psicologica e sociologica.

Le tecniche attualmente utilizzate per realizzare il tatuaggio sono quella samoana, quella giapponese e quella americana. Nella prima modalità, molto dolorosa, l'introduzione del pigmento avviene a mezzo di un bastoncino cavo appuntito. Nel secondo caso, è previsto l'utilizzo di aghi infissi obliquamente nella pelle, con una lieve riduzione del dolore. La terza tecnica, pressochè indolore, è la più utilizzata nelle moderne società industrializzate, presso le quali è andato perduto il valore simbolico del dolore associato al tatuaggio.

Piercing

Dall'inglese "to pierce", ossia "forare", indica la pratica dell'applicazione di monili in diverse parti del corpo tramite la perforazione della pelle. Come il tatuaggio, anche il piercing ha origini antichissime ed era effettuato come segno di distinzione sociale o come simbolo di iniziazioni o passaggio dell'individuo ad un diverso periodo della vita. La più antica testimonianza sono i "labrets" degli Eschimesi, piercing labiali che segnavano il momento in cui il ragazzo, ormai adulto, assumeva lo "status" di cacciatore. Piercing con effetti deformanti erano e sono in uso anche presso le donne di alcune tribù africane, con vario significato: abbellimento, raggiungimento della maturità sessuale, matrimonio, distinzione di casta, pratiche religiose. Nel continente americano il piercing era in uso soprattutto presso i Maya, dove era spesso cruento e/o assai vistoso, ma è stato nel tempo prerogativa anche di alcune tribù indigene quali i Tinglit o gli indiani Cashinawa.

La tradizione e il significato simbolico del piercing si sono mantenuti inalterati nel tempo, fino ai nostri giorni, nel continente indiano e in alcune tribù non raggiunte dalla civiltà cosiddetta "occidentale". Nella cultura prevalente nei Paesi europei, e poi diffusasi in gran parte del globo, fino ad alcuni decenni fa solo il piercing del lobo auricolare aveva raggiunto vasta diffusione, a scopo puramente ornamentale e pressochè esclusivamente nel sesso femminile. Gli ultimi decenni del XX secolo, con i loro fermenti e profondi mutamenti sociali, hanno reso comune l'applicazione del piercing nelle più svariate sedi corporee, anche presso il sesso maschile.

Branding

Forma estrema della "body art", il branding consiste nell'impressione di un disegno sulla cute tramite applicazione di un ferro rovente, opportunamente sagomato, per un tempo abbastanza lungo da generare una ustione di terzo grado con conseguente esito ipercromico permanente. E' una pratica di riscontro molto più raro rispetto a tatuaggio e piercing, sia nel corso della storia sia nella società attuale.

Aspetti psicosociali e medici

Secondo quanto emerge dagli studi sociologici finora effettuati, tatuaggio, piercing e branding rappresentano nella moderna società occidentale tre espressioni diverse di un'unica, complessa matrice di pensiero collettivo. In una società consumistica, basata sull'immagine e sull'apparenza, standardizzata e dimentica dell'individuo e dell'individualità, mentalmente pigra e appiattita, la body art sceglie, in maniera rivoluzionaria e talora estremistica, di utilizzare il corpo - simbolo massimo di esteriorità - come mezzo di comunicazione, sfruttando dunque in maniera esasperata e provocatoria il linguaggio di tale società per esprimere contrapposizione alla stessa, ribellione alla massificazione tramite la conoscenza del proprio io e l'esternazione di un pensiero originale, personale, unico e irripetibile. Tale percorso mentale, definito da alcuni psicologi come una "fuga all'interno del nostro corpo", fa spesso assumere alla body art, tatuaggio in particolare, un significato magico, spirituale, di avvicinamento alla conoscenza e alla perfezione. Il dolore affrontato e superato nella realizzazione dei simboli diventa allora metafora della sofferenza per il raggiungimento della conoscenza di sé stessi, nonché della propria capacità di affrontare e vincere gli ostacoli che si frappongono sulla via della realizzazione personale.

Se queste erano, e in diversi casi ancora sono, più o meno coscientemente, le motivazioni che spingono il singolo a sottoporsi alle pratiche suddette, occorre altresì ricordare che recentemente la body art è passata ad essere, da fenomeno "underground" profondamente legato alla ribellione, un elemento della moda, spogliandosi di molti significati e divenendo fenomeno di massa. In una sorta di "ritorno alle origini", ossia ai valori rivestiti nelle società tribali, la body art, specie nelle fasce d'età più giovanili, si è recentemente trasformata da segno di frattura ideologica con una società massificata in marchio di appartenenza alla società stessa, e da "scelta libera, consapevole e ribelle", a "regola quasi imposta dall'ambiente". Sarebbe tuttavia riduttivo e semplicistico ritenerla solo una moda: essa si differenzia profondamente da altre forme di decorazione individuale, sia perché comporta una sostanziale componente dolorosa accanto a quella del piacere estetico, sia perché modifica in maniera permanente e talora vistosa il corpo, cioè quanto di più personale l'individuo possiede. La scelta della body art incide nella vita del soggetto in maniera sostanzialmente più profonda e duratura di quanto possa fare -ad esempio- un cambio di abbigliamento o di acconciatura, e richiede dunque motivazioni più profonde e un processo decisionale più impegnativo e complesso. Nella maggior parte dei casi, la scelta è il frutto dell'elaborazione, strettamente individuale e dunque difficilmente classificabile, di numerosi influssi ambientali e personali.

Il già variegato insieme degli elementi ambientali è stato negli ultimi tempi arricchito dalla cosiddetta "globalizzazione", che ha permesso la reciproca conoscenza e la miscelazione di culture fino a poco tempo fa lontanissime. L'incremento dei fenomeni migratori dall'emisfero Sud verso l'emisfero Nord del pianeta ha messo in contatto la civiltà

"occidentale" con popoli che per tradizione culturale e/o religiosa praticano tatuaggi, piercing e branding da epoche remotissime, e ciò ha generato, come sempre nella storia, una osmosi culturale nei due sensi, di cui la "body art" è un chiaro esempio.

La diffusione di queste pratiche nella società (negli Stati Uniti, ad esempio, circa il 15% della popolazione ha almeno un piercing) ha purtroppo portato al proliferare di sedicenti esperti del settore, spesso operanti senza alcuna qualifica professionale e in spregio di ogni elementare norma di igiene e cautela, e ha costretto sempre più spesso i medici a confrontarsi con patologie acquisite in conseguenza di interventi incautamente effettuati e/o con i risultati esteticamente negativi di questi ultimi.

Dal punto di vista clinico, tatuaggio, piercing e branding hanno in comune il rischio di complicazioni infettive. Le zone di lesione sono potenziali porte d'ingresso per infezioni piogeniche e, nel caso delle prime due pratiche, è possibile anche la trasmissione di TBC, sifilide, lebbra, epatite virale, AIDS (e più raramente altre malattie) tramite aghi o strumenti non sterilizzati. Esiti cicatriziali sono sempre possibili e tutt'altro che infrequenti, specie in caso di mancata osservanza delle corrette norme operative.

Ricorrente è il riscontro di reazioni allergiche ai metalli utilizzati per il piercing, mentre meno spesso si segnalano allergie ai coloranti per tatuaggio. La sensibilità allergica rappresenta la seconda più importante complicanza del piercing, subito dopo le infezioni locali; i portatori di piercing sono, in misura significativamente maggiore della popolazione generale, sensibili al nichel solfato, ma anche all'oro clorito e al mercurio clorito.

Altre complicanze comuni a tatuaggi e piercing sono i granulomi da corpo estraneo e le verruche.

Nelle aree corporee sede di tatuaggi è possibile la comparsa, anche dopo mesi o anni, di granulomi sarcoidei, talora prima manifestazione di una sarcoidosi sistemica. Ad esempio, nel 1997 un caso è stato descritto da Jones et al. su "Cutis": il paziente, trentatreenne, portatore di un tatuaggio professionale multicolore sul braccio, aveva riscontrato l'insorgenza di aree rilevate e pruriginose, nonché papule eritematose e placche lineari, sull'area del tatuaggio di colore nero; il sospetto diagnostico era poi stato confermato dalla biopsia e dagli esami clinico-laboratoristici.

Eccezionalmente sono stati osservati anche granulomi da corpo estraneo, dovuti all'introduzione di pigmenti ad alto contenuto di silicio.

Altro rischio ben documentato dei tatuaggi è quello dell'insorgenza di tumori cutanei: melanomi (rari, primo caso segnalato nel 1938), carcinoma basocellulare, carcinoma spinocellulare, cheratosi seborroica.

L'utilizzo della tecnica americana ha consentito di rendere meno cruenta possibile la realizzazione dei tatuaggi, limitando al massimo l'infiammazione e il sanguinamento intra- e post-operatori. Tali problematiche permangono invece nella pratica del piercing. Oltre ai problemi generici di cui si è detto, si possono riscontrare, secondo la sede e il tipo dell'intervento, diverse reazioni e diverse possibili complicanze, di cui l'operatore e il paziente devono avere opportuna conoscenza.

Il piercing auricolare, oltre ad essere il più frequente, è anche quello con la più bassa prevalenza di effetti indesiderati, per lo più infezioni locali nei giorni successivi all'applicazione e reazioni allergiche; in rari casi esso può però dare luogo fenomeni più rilevanti quali cheloidi o ferite lacere traumatiche. Le infezioni sembrano essere più frequenti qualora il piercing sia applicato nelle parti cartilaginee dell'orecchio, mentre l'impianto nel lobo è più che altro causa di allergia a metalli.

Il piercing della lingua presenta problemi sanitari ben più frequenti e fastidiosi: infiammazione caratterizzata da notevole edema e dolore, data la particolare sensibilità del tessuto, elevata incidenza di infezioni, formazione di calcoli, traumi mucosali e gengivali, lesioni e fratture dei denti. Esso causa inoltre difficoltà nella fonazione, nella masticazione e nella deglutizione.

L'applicazione del piercing ai genitali incrementa in misura notevolissima la possibilità di trasmissione di malattie per contatto sessuale: AIDS, condilomi acuminati, herpes, ma anche altre infezioni, dovute a microrganismi di ogni tipo (batteri, virus, miceti) che trovano spesso ideale ricettacolo nel piercing e nella macerazione e nelle microlesioni di continuità da esso indotte. Questo tipo di piercing rende inoltre inutile ogni misura preventiva adottata, in quanto è in grado di perforare ogni tipo di dispositivo contraccettivo e di causare lesioni delle mucose del partner.

Per quanto riguarda invece il branding, oltre ai già ricordati rischi d'infezione, rivestono interesse clinico i possibili esiti indesiderati di una applicazione eseguita in maniera impropria (per eccessiva estensione delle aree ipercromiche, eccessivo tempo di contatto del ferro rovente con la pelle, ecc.).

In considerazione della crescente diffusione delle pratiche di "body art" nella società e degli esiti e complicanze possibili, talora gravi sino al punto di costituire un pericolo per la vita del paziente e/o un danno estetico permanente, è importante la definizione e la diffusione di basilari norme di igiene e procedurali, la corretta formazione professionale degli operatori del settore, ma soprattutto la completa informazione del soggetto che decide di ricorrere a tali pratiche, affinché possa essere messo in grado di scegliere nella piena consapevolezza delle norme che regolano questo campo, dei propri diritti, dei potenziali rischi. Un ruolo centrale in tutto questo spetta al medico, unica figura in possesso delle conoscenze necessarie a svolgere correttamente azione di informazione e di prevenzione, oltre che di cura ove questa si rendesse necessaria.

La normativa del Ministero della Sanità in merito definisce con precisione i requisiti minimi di igiene e sicurezza a cui devono adeguarsi tutti coloro che praticano tatuaggi, piercing o altre forme di body art:

- l'intervento non va effettuato su cute o mucose lese o ustionate;
- gli ambienti operativi devono essere sterili, separati dalla sala d'attesa da almeno due porte al fine di garantire pulizia e riservatezza;
- è necessario l'uso di mascherina e camice durante l'intervento, e tutto il materiale impiegato (guanti, aghi, ecc.) dev'essere sterilizzato e monouso;
- nel caso di tatuaggi, i colori impiegati devono essere atossici.

La circolare ministeriale del 2/2/1998 stabilisce inoltre per gli operatori l'obbligo di corsi professionali di almeno 30 ore, aventi per argomento: struttura della pelle, malattie cutanee e trasmissibili tramite il sangue, allergie, altri potenziali rischi per la salute, sistemi di prevenzione e igienici.

I tatuatori italiani, per proteggere la categoria dagli abusivi, si sono riuniti in una associazione (ATIR) e hanno definito un "codice etico-sanitario" a cui attenersi, a tutela del cliente. In tale documento, oltre a recepire interamente le direttive ministeriali, è stabilito che solo i maggiorenni possano essere tatuati, e solo qualora non siano sotto l'effetto di alcol o altre sostanze in grado di alterarne le capacità di intendere e di volere, che il tatuatore debba anch'egli essere perfettamente sobrio al momento dell'intervento, che si

proceda all'esecuzione di quanto richiesto solo dopo aver informato il paziente dell'indelebilità del tatuaggio, che bisogna sconsigliare, o rifiutare di eseguire, tatuaggi di dimensioni o sede potenzialmente pericolosi.

Il medico, particolarmente il chirurgo plastico, può essere talora chiamato ad intervenire per attenuare o eliminare gli esiti negativi di un tatuaggio o altro intervento: la legge gli impone in tal caso di informare il paziente non solo dei rischi per la vita e l'incolumità personale, ma anche della possibilità di esiti postoperatori di entità tale da impedire il miglioramento della situazione preesistente.

La rimozione dei tatuaggi, fino a non molto tempo fa attuabile solo con exeresi chirurgica, è oggi praticata con buoni risultati estetici tramite laser, di diverso tipo a seconda del pigmento da rimuovere. Il meccanismo di rimozione non è ancora ben chiarito, ma sembra che il raggio sia in grado di trasformare le sostanze pigmentate ed insolubili in gassose e/o altre forme facilmente eliminabili da parte dei normali meccanismi metabolici/difensivi della cute.

Un ulteriore obbligo di legge previsto per il medico è quello di verificare, in caso di donazione di sangue da parte di un soggetto sottoposto a tatuaggio, piercing o altra pratica a rischio di infezione, che siano passati almeno sei mesi da tale intervento: ciò al fine, ovviamente, di garantire la sicurezza delle donazioni.

Concludendo, è opportuno sottolineare una volta di più l'importanza e la diffusione che le tecniche di decorazione del corpo hanno assunto nella moderna società, in seguito al mutamento delle ideologie e al rimescolamento delle culture dovuto anche ai massicci movimenti migratori dai Paesi poveri a quelli ricchi. La moda, la diffusione di culture diverse all'interno della nostra società, l'incremento di immigrati porteranno sempre più spesso il medico, il sociologo, lo psicologo, il geografo a confrontarsi con tatuaggi, piercing, branding e problematiche connesse, divenendo singolarmente, di volta in volta, punto di riferimento e guida per il mantenimento e il miglioramento della salute e del benessere collettivo.

Bibliografia

- 1) Armstrong D., Walsh M. et al.: *Granulomatous contact dermatitis due to gold earrings*. British Journal of Dermatology 1997; 136: 776.
- 2) Boarman R., Smith R.: *Dental implication of oral piercing*. J Calif Dent Assoc 1997; 25: 200.
- 3) Botchway C., Kuc I.: *Tongue piercing and associated tooth fractur*. J Can Dent Assoc 1998; 64: 803.
- 4) Chang S., Choi J. et al.: *Successful removal of traumatic tattoos in Asian skin with a Q-switched alexandrite laser*. Dermatol Surg 1998; 24: 1308.
- 5) *Tatuaggio*. Enciclopedia Medica Uses, vol. 14, pag. 1878.
- 6) *Tatuaggio*. Enciclopedia Treccani, vol. XXXIII, pag. 331.
- 7) Farah C., Harmon D.: *Tongue piercing: case report and review of current practice*. Aust Dent J 1998; 43: 387.
- 8) Fergus J., Andrew S et al. *The Q-switched Nd:YAG laser and tattoo: a microscopic analysis of laser-tattoos interactions*. Br J Dermatol 1997; 137: 405.
- 9) Garcia Callejo F. et al.: *Body piercing complications in otorhinolaryngology*. Acta Otorrinolaringol Esp 1998; 49: 338.
- 10) Gibney M., Fosko S. et al.: *Traumatic tattoo from Battery-Operated Earrings*. Cutis 1998; 61: 34.
- 11) Goyal S. Arndt K., Stern R. et al.: *Laser treatment of tattoos: a prospective, paired, comparison study of the Q-switched Nd:YAG (1064 nm), frequency doubled Q-switched Nd:YAG (532 nm), and Q-switched ruby lasers*. J Am Acad Dermatol 1997; 36: 122.
- 12) Greif J., Hewitt W.: *The living canvas*. Adv Nurse Pract 1998; 6: 26.
- 13) Gullberg R.: *Lack of effect of tongue piercing on an evidential breath alcohol test*. J Forensic Sci 1998; 43: 239.
- 14) Jeffrey S. et al.: *Recurrent condyloma acuminatum due to piercing of the penis*. Cutis 1997; 60: 237.
- 15) Jones M., Maloney M., Helm K.: *Systemic sarcoidosis presenting in the black dye of a tattoo*. Cutis 1997; 59: 113.
- 16) Mancini S. et al.: *Management of gingival vitiligo with the use of a tattoo technique*. J Periodontol 1998; 69: 34.
- 17) Maibaum W., Margherita V.: *Tongue piercing: a concern for the dentist*. Gen Dent 1997; 45: 495.
- 18) Mammen L., Norton S.: *Facial scarification and tattooing on Santa Catalina island (Solomon Islands)*. Cutis 1997; 60: 197.
- 19) Ng K., Siar C. et al.: *Sarcoid-like foreign body reaction in body piercing: a report of two cases*. Oral Pathol 1997; 84: 28.
- 20) Nakada T., Iijima M. et al.: *Role of ear piercing in metal allergic contact dermatitis*. Contact Dermatitis 1997; 36: 233.
- 21) Nicolle E., Bessis D. et al.: *Seborrheic keratosis erupting in a tattoo*. Ann Dermatol Venereol 1998; 125: 261.
- 22) Perkins C., Meinsner J. et al.: *A complication of tongue piercing*. Br Dent J 1997; 182: 147.
- 23) Ross V., Naseef G. et al.: *Comparison of responses of tattoo to picosecond and nanosecond Q-switched Nd:YAG laser*. Arch Dermatol 1998; 134: 167.

- 24) Sorousch A., Gurevitch C., Peng T.: *Malignant melanoma in a tattoo. Case report and review of the literature.* Cutis 1998; 59: 111.
- 25) Tweeten S., Rickman L.: *Infection complications of body piercing.* Clin Infect Dis 1998; 26: 735.

Immigrati e servizi di salute mentale.

Dati da un'indagine sull'accesso condotta a Prato

G. Cardamone*, S. Zorzetto**, M. Da Prato*, S. Inglese***

Note introduttive

Il rapporto tra migrazione e psicopatologia è un tema che ha attraversato la riflessione psichiatrica, spesso ponendola al servizio delle logiche di controllo dei flussi umani (Frigessi Castelnuovo e Risso, 1982, Zorzetto et al., 2002). Questa logica ha spinto psichiatri e psicologi ad interrogarsi sugli effetti della migrazione nei paesi di arrivo, focalizzandosi dunque sui problemi della selezione (di volta in volta, positiva o negativa) del migrante, mentre rari sono gli esempi di chi si è posto il problema degli effetti della migrazione nei luoghi di partenza (per un esempio di lavoro sul campo, cfr.inglese, 1993). L'introduzione di quest'ultimo polo di riferimento si è invece rivelato fondamentale per comprendere i nessi non lineari fra migrazione e crisi individuale, all'interno delle relazioni circolari fra luogo di origine, percorso migratorio e luogo ospite, dove diventano rilevanti i processi di sradicamento e acculturazione, filiazione e costituzione dell'identità.

Il focus dell'attenzione si attesta dunque sul rapporto tra psicopatologia e cultura, che ha attirato l'attenzione, prima, degli agenti coloniali che incontravano e documentavano "strane malattie" e, poi, anche degli psichiatri. Intorno a queste "bizzarre" fenomenologie morbose - cui ci si riferisce col termine di *culture bound syndrome* - si è sviluppata un'ampia letteratura, tant'è che oggi trovano un posto, marginale ma significativo, anche all'interno del dsm-iv.

L'interrogativo sul lavoro della cultura ha condotto a fondamentali ricerche che hanno mostrato il suo ruolo nella determinazione della diffusione, della forma e dell'evoluzione dei fenomeni psicopatologici. E questo perché può esporre a specifici fattori di rischio, fornire particolari fattori protettivi, mettere a disposizione del singolo e dei gruppi specifici repertori di espressione della sofferenza, configurare differenti risorse terapeutiche.

L'ascolto attento e l'interrogazione curiosa dei differenti sistemi di cura espressi dalle diverse culture ed a cui la presenza migrante in modi più o meno velati rinvia, delinea un panorama estremamente articolato relativo alle concezioni di salute e malattia ed alle tecniche dell'intervento clinico. Ne deriva un interesse per i percorsi terapeutici dei pazienti che si è rilevato fondamentale per comprendere le reti di significato che guidano la comprensione delle evenienze critiche individuali e collettive, le negoziazioni sociali che intorno ad esse si attivano e i comportamenti di ricerca di cure, che vengono messi in atto. Momenti, questi, tutti indispensabili per ragionare in modo serio intorno ai problemi di salute pubblica. Ma ne deriva, soprattutto, un approfondimento ed una riflessione dei nostri modi di impostare la clinica, in modo da evitare di ricadere costantemente nella squalifica dell'altro, in quanto prepsicologico o prelogico.

Da questo punto di vista, il confronto con l'alterità culturale, dislocata nei contesti occidentali o incontrata negli altrove geografici, ha avuto il merito di rendere più cogenti e significative queste riflessioni, ampliando ed estendendo tali reti di rimandi ad includere

gruppi familiari estesi, comunità religiose, gruppi iniziatici e di età e rappresentanti di dispositivi terapeutici tradizionali.

La clinica etnopsichiatrica ha messo, e continuamente mette, di fronte al fatto che ciò che il paziente presenta come problema o come sua elaborazione costituisce, in modo più o meno delineato, un frammento di elaborazioni culturali e dispositivi tecnici del suo mondo d'origine.

Anche nello specifico spazio relazionale della clinica si ripropone dunque il più generale confronto/conflitto culturale, tanto più cruciale nella misura in cui la relazione terapeutica ha specificatamente finalità affiliative (nathan, 1998).

La sfida della clinica transculturale - ed estrapolando delle società multiculturali - non è tanto la definizione di un minimo comune denominatore - o come si è soliti dire di uno "spazio pubblico condiviso" - ma la costruzione di un sapere e di un saper fare dell'orlo. detto in altri termini, se e nella misura in cui si può provare ad elicitarne una logica generale da quella situazione particolare che è la clinica, il problema non è trovare delle zone di pacificazione - più o meno apparente - ma arrivare ad affrontare il conflitto e cioè la tensione fra logiche coabitanti e fra loro autonome.

il problema è che tale negoziazione non è tanto relativa alle singolarità che si incontrano; ma fra le logiche che le guidano. poiché è a questo livello che il conflitto rischia di risultare inconciliabile e degenerare.

in italia si deve comunque ancora risolvere il difficile problema dell'elaborazione di dispositivi pubblici di presa in carico dei pazienti immigrati alla luce delle innovazioni etnopsichiatriche nel campo del rapporto tra cura e variabili culturali.

in nord america gli sforzi sembrano maggiormente rivolti, ed in qualche modo limitati, alla risoluzione delle compatibilità fra sistemi diagnostici sviluppati in diverse culture. mentre in Francia il modello dell'etnopsichiatria clinica presenta complessità difficilmente riducibili ai canoni della struttura pubblica territoriale. la questione all'interno della situazione italiana deve tener conto delle potenzialità esistenti sia in termini di azioni a livello di comunità che dell'opportunità del ricorso alla mediazione linguistico-culturale (quest'ultimo è un ambito la cui metodologia è ancora in via di definizione).

la ricerca condotta a Prato

Grazie ad un contributo della provincia di Prato, Oriss ha costituito un "centro di documentazione per la salute mentale dei soggetti migranti" che ha stabilito una collaborazione fattiva con il consultorio immigrati attivo oramai da qualche anno presso il dipartimento di salute mentale dell'azienda USL n° 4 di Prato.

Il consultorio non si prefigge come obiettivo di andare a costituire un servizio dedicato dove far "confluire" e "gestire in modo concentrato" l'utenza immigrata. Al contrario, l'obiettivo è di potenziare al massimo le capacità di presa in carico decentrata (nei distretti e nelle sedi delle varie unità operative competenti) e fortemente integrata dei vari operatori coinvolti nella risposta ai problemi di salute mentale.

Stante le peculiari dinamiche sociodemografiche e culturali di Prato e alla luce del lavoro scientifico già accumulato e della progettualità già espressa, la costituzione di un centro di documentazione, in stretta connessione con il consultorio immigrati, si inquadra come declinazione di una strategia che pone il nodo salute/malattia quale uno dei perni della

promozione dei diritti di cittadinanza nelle società multiculturali e come proseguimento e rafforzamento dell'indirizzo deistituzionalizzante e territoriale dell'assistenza psicologico-psichiatrica italiana e, di fatto, contribuisce a delineare in misura sempre più marcata strategie di salute mentale di comunità (Cardamone e Zorzetto, 2000).

Una delle prime azioni portate avanti all'interno della suddetta collaborazione è stata la conduzione di una ricerca che potesse fornire conoscenze, dati e indicazioni sull'incontro fra popolazioni migranti e servizi pubblici per problemi afferibili al campo della salute mentale. Il razionale di tale scelta deriva dalla necessità scientifica di non limitarsi a condurre uno sguardo sull'"oggetto" di intervento; ma di portare avanti una parallela ed imprescindibile osservazione del "soggetto" dell'intervento e cioè dei servizi sociosanitari (rappresentazioni sociali dell'alterità, come queste influenzano l'intervento terapeutico e/o assistenziale, eventuali bisogni formativi, ecc.). Diventa cioè fondamentale istituire una funzione autoosservante - le leggi, le istituzioni, i servizi e i loro impliciti culturali - poiché il modo in cui viene fatta "organizzazione", lo stile dell'interazione, i valori e le operazioni concrete che si esprimono nel corso del contatto culturale determinano le risultanze che si possono trarre sul nesso fra migrazione e psicopatologia, ma anche un risultato valutativo espresso dalle comunità migranti sotto forma di comportamenti sociali. Quanto fuorviante possa essere la presunzione della possibilità di un'osservazione unidirezionale e centrifuga dei fenomeni sociali e clinici è indicato, ad esempio, dalle ricerche sui migranti condotte in gran Bretagna. In quella realtà, la registrazione, fra i migranti, di tassi di ammissione per disturbi psichiatrici maggiori enormemente più elevati rispetto alla popolazione autoctona o di più alte probabilità di ammissione ai servizi con clausole di alta protezione, rischia troppo frettolosamente di essere sussunta come conferma di ipotesi, di volta in volta biologiche (ad esempio, l'azione di agenti infettivi nel periodo gestazionale o perinatale in contesti igienici non adeguati) o sociologiche (ad esempio, le cause economiche e sociali della schizofrenia), certamente importanti, ma sempre cieche rispetto alle modalità in cui si attua il contatto istituzionale e clinico ed all'influenza che questo contatto esercita sui destinatari sofferenti (cfr. Zorzetto et al., in stampa). Occorre, in questo senso, trarre tutti gli insegnamenti possibili dalle realtà con una più lunga esperienza immigratoria ed iniziare a riflettere ed agire quando ancora il tempo concede margini di manovra.

La ricerca è stata condotta dal 14 febbraio al 14 agosto 2001. Durante questo periodo, gli psichiatri - sulla base di un'adesione volontaria al progetto - hanno compilato un'apposita scheda ogni volta che incontravano una persona immigrata che afferiva loro, o per la quale comunque veniva domandata una consulenza presso uno dei seguenti servizi: centro di salute mentale (csm), servizio psichiatrico diagnosi e cura (spdc), pronto soccorso (ps). Il ps è stato considerato separatamente benché costituisca un caso di consulenza del spdc; la scelta è stata fatta perché è spesso utilizzato come sostituto del mdb o comunque come "servizio di frontiera" che vicaria il servizio territoriale.

Tipologie di dati raccolti attraverso la scheda di rilevazione

- 1) Servizio di afferenza,
- 2) Dati demografici,
- 3) Inquadramento generale (già in carico? fonte dell'invio, fonte delle informazioni, Presenza di un mediatore, conoscenza della lingua italiana),
- 4) Quadro clinico (diagnosi, presenza di problemi analoghi in passato e se si: dove e Che tipo di cura è stata cercata),
- 5) Contesto di vita (motivo e modalità della migrazione, percorso migratorio, Presenza di reti familiari e sociali a Prato e in Italia, qualità del rapporto con la Famiglia di origine, percezione del sostegno familiare e sociale, lavoro, situazione Abitativa e problemi legali),
- 6) Tipologia di presa in carico e intervento (comprese le motivazioni di un'eventuale Non presa in carico).

Prima di presentare alcune delle informazioni raccolte, occorre premettere che, proprio per le ragioni su esposte, non si è voluto condurre una ricerca epidemiologica in senso stretto. Non si pretende quindi di fornire dati di incidenza o prevalenza o, ancora, altri dati epidemiologici – per così dire – “hard”. Lo scopo con cui l'indagine è stata avviata è stato, se si vuole, più umile: far emergere una base di conoscenza che potesse dare delle indicazioni sul tipo e le modalità di contatto fra i servizi per la salute mentale e la popolazione immigrata a Prato e su che cosa succede quando questo contatto si instaura. Indicazioni utili per ragionare sulle strategie di promozione della salute mentale a livello di comunità.

La presentazione dei risultati sarà gioco forza sintetica, non potendo dare conto dell'intera serie di dati raccolti.

Il nostro interesse sarà centrato intorno a tre aree conoscitive:

- Le caratteristiche sociodemografiche del campione di pazienti che si è rivolto ai suddetti servizi;
- Le caratteristiche del contatto fra i servizi per la salute mentale e la popolazione immigrata;
- Le caratteristiche dell'interazione clinica che si realizza.

Caratteristiche sociodemografiche del campione

Nel periodo considerato si sono rivolte ai servizi pubblici presi in considerazione 62 persone: il 55% maschi ed il 45% femmine.

L'età media è di 31 anni e mezzo, con la fascia di età più rappresentata (59,7%) che va dai 26 ai 40 anni.

Per quanto riguarda il paese di provenienza, si può notare che:

- Il paese di provenienza più rappresentato è il Marocco (13 persone su 62: 21%). Se inoltre si considera un'area geoculturale più vasta, qual è quella del Maghreb, e comprendendo quindi anche i pazienti

- tunisini (4) e algerini (2), si arriva a 19 persone su 62 e cioè il 30,6% del campione;
- Seguono la Nigeria con 11 (17,7%), l'Albania (8, 12,9%), la Cina (4, 6,6%), la Somalia (3, 4,8%), Senegal, Pakistan e Eritrea (2, 3,2% ciascuno);
 - Infine, troviamo: Costa d'Avorio, Brasile, Filippine, Bulgaria, Macedonia, Polonia, Repubblica Ceca, Romania, Ucraina, Ungheria e Olanda. Ciascuna rappresentata da 1 paziente (1,6%). Si potrebbe considerare complessivamente l'Europa dell'Est che così rappresenterebbe l'11,3% del campione (7 persone).

Il 74% circa della coorte è in possesso del permesso di soggiorno.

Il motivo della migrazione è nel 76% circa dei casi la ricerca di lavoro. Segue il ricongiungimento familiare (14,5%), mentre rari sono lo studio (3,2%), motivi politici (1,6%) e altro (4,8%: scelta di tipo affettivo, vacanza e vagabondaggio).

Tuttavia, il 32,2% del campione è disoccupato oppure ha lavori precari (ambulante 3,2%; occasionale 19,4% o interinale 1,6%). Il 34% circa ha un lavoro subordinato ed il 6,6% autonomo. Si trovano poi un pensionato ed una casalinga (1,6% ciascuno).

Inoltre, oltre il 605% di chi svolge un lavoro occasionale ed il 28,5% di chi ne svolge uno subordinato non è regolarizzato.

Per quanto riguarda la situazione abitativa, si può osservare che oltre il 10% circa è senza fissa dimora. Per il resto la situazione abitativa è stabile: circa il 5% di casa di proprietà e l'80% in affitto.

Relativamente alla rete sociale di cui può disporre il paziente immigrato si può notare che:

- il 29% circa dei pazienti ha parenti a Prato ed in altre città italiane,
- il 18% circa ha parenti a Prato,
- il 13% circa ha parenti in Italia ma non a Prato,
- il 37% circa non ha parenti in Italia.

Inoltre, si verifica una certa soluzione di continuità fra paziente immigrato e famiglia di origine, almeno sul piano fenomenico. Infatti, solo il 24% circa dei pazienti ha contatti frequenti con la famiglia, mentre sono nulli, scarsi o solo occasionali in quasi il 75% dei casi.

Infine, per quanto riguarda la rete sociale allargata si può notare che:

- la grande maggioranza dei pazienti dispone di risorse amicali (oltre il 77%), quasi sempre però di connazionali (81%),
- esiste tuttavia un 21% circa di pazienti che dichiara di non avere relazioni sociali su cui poter contare.

Caratteristiche del contatto fra servizi per la salute mentale e popolazione immigrata

Per quanto riguarda l'afferenza ai servizi, la seguente tabella mostra la situazione:

Centro di salute mentale	33
Pronto soccorso (Consulenza)	16
SPDC (ricovero)	6
SPDC (consulenza ospedaliera)	7
Totale	62

Si può notare che oltre la metà dei pazienti si è rivolto al servizio psichiatrico territoriale (CSM), oltre il 25% al Pronto Soccorso, quasi il 10% ha ricevuto un ricovero in SPDC, mentre nell'11% circa dei casi il contatto è avvenuto in seguito ad una richiesta di consulenza chiesta all'SPDC da un altro reparto ospedaliero.

La maggioranza relativa delle afferenze ai servizi si ha per un'azione svolta dalla rete sociale dei pazienti (famiglia e amici): il 29% circa dei casi. Importante anche il ruolo dell'autoinvio: 22,5%. Inoltre, fra gli altri dati disponibili si vuole sottolineare il ruolo del MdB che è la fonte dell'invio nel 10% circa dei casi.

È possibile indicare alcuni fattori che sembrano giocare un ruolo nella determinazione dell'arrivo ai servizi. Non pensiamo di indicare correlazioni strette, ma indicazioni di tendenze utili per riflettere intorno a problemi di politica sanitaria e di strategie di promozione della salute mentale:

MdB:

Innanzitutto, occorre segnalare come un terzo della coorte di pazienti considerata sia sprovvisto del MDB: tra questi vi sono ovviamente coloro sprovvisti del permesso di soggiorno ma anche un 8% del campione che pur essendone in possesso non possiede il MdB.

Dalla seguente tabella:

	Nessuna risposta	Assenza del MdB	Presenza del MdB	Totale
CSM	1	9	23	33
PS	1	7	8	16
SPDC ricovero		4	2	6
SPDC consulenza Ospedaliera			7	7
Totale	2	20	40	62

Si può osservare come l'assenza del MdB produca una tendenza verso un maggiore utilizzo del PS e del ricovero in SPDC e ciò si traduce in un maggior rischio di contatto fra servizio e paziente in situazioni di emergenza e/o urgenza. Questo benché la sua assenza non

pregiudichi in modo assoluto l'utilizzo dei servizi psichiatrici territoriali. La figura del MdB, nell'ambito del rapporto tra immigrati e servizi sanitari, assume un ruolo fondamentale e strategico sia perché su di essa fanno particolare affidamento gli stessi immigrati individuandola come centrale per i loro percorsi di cura sia perché spesso i problemi presentati dagli immigrati possono trovare una risposta efficace nel setting della medicina generale. Quest'ultimo è un dato clinicamente riconosciuto in altri contesti culturali, nei quali sono state effettuate ricerche sulla centralità della medicina generale nella presa in carico dei disturbi emotivi comuni e su come questa centralità sia da tenere ben presente nella formulazione delle politiche sanitarie.

Età:

La seguente Tabella

	< 18 anni	18-25 anni	26-40 anni	> 40 anni	Totale
CSM		7	17	9	33
PS			15	1	16
SPDC ricovero	1	4		1	6
SPDC consulenza Spedaliera		2	5		7
Totale	1	13	37	11	62

Indica come le persone più giovani tendano ad entrare in contatto con strutture d'emergenza/urgenza, mentre con il crescere dell'età vi è una tendenza ad entrare in contatto con i servizi territoriali. Questo dato comunque sembra strettamente legato alla diagnosi, poiché nelle classi di età più giovani sono maggiormente presenti situazioni psicotiche.

Durata della permanenza in Italia:

	< 1 mese	2-12 mesi	2-3 anni	4-10 anni	11-20 anni	> 20 anni	Totale
CSM		1	9	14	7	2	33
PS		3	5	5	2	1	16
SPDC ricovero	1	3	1		1		6
SPDC cons. Osp.		1	2	3	1		7
Totale	1	8	17	22	11	3	

Da questa tabella si può notare come col trascorrere del tempo vissuto in Italia via sia una tendenza ad un maggior utilizzo delle strutture territoriali in rapporto a quelle di emergenza/urgenza (PS e SPDC). Ciò può voler dire che col trascorrere del tempo migliora la conoscenza dei servizi e quindi le opportunità di un accesso appropriato al CSM da parte delle popolazioni immigrate.

Diagnosi:

	CSM	PS	SPDC ricovero	SPDC cons. osp.	Totale
Altro	1	1		1	3
Disturbi nevrotici	12	9		4	25
Disturbi di Person.	8	5		1	14
Psicosi affettiva	4	1	1		6
Psicosi reattiva	3		5		8
Schizofrenia	4				4
Dist. da abuso di sostanze	1			1	2
Totale	33	16	6	7	62

La tabella mostra come l'SPDC, in quanto struttura d'emergenza/urgenza, riceva esclusivamente situazioni psicotiche, mentre in quanto struttura di consulenza essenzialmente situazioni riconducibili al registro nevrotico. Il PS, dal canto suo, entra in contatto prevalentemente con situazioni nevrotiche e in misura minore con situazioni di disturbo di personalità. Il servizio psichiatrico territoriale, infine, entra direttamente in contatto con tutta la gamma psicopatologica. In particolare, riesce a costituirsi come punto di riferimento diretto per gran parte delle situazioni genericamente psicotiche e in tutte quelle specificatamente schizofreniche. Diventa possibile ritenere l'accesso al CSM da parte delle popolazioni immigrate significativamente appropriato alla sua funzione e alle prestazioni che è chiamato a svolgere; vale la pena sottolineare ciò in quanto diretta conseguenza della politica dello stesso CSM nei confronti della cittadinanza intera.

Caratteristiche della situazione e dell'interazione clinica

Nella coorte risultata dall'indagine, si trovano 42 nuovi casi e 20 pazienti già in carico al servizio.

Se si considerano solo i nuovi casi, si può vedere che l'incontro fra i servizi per la salute mentale e ed una persona immigrata può avvenire in un qualsiasi momento della sua storia migratoria:

	Nuovo Caso	Già in carico	Totale
<1 mese	1		1
2-12 mesi	7	1	8
2-3 anni	13	4	17
4-10 anni	14	8	22
11-20 anni	6	5	11
> 20 anni	1	2	3
Totale	42	20	62

Il contatto, cioè può avvenire a breve ed anche brevissimo termine (in termini di mesi), come a lunghissimo termine (oltre 20 anni), anche se i casi più frequenti compaiono a medio termine 2-3 anni e, soprattutto, 4-10 anni).

I pazienti incontrati dai diversi servizi considerati si distribuiscono, in funzione della diagnosi, nel seguente modo:

Altro	3
Disturbi nevrotici	25
Disturbi di personalità	14
Psicosi affettiva	6
Psicosi reattiva	8
Schizofrenia	4
Dist. da abuso di sostanze	2
Totale	62

Come si può vedere i pazienti incontrati presentano per la maggior parte problemi di ordine nevrotico (40% circa), ma frequenti sono anche i problemi psicotici complessivamente considerati (30% circa) ed i disturbi di personalità (22,5%). La prevalenza di disturbi psicosomatici si ricollega a quanto frequentemente riportato dalla letteratura internazionale e cioè che la sofferenza emotiva viene riferita al corpo e con essa espressa. L'immigrato adotta una lingua fisica, a suo modo universale, che gli consente il superamento delle barriere linguistiche e quindi apre alle diverse possibilità di disturbo psicosomatico.

Si può notare, inoltre, che – considerando solo i nuovi casi – i pazienti riferiscono di aver sperimentato problemi simili in passato nel 28,5% dei casi. Fra questi, l'80% riferisce di averli sperimentati nel paese d'origine ed il restante 20% nel periodo seguente alla migrazione.

Fra i 15 pazienti che hanno riferito problemi di salute mentale in passato, 11 riferiscono di aver sperimentato cure di tipo psichiatrico e/o psicologico, 1 di riferisce di aver fatto ricorso a cure tradizionali, 1 di aver fatto ricorso ad entrambe ed 1 di non aver ricercato alcun tipo di aiuto.

Fra tutte le persone afferite ai servizi per la salute mentale, 34 (55% circa) non sono state prese in carico e 28 (45% circa) sì.

I destini dell'incontro fra servizio e popolazione immigrata sono stati i seguenti:

Presa in carico	28
Altro	2
Invio a Ser.T e Servizio Sociale	1
Invio a Servizio Sociale	2
Invio al MdB	1
Intervento non necessario	5
Rifiuto del paziente	23
Totale	62

In 5 sui 34 non presi in carico, e cioè nel 14,7% dei casi, la presa in carico è stata giudicata non necessaria. In 4 casi (11,7%) si è verificato un invio ad altro operatore (medico di base, Ser.T e servizi sociali). In 23 casi (67,6%) si è verificato un rifiuto della presa in carico e

per quanto riguarda la voce “altro”: un caso era già seguito dall’ambulatorio Caritas di Prato in un modo reputato sufficiente ed in un altro si è verificato un ritorno in patria. Questo dato deve indurre una seria riflessione sulle reali capacità di presa in carico dell’alterità culturale da parte degli operatori dei Servizi Psichiatrici, pur in quei contesti ove si è già fatto un preliminare lavoro di formazione e di preparazione specifica sul tema (come, per l’appunto, il Dipartimento di salute mentale pratese). Nei casi in cui, invece, si è verificata una presa in carico, questa si è configurata secondo quanto espone la seguente tabella:

Intervento integrato	10
Nessun intervento	34
Cura psichiatrica	10
Cura psichiatrica e psicoterapeutica	6
Cura psicoterapeutica	2
Totale	62

E cioè:

- 10 (35,7%) intervento integrato,
- 10 (35,7%) esclusivamente psichiatrico,
- 6 (21,4%) sia psichiatrico sia psicoterapeutico,
- 2 (7,2%) psicoterapeutico.

Infine si vogliono sottolineare le interazioni fra la variabile tipologia di intervento ed altri tre fattori:

- Possesso del permesso di soggiorno

	Caselle vuote	Irregolare	Regolare	Totale
Intervento integrato		2	9	11
Nessun intervento	1	9	24	34
Cura psichiatrica		1	8	9
Cura psichiatrica e psicoterapeutica		3	3	6
Cura psicoterapeutica			2	2
Totale	1	15	46	62

Tale tabella mostra che il non possesso del permesso di soggiorno non va a completo detrimento di un’articolazione del tipo di cura offerta dal servizio ed anzi il servizio riesce ad offrire egualmente un’offerta complessa. Si può osservare che:

- L’organizzazione di un intervento integrato è presente in una percentuale solo lievemente inferiore in caso di assenza di permesso di soggiorno,
- L’assenza di intervento è solo lievemente superiore in caso in assenza di permesso di soggiorno,

Per altro:

- Un intervento esclusivamente psichiatrico è offerto in misura molto superiore in caso di persona con permesso di soggiorno (17,5% circa dei soggetti regolari, contro il 6,5% circa di quelli irregolari),

- Un intervento psichiatrico e psicoterapeutico è offerto in misura molto superiore in caso di assenza di permesso di soggiorno (20% degli irregolari contro il 6,5% dei regolari) solo:

L'intervento esclusivamente psicoterapeutico non è offerto alle persone irregolari, contro una per altro esigua percentuale nei casi di presenza regolare (4,5% circa).

	CSM	PS	SPDC consulenza ospedaliera	SPDC ricovero	Totale
Intervento integrato	7	1	1	2	11
Nessun intervento	12	14	5	3	34
Cura psichiatrica	7	1	1		9
Cura psic. e psicoter.	5			1	6
Cura psicoterapeutica	2				2
Totale	33	16	7	6	62

Dalla tabella si possono individuare almeno le seguenti tendenze:

- La probabilità che al contatto tra servizio e paziente immigrato non segua alcun tipo di intervento è decisamente inferiore presso il servizio psichiatrico territoriale e, invece, molto più alta negli altri e soprattutto nel caso del PS, (87,5% delle afferente al PS non hanno seguito nella cura).
- L'organizzazione di un intervento integrato è più probabile a partire dal servizio psichiatrico territoriale e soprattutto dall'SPDC
- Lo stesso dicasi per gli interventi psichiatrici e psicoterapeutici e per quelli esclusivamente psicoterapeutici.

- Diagnosi

	Intervent o integrato	Nessun interv.	Cura psic.	Cura psic. e psicot.	Cura psicot.	Totale
Altro	1	2				3
Dist. da abuso di sostanze	1	1				2
Disturbi nevrotici	3	16	6			25
Disturbi di pers.	2	8	1	1	2	14
Psicosi affettiva	1	2	3	1		6
Psicosi reattiva	2	4	1	3		8
Schizofrenia	1	1	1	1		4
Totale	11	34	9	6		62

Sinteticamente, si può osservare, a partire da questa tabella, che:

- i disturbi nevrotici tendono a non avviare alcuna forma di intervento (64%) ed in via subordinata un intervento esclusivamente psichiatrico (24%),
- i disturbi di personalità tendono a non avere un prosieguo terapeutico (57% circa) ed in misura minore o un intervento integrato o psicoterapeutico (14% circa ciascuno),

- le psicosi affettive tendono ad avviare un trattamento psichiatrico e psicoterapeutico (50%) ma anche a non avviarne alcuno (33% circa),
- le psicosi reattive tendono a non risultare in alcuna presa in carico (50%) o, in parte, in un intervento integrato (25%),
- la schizofrenia presenta un percorso composito (intervento integrato, psichiatrico, psichiatrico e psicoterapeutico, ma anche nessun intervento).

Alcune considerazioni finali

Una stima attendibile, che comprende i residenti, i soggiornanti ed i minori ma che esclude gli irregolari, calcola la presenza di 17.226 immigrati nella provincia di Prato, al 30 giugno 2001. Questo significa che, su un periodo di sei mesi, i servizi interessati ai problemi di salute mentale sono entrati in contatto con lo 0,35% della popolazione migrante. La percentuale risulterebbe ancora più modesta nel caso si fosse in possesso di informazioni precise sugli irregolari e clandestini – che, come si è visto, si sono rivolti ai servizi.

Il dato psichiatrico emergente non si costituisce pertanto come problema sociale urgente. Anche i ricoveri in SPDC sono tutti volontari e gli arrivi al Pronto Soccorso afferiscono essenzialmente al registro psicosomatico.

Il dato va rapportato per altro ad un'assenza, allo stato attuale, di una funzione di mediazione linguistico-culturale strutturata all'interno del servizio pubblico pratese; mentre iniziative di conoscenza delle popolazioni migranti e di informazione sanitaria risultano come solo in parte sovrapposte al periodo di conduzione della presente indagine. Il numero di contatti fra servizio pubblico e popolazioni migranti risulta quindi ed essenzialmente frutto di un'autoattivazione delle persone in stato di sofferenza o del loro entourage familiare o amicale. Meno consistenti sono le fonti istituzionali (tra cui spicca il medico di base, là dove presente) e minime quelle afferenti alle agenzie del privato sociale che svolgono funzioni assistenziali e sociali. Quest'ultima rilevazione è andata in parte mitigandosi in conseguenza di alcune azioni intersettoriali compiute nel periodo seguente l'indagine. Sembra, tuttavia, di poter constatare una doppia difficoltà a questo livello: la prima pertiene al riconoscimento di problematiche afflittive (ed eventualmente psicopatologiche) al di là e dietro situazioni che si presentano in una forma assistenziale o sociale; la seconda alle difficoltà di poter pensare e realizzare un invio, là dove tale riconoscimento si realizza.

Una funzione di mediazione, chiunque la realizzi, necessita dunque di quel movimento oscillante fra psicopatologia e antropologia culturale: movimento fra clinica e "campo".

Campo che è costituito prima di tutto dai luoghi abitati e costruiti dalle popolazioni migranti, ma che è anche costituito dai luoghi che il privato sociale o altre istituzioni costruiscono per entrare in un rapporto di un qualche tipo con tali popolazioni.

Il dato psichiatrico emergente più sopra riportato rappresenta la parte esile e visibile di una serie di processi che occorre indagare e comprendere, pena la loro invisibilità. Il difetto di conoscenza non ci sembra che vada superato con indagini epidemiologiche a livello di popolazione; indagini che risulterebbero come inconcludenti sul piano operativo, se non addirittura fuorvianti. Il loro risultato finale, infatti, eventualmente molto più consistente di una rilevazione effettuata a livello dell'accesso ai servizi, da una parte, non garantirebbe la transattività delle azioni da cui scaturisce e, dall'altra e ancora di più, saturerebbe a priori le

qualità e le valenze di un bisogno che occorre invece capire nella sua genesi, nelle sue modalità di costruzione e nelle sue forme di esplicitazione.

Questo livello di conoscenza è indispensabile per illuminare almeno alcune delle risultanze dell'indagine svolta, al di là di generici fattori di rischio ipotizzabili. È il caso, in particolare, del fatto che la richiesta di cure nelle diverse popolazioni migranti non rappresenta una funzione lineare della loro densità assoluta sul territorio. Ad esempio, mentre i cinesi rappresentano di gran lunga il primo gruppo di stranieri a Prato, la loro afferenza ai servizi per problemi di salute mentale è molto inferiore a quella dei nigeriani la cui presenza è decisamente meno consistente

Da ciò si può, innanzitutto, trarre la considerazione che l'organizzazione di servizi di cura non necessariamente debba modellarsi sulla base della semplice presenza quantitativa di una certa popolazione – come invece accade solitamente. Ma, anche e ancora di più, si può trovare la spinta per agire e ricercare altrove. Poiché là dove non esistono o sono esili i ponti fra istituzioni e gruppi migranti è perché – probabilmente – i processi vitali di questi ultimi trovano spazio in luoghi “informali” e si esplicano in altre forme.

La scelta metodologica di non saturare il bisogno con configurazioni preordinate si pone come un problema non ideologico, ma squisitamente tecnico che si presenta nella polarità di “campo” del movimento oscillante più sopra richiamato e che si ripropone anche nella sua polarità clinica. Si è infatti rilevata l'alta percentuale di rifiuti della presa in carico da parte delle persone afferite ai servizi: Questo dato solleva il nodo cruciale dei modi di impostazione della clinica nella direzione della costruzione di una possibile alleanza terapeutica. Il nodo cruciale, quindi, della costruzione di un luogo dell'incontro che lasci spazio di parola, di ascolto, di confronto e di conflitto fra logiche autonome e, in misura variabile, divergenti. È nell'impossibilità, per queste altre logiche, di trovare diritto di parola, che va ricercata una ragione importante del rifiuto dell'intervento terapeutico. L'ipotesi contraria dell'accettazione del trattamento, da questo punto di vista, costituisce essa stessa un problema e non dovrebbe essere salutata con innocente e ingenua soddisfazione dai clinici. Si tratta semplicemente dell'altra eventualità di una scelta binaria – prendere o lasciare – che si impone là dove il luogo dell'incontro è occupato per intero dalla cultura scientifica e istituzionale che il clinico volente o nolente rappresenta. In un caso come nell'altro si rinsalda quella scissione di luoghi e di tempi che il migrante porta con sé.

Il percorso sin qui svolto ci ha consegnato domande nuove ed aperto nuove possibilità di riflessione sulla questione dell'accesso ai servizi di cura psicologico-psichiatrica da parte dei gruppi etnici minoritari: questione che pone con forza la necessità di un pensiero ampio e critico sul passaggio, oramai non più eludibile, ma ancora tutto da compiersi da una *psichiatria della migrazione ad una salute mentale in corso di migrazione.*

Bibliografia

- Cardamone G., Zorzetto S., *Salute mentale di comunità*, Franco Angeli, Milano, 2000
- Frigessi Castelnuovo D., Riso M., *A mezza parete. Emigrazione, nostalgia, malattia mentale*, Einaudi, Torino, 1982
- Inglese S., *L'inquietudine alleanza tra psicopatologia e antropologia*, I Fogli di ORISS, 1, 3-31, 1993
- Nathan T., *Quale avvenire per la psicoterapia?* In Pichot P. – Nathan T., *Quale avvenire per la psichiatria e la psicoterapia?*, Colibri, Paderno Dugnano (Mi), 1998.
- Zorzetto S., Cardamone G., Inglese S., Da Prato M., *Schizofrenie e contesto sociale: dai fattori culturali agli studi di follow-up*, in Tagliavini G. e Cardamone G. (a cura di) *Ripensare le schizofrenie*, Colibri, Paderno Dugnano (Mi), 2002
- *Consultorio Immigrati, Dipartimento Salute Mentale - Azienda USL n.4 di Prato
- ** ORISS – Organizzazione interdisciplinare sviluppo e salute - Centro di Documentazione per la salute mentale dei soggetti migranti della Provincia di Prato
- *** Modulo di Psichiatria Transculturale e di Comunità –Dipartimento Salute Mentale - Azienda USL n. 7 di Catanzaro

Ospedali e servizi sanitari interculturali: un'opportunità per tutti i cittadini

Cultura e diritti umani

M.Picozzi*, R. Sala**, Nicola Pasini***

*Università degli Studi dell'Insubria - Varese

** Università Vita e Salute- San Raffaele, Milano

*** Fondazione Ismu per le Iniziative e lo Studio sulla Multietnicità

La sempre maggiore caratterizzazione multietnica e multiculturale delle società occidentali genera in campo medico una riflessione autocritica che prende lo spunto dal confronto tra diverse culture mediche, tra differenti concezioni di salute e malattia. Da tale confronto nasce la discussione sugli indirizzi diagnostico-terapeutici considerati acquisiti, con la progressiva acquisizione di domande di salute finora ignorate che esigono peraltro trasformazioni organizzative. Altra questione, ma non di minore importanza, è quella relativa al rapporto tra medicina 'convenzionale' e medicine non convenzionali, laddove queste ultime costringono ad una riflessione sull'epistemologia della stessa medicina occidentale. Ciò comporta conseguentemente una riflessione sui modelli organizzativi degli Enti assistenziali e sulla individuazione di linee guida capaci di orientare e indirizzare le future scelte, alla luce di questo nuovo contesto socio-culturale.

La questione non riguarda, tuttavia, soltanto medici e infermieri, ma tutta la società civile nel suo complesso, dal momento che le scelte sanitarie devono avvenire nel rispetto dei diritti che ciascun individuo deve veder riconosciuti. Si tratta di capire qual è il rapporto tra i diritti individuali e i diritti della cultura cui l'individuo fa riferimento per verificare se esiste tra questi una conflittualità e come questa potrebbe essere risolta.

Intorno a tale dilemma il Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica dell'Università degli studi dell'Insubria e la Fondazione ISMU hanno da alcuni anni ideato una ricerca con l'obiettivo di offrire linee guida alle Direzioni Sanitarie delle Aziende Ospedaliere per una adeguata gestione dei servizi sanitari interculturali. Offriamo qui una sintetica espressione della posizione del gruppo di ricerca su uno degli aspetti essenziali: il rapporto tra cultura e diritti.

Occorre riflettere prioritariamente sulla diversità culturale. Un'attenta considerazione della diversità culturale è il primo passo per realizzare l'inclusione delle "diversità" (delle culture minoritarie rispetto alla cultura della maggioranza) all'interno della cittadinanza, favorendone in tal modo l'integrazione. Va aggiunto però che le richieste avanzate dalle minoranze non si configurano sempre come domande di inclusione; alcuni gruppi – come spiega Kymlicka⁴³ – aspirano invece a mantenersi separati dagli altri gruppi all'interno della società e in particolare dalla maggioranza; più precisamente, essi aspirano ad autodeterminarsi e a governarsi da soli. Sullo sfondo di questa pretesa di autodeterminazione si riscontra non di rado un'istanza di incondizionato rispetto per la propria cultura, nonché per le abitudini e le pratiche in essa comprese. Quindi la richiesta di inclusione si accompagna ad una richiesta di riconoscimento. Quest'ultima si traduce nella rivendicazione degli stessi diritti di cittadinanza di cui godono coloro che appartengono alla

⁴³ Cfr. W. Kymlicka, *La cittadinanza multiculturale*, Il Mulino, Bologna 1999.

maggioranza. Si tratta quindi di dare riscontro a tale richiesta evitando ogni possibile forma di discriminazione.

In questa prospettiva va analizzato e coniugato il rapporto tra diversità culturale e salute. È noto come, oltre alle definizioni medico-scientifiche per qualificare una situazione come stato di malattia, sia opportuno fare anche riferimento alla percezione soggettiva della malattia e al significato esistenziale che l'individuo vi attribuisce, che a loro volta risentono della cultura e delle condizioni sociali e ambientali in cui egli vive. L'esperienza di malattia è direttamente connessa con l'esperienza che il soggetto fa del suo corpo malato e sofferente, un'esperienza diversamente percepita e diversamente interpretata anche in ragione del diverso contesto culturale. Tale varietà è riscontrabile anche a livello delle terapie e più in generale a livello dei diversi approcci di cura.

In riferimento alle richieste di salute avanzate dagli stranieri immigrati ci troviamo di fronte ad un duplice impegno: da un lato è richiesto uno sforzo di comprensione dell'esperienza di malattia e del significato simbolico che essa assume nell'ambito della loro cultura; dall'altro lato, bisogna decidere che risposta dare a queste richieste di cura. In generale, se ogni richiesta è in sé legittima in quanto esprime il diritto di ciascun individuo di conservare la propria cultura e le proprie tradizioni, in realtà non tutte le richieste sono legittime quanto al loro 'contenuto'; alcune cioè risultano illegittime in quanto contrastanti con i valori fondamentali della società occidentale.

Ci si chiede quindi quali soluzioni offrire di fronte alle diverse richieste di assistenza sanitaria che trovano la propria radice nelle singole tradizioni culturali?

Riconoscendo la varietà delle domande e la loro diversa rilevanza e incidenza (si passa dalla richiesta di infibulazione alla possibilità di consumare la cena dopo il vespro nel mese di Ramadan), va sottolineato come la tolleranza nei confronti delle pratiche culturali può condurre a quello che è stato definito il "paradosso della vulnerabilità multiculturale"⁴⁴: il riconoscimento 'forte' delle differenze e delle tradizioni culturali può implicare la violazione dei diritti dei singoli che all'interno del gruppo vengono discriminati. Il paradosso della vulnerabilità multiculturale nasce dunque quando il gruppo difende certe pratiche che sistematicamente mettono a rischio i diritti fondamentali degli individui che vi appartengono. Per questo, accogliere tali pratiche in nome della tolleranza neutrale nei confronti delle differenti culture risulta essere fortemente problematico⁴⁵.

Il modello della cittadinanza multiculturale che ci sembra sostenibile non è allora quello secondo il quale è necessario tollerare tutte le differenze in nome del principio del rispetto delle culture e del valore che esse in sé rappresentano, bensì quello in grado di spiegare, per usare le parole di Kymlicka, "in che modo i diritti delle minoranze coesistono con i diritti umani e in che modo i diritti della minoranza vengono limitati dai principi di libertà individuale, democrazia e giustizia sociale"⁴⁶. In questo modello di cittadinanza

⁴⁴ Vedi A. Shachar, "On citizenship and multicultural vulnerability", *Political theory*, 28, 1, 2000: 64-89.

⁴⁵ Sul conflitto tra diritti culturali e diritti inviolabili della persona, cfr. R. Macklin R., *Against relativism. Cultural diversity and the search for ethical universals in medicine*, Oxford University Press, New York 1999: 72: "se il diritto all'autodeterminazione culturale è un diritto chiaramente difendibile, perché non lo è anche il diritto delle donne ad essere liberate dalla soggezione al rituale culturale perpetuato per secolo dalle società patriarcali africane?"

⁴⁶ W. Kymlicka, *La cittadinanza multiculturale*, cit., p. 15.

multiculturale, il riconoscimento delle culture minoritarie è realizzato in nome dell'autonomia e della dignità dell'individuo: la valorizzazione delle differenze culturali avviene al fine di valorizzare l'autonomia dei singoli in quanto essi aspirano ad identificarsi con la cultura del gruppo cui appartengono. Per questo, qualsiasi affermazione fatta in nome del gruppo ma a discapito di coloro che vi appartengono non è – in questa prospettiva – giustificata. Ha senso la difesa del multiculturalismo se essa non toglie all'individuo il diritto di scegliere se e in che misura identificarsi con il gruppo, ovvero il diritto di decidere quale cultura eleggere come più confacente ai suoi desideri o ai suoi fini⁴⁷.

Il difficile rapporto tra diritti dei gruppi a conservare la propria cultura e i diritti riconosciuti nel mondo occidentale come universali (i diritti umani costituzionalmente protetti) potrebbe dare adito a due soluzioni estreme, rappresentate da forme di assolutismo etico e, per converso, di relativismo etico. Ora, oltre all'alternativa secca assolutismo / relativismo etico, oltre alla separazione e all'inconciliabilità tra diritti delle culture e diritti degli individui, andrebbe cercata una via per l'accordo tra le diverse culture sulla base di valori comuni. Si dovrebbe indagare più approfonditamente il ruolo dei diritti universali, su cui le diverse culture potrebbero trovare una base di accordo. Questi diritti devono essere difesi come realmente comuni a tutte le realtà culturali, mostrando come non siano patrimonio esclusivo della cultura cosiddetta occidentale ma come siano condivisibili da qualunque cultura, anche se ciascuna tenderà a giustificarli alla luce dei propri particolari valori⁴⁸. Questo è quanto meno un ideale cui tendere, poiché di fatto non tutte le culture sono sensibili nei confronti dei diritti umani né mostrano di attribuirvi particolare valore. Come afferma Bielefeldt: “i diritti umani universali possiedono una forza normativa in quanto volti a condurre alla realizzazione di un ordine politico e giuridico basato sull'eguale diritto alla libertà e alla partecipazione” e tuttavia, “dal momento che consistono in una concezione moralmente esigente, i diritti umani non sono compatibili con tutte le dottrine religiose o filosofiche o con tutte le concezioni della vita”⁴⁹.

⁴⁷ Si veda J. Raz, “Multiculturalism: a liberal perspective”, *Dissent*, Winter 1994: 67-79.

⁴⁸ Su questo una discussione assai interessante è presentata da H. Bielefeldt, “Western versus Islamic human rights conceptions? A critique of cultural essentialism in the discussion on human rights”, *Political theory*, 28, 1, 2000: 90-121. L'autore critica la posizione essenzialista, secondo la quale i diritti umani sono patrimonio ‘genetico’ del popolo occidentale; alla luce di tale critica, egli tenta una via intermedia che eviti gli eccessi del relativismo culturale da un lato e dell'imperialismo culturale dall'altro. Una difesa critica dei diritti umani universale consente, a suo dire, di dare spazio a varie interpretazioni culturali di tali diritti, su cui si può realizzare un consenso.

⁴⁹ H. Bielefeldt, “Western versus Islamic human rights conceptions? A critique of cultural essentialism in the discussion on human rights”, cit., p. 115.

Progetto: assistenza e sorveglianza sanitaria nelle collettività per cittadini indigenti italiani e immigrati: prima analisi e dati preliminari *

G.V. Dallari

Azienda USL della Città di Bologna, Responsabile Scientifico del Progetto

A. Colucci

Assessorato Sanita' Regione Siciliana, Responsabile Amministrativo del Progetto

Azienda USL della Città di Bologna

A. Cavina – Direttore Generale

R. Costantino – Project Manager

F. Trevisani, S. Pazzaglia, A.M. Mesini – Dipartimento Cure Primarie

M. Lavecchia, A. Luppi, A. Pozzi – Presidio di Pneumotisiologia

Dott.ssa A.R. Gianninoni – Dipartimento Sanità Pubblica

Comune di Bologna

R. Collina, A. Zanini, V. Verzieri, E. Ghini, H. Belhatti, A. Raza, L. Thiam, M. Ba, M.

Pazzi, G. Matti – Serv. Immigrati, Profughi e Nomadi

E. Pipitone, M. Rinaldi – Osservatorio Epidemiologico

E. Scoccati – Servizio Sociale Adulti

Università' di Bologna Facoltà Biologia E.S.

E. Gualdi, L. Galletti, S. Toselli, A. Zironi – Dipartimento di Antropologia

Associazione Salute Senza Margini

S. Mellini, A. Larocca

Associazione Sokos

R. Zendron, G. Brescia, R. Chattat

Confraternita della Misericordia – Ambulatorio I. Biavati

V. Migliori, C. Garau

Croce Rossa Italiana (Bologna)

G. Mazzotti, A. Bassi, L. Forni

Centro Regionale di Riferimento e di Coordinamento per la Medicina delle Migrazioni Presso l'Istituto di Medicina Interna e Geriatria dell'Università' di Palermo, Azienda Policlinico di Palermo

S. Mansueto, M. Lupo, M. Monzur Hosssain, B. Aabaid

Poliambulatorio per cittadini extracomunitari S. Chiara di Palermo

M. Affronti, E. Piccione, I. Wacoubo

Distretto Sanitario di Base 13 Palermo –

F. Grippi, G. Bruno, L. Vassallo, L. Ponte, P. Sampino, M. Crapanzano, N. Candhe

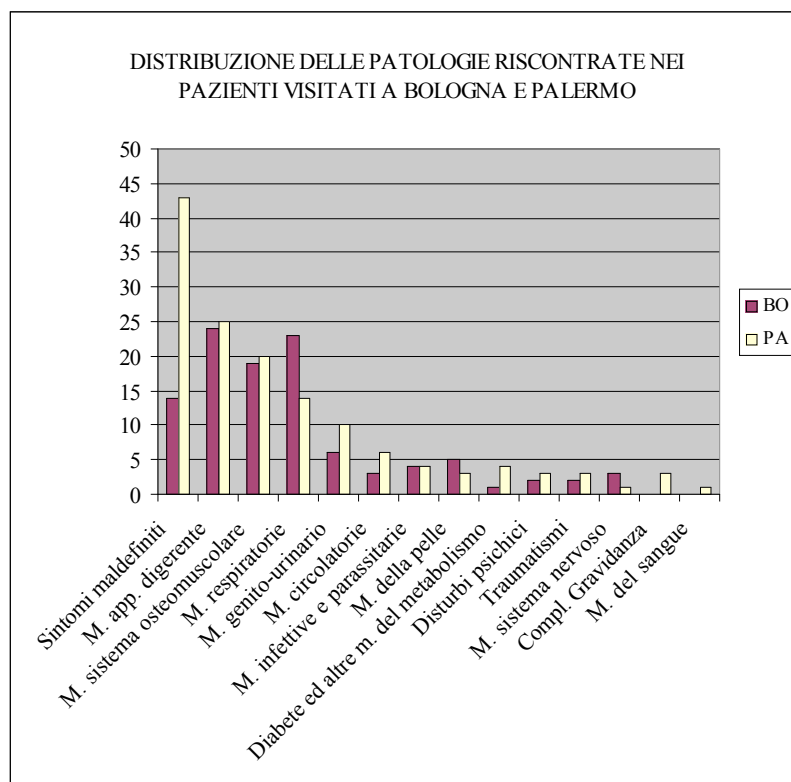
Le patologie registrate nella scheda sanitaria, appositamente approntata per il progetto, sono state codificate secondo i grandi gruppi di diagnosi della classificazione internazionale delle malattie, traumatismi e cause di morte, IX revisione (ICD-IX).

Dai dati (cfr. tabella seguente) dell'anamnesi patologica recente riscontrata dalle visite effettuate agli immigrati risulta un numero totale di 246 soggetti che avevano in atto al momento della visita sintomi di patologie (106 soggetti a Bologna e 140 a Palermo). Occorre, però, tenere presente che molto spesso i sintomi rilevati durante le visite sono riferibili a patologie di modesta entità (es.: ipertensione, tosse, rinite, ecc.).

In totale le visite effettuate finora sono state 558 (319 a Bologna e 239 a Palermo); nel 44,1% nei casi sono stati riscontrati sintomi di patologie in atto (nel 33,2% dei casi a Bologna e nel 58,6 % a Palermo). La maggiore percentuale registrata a Palermo è da imputare anche al fatto che lì le visite non vengono effettuate agli ospiti dei centri di accoglienza ma, in molti casi, tra i soggetti frequentatori di un poliambulatorio.

Nel complesso le diagnosi che risultano percentualmente più frequenti (cfr. grafico seguente), escludendo i “segni, sintomi maldefiniti”, sono le malattie dell’apparato digerente, seguono le malattie del sistema osteomuscolare e le malattie dell’apparato respiratorio. A Bologna questi tre gruppi di diagnosi sono presenti con percentuali superiori rispetto a Palermo, in particolare ciò si verifica per le malattie respiratorie. Va segnalata anche l’alta percentuale di casi che ricadono nella categoria “segni, sintomi maldefiniti” (cefalea, vertigini, prurito, ecc.); tale dato è particolarmente evidente per le visite effettuate a Palermo (31% vs. il 13% a Bologna); pertanto è necessario per le visite future cercare di avere diagnosi più precise, ove possibile.

sintomi riscon. al momento della visita, classificati secondo la classificaz. icd-ix	Bologna	%	Palermo	%	Totale
Sintomi maldefiniti	14	13%	43	31%	57
M. app. digerente	24	23%	25	18%	49
M. sistema osteomuscolare	19	18%	20	14%	39
M. respiratorie	23	22%	14	10%	37
M. genito-urinario	6	6%	10	7%	16
M. circolatorie	3	3%	6	4%	9
M. infettive e parassitarie	4	4%	4	3%	8
M. della pelle	5	5%	3	2%	8
Diabete ed altre m. del metabolismo	1	1%	4	3%	5
Disturbi psichici	2	2%	3	2%	5
Traumatismi	2	2%	3	2%	5
M. sistema nervoso	3	3%	1	1%	4
Compl. Gravidanza		0%	3	2%	3
M. del sangue		0%	1	1%	1
Totale	106	100%	140	100%	246



Nell'appendice statistica si trovano diversi dati utili per un'analisi di epidemiologia descrittiva; infatti, separatamente per Bologna e Palermo, sono riportate le frequenze (in valore assoluto ed in percentuale di riga e di colonna) relative ai sintomi delle patologie riscontrate in passato ed al momento della visita e le vaccinazioni eseguite sia in passato (nel paese d'origine o in Italia) che durante l'intervento. Queste frequenze sono analizzate in relazione ad alcune caratteristiche socio-demografiche (sesso, classi di età, cittadinanza, titolo di studio, iscrizione o meno al Servizio Sanitario Nazionale) della popolazione su cui si è svolto l'intervento e rispetto alle sedi dove si sono svolti gli interventi stessi. Infine, si sono posti in relazione i sintomi e le patologie remote con quelli riscontrati durante l'intervento, anche in questo caso oltre ai valori assoluti, al fine di agevolare i confronti, si sono riportate le percentuali.

*** I dati qui illustrati fanno riferimento ad una prima analisi degli interventi svolti nell'anno 2001; una relazione più completa ed analitica sarà presentata durante la VII Consensus Conference di Erice.**

APPENDICE STATISTICA

BOLOGNA (Valori Assoluti)

ISCRITTO USL	Sesso		n.d.	Totale	Classe di età					n.d.	Totale
	maschi	femmine			fino a 24	25-34	35-44	45-54	55 e oltre		
NO	114		3	117	15	46	26	19	7	4	117
SI'	196	5		201	2	35	75	51	35	3	201
Totale	310	5	3	318	17	81	101	70	42	7	318

PATOLOGIE REMOTE	Sesso		n.d.	Totale	Classe di età					n.d.	Totale
	maschi	femmine			fino a 24	25-34	35-44	45-54	55 e oltre		
ALCOOLISMO	21	1	0	22	0	0	6	10	5	1	22
ALLERGIE	44	0	0	44	4	7	19	8	5	1	44
APP. LOCOMOTORE	45	0	0	45	0	9	10	12	13	1	45
CARDIOCIRCOLATORIE	15	2	0	17	0	0	3	6	8	0	17
CONNETTIVO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CUTANEE-ANESSIALI	9	0	0	9	1	3	2	3	0	0	9
EMATICHE	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1
ENDOCRINE	3	1	0	4	0	0	2	2	0	0	4
EPATICHE	26	1	0	27	0	1	16	8	2	0	27
GASTROENTERICHE	60	2	0	62	1	11	22	17	11	0	62
GENITO-URINARIE	19	0	0	19	2	4	4	4	5	0	19
IMMUNITARIE	1	1	0	2	0	0	0	2	0	0	2
INFETTIVE	9	1	0	10	1	2	2	2	3	0	10
METABOLICHE	5	1	0	6	0	1	0	3	2	0	6
NEUROLOGICHE	5	0	0	5	0	1	1	1	2	0	5
OCCHIO	30	0	0	30	1	4	5	12	8	0	30
PARASSITARIE	8	0	0	8	0	0	6	2	0	0	8
PSICHIATRICHE	5	2	0	7	0	0	3	2	2	0	7
RENALI	5	0	0	5	0	0	3	0	2	0	5
RESPIRATORIE	34	1	0	35	1	6	14	9	5	0	35
TERAPIE FARMACOLOGICHE	33	2	0	35	0	3	9	12	11	0	35
TOSSICODIPENDENZA	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1
TUMORI	2	0	0	2	0	0	0	1	1	0	2
ALTRO	2	0	0	2	0	1	0	0	1	0	2
Totale	310	5	3	318	17	81	101	70	42	7	318

PATOLOGIE RECENTI	Sesso		n.d.	Totale	Classe di età					n.d.	Totale
	maschi	femmine			fino a 24	25-34	35-44	45-54	55 e oltre		
01 M. infettive e parassitarie	4			4			3			1	4
03 Diabete ed altre m. del metabolismo	1			1				1			1
05 Disturbi psichici	2			2			2				2
06 M. sistema nervoso	3			3		1	1	1			3
07 M. circolatorie	3			3			3				3
08 M. respiratorie	22	1		23	2	7	7	4	3		23
09 M. app. digerente	24			24	1	9	7	5	2		24
10 M. app. genito-urinario	6			6		1	1	4			6
12 M. della pelle	5			5		2		2		1	5
13 M. sistema osteomuscolare	19			19		4	5	5	5		19
16 Sintomi maldefiniti	14			14		2	8	2	1	1	14
17 Traumatismi	2			2		2					2
nessuna patologia	205	4	3	212	14	53	64	46	31	4	212
Totale	310	5	3	318	17	81	101	70	42	7	318

VACCINAZIONI durante la VISITA	Sesso		n.d.	Totale	Classe di età					n.d.	Totale
	maschi	femmine			fino a 24	25-34	35-44	45-54	55 e oltre		
POLIO	8	0	0	8	0	4	2	0	2	0	8
DIFTERITE	12	0	0	12	0	3	8	1	0	0	12
TBC	3	0	0	3	0	2	1	0	0	0	3
TETANO	21	0	0	21	0	5	12	2	2	0	21
COLERA	3	0	0	3	0	2	0	0	1	0	3
VAIOLO	22	1	0	23	1	7	8	2	5	0	23
ROSOLIA	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1
MORBILLO	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1
EPATITE A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EPATITE B	5	0	0	5	0	0	2	2	1	0	5
Totale	310	5	3	318	17	81	101	70	42	7	318

MANTOUX	9	0	0	9	1	1	2	3	2	0	9
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

VACCINAZIONI durante l'INTERVENTO	Sesso		n.d.	Totale	Classe di età					n.d.	Totale
	maschi	femmine			fino a 24	25-34	35-44	45-54	55 e oltre		
POLIO	179	4	0	183	10	38	69	44	20	2	183
DIFTERITE	145	5	0	150	9	37	42	39	21	2	150
TETANO	165	5	0	170	10	39	56	42	21	2	170
PERTOSSE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ROSOLIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MORBILLO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EPATITE B	53	2	0	55	0	8	18	14	15	0	55
Totale	310	5	3	318	17	81	101	70	42	7	318

MANTOUX	227	3	0	230	11	47	85	56	29	2	230
---------	-----	---	---	-----	----	----	----	----	----	---	-----

ISCRITTO USL	CITTADINANZA					n.d.	Totale
	Marocco	Tunisia	Pakistan	Senegal	Altro		
NO	22	1	64	9	1	20	117
SI'	89	10	29	34	3	36	201
Totale	111	11	93	43	4	56	318

PATOLOGIE REMOTE	CITTADINANZA					n.d.	Totale
	Marocco	Tunisia	Pakistan	Senegal	Altro		
ALCOOLISMO	8	0	0	1	0	13	22
ALLERGIE	20	1	13	3	2	5	44
APP. LOCOMOTORE	16	3	9	4	0	13	45
CARDIOCIRCOLATORIE	4	2	3	1	0	7	17
CONNETTIVO	0	0	0	0	0	0	0
CUTANEE-ANESSIALI	3	0	4	1	0	1	9
EMATICHE	1	0	0	0	0	0	1
ENDOCRINE	0	0	0	1	0	3	4
EPATICHE	7	2	2	9	0	7	27
GASTROENTERICHE	23	1	14	6	0	18	62
GENITO-URINARIE	12	1	4	0	0	2	19
IMMUNITARIE	1	0	0	0	0	1	2
INFETTIVE	2	0	0	5	0	3	10
METABOLICHE	1	0	1	0	0	4	6
NEUROLOGICHE	3	0	1	0	0	1	5
OCCHIO	11	2	7	2	0	8	30
PARASSITARIE	2	0	0	5	0	1	8
PSICHIATRICHE	1	1	0	0	0	5	7
RENALI	2	0	2	0	0	1	5
RESPIRATORIE	12	0	7	6	0	10	35
TERAPIE FARMACOLOGICHE	13	1	5	3	1	12	35
TOSSICODIPENDENZA	0	0	0	1	0	0	1
TUMORI	0	0	0	1	0	1	2
ALTRO	0	0	1	0	0	1	2
Totale	111	11	93	43	4	56	318

PATOLOGIE RECENTI	CITTADINANA					n.d.	Totale
	Marocco	Tunisia	Pakistan	Senegal	Altr o		
01 M. infettive e parassitarie			1	3			4
03 Diabete ed altre m. del metabolismo	1						1
05 Disturbi psichici						2	2
06 M. sistema nervoso	1		2				3
07 M. circolatorie	2		1				3
08 M. respiratorie	6		10	3		4	23
09 M. app. digerente	3	2	11	4	1	3	24
10 M. app. genito-urinario	5		1				6
12 M. della pelle	2			2		1	5
13 M. sistema osteomuscolare	10	2	6	1			19
16 Sintomi maldefiniti	3		4	3	1	3	14
17 Traumatismi	2						2
nessuna patologia	76	7	57	27	2	43	212
Totale	111	11	93	43	4	56	318

PALERMO (Valori Assoluti)

ISCRITTO USL	Sesso		Totale	Classe di età					n.d.	Totale
	maschi	femmine		fino a 24	25-34	35-44	45-54	55 e oltre		
NO	132	80	212	47	102	36	7	4	16	212
SI'	12	15	27	5	6	10	5		1	27
Totale	144	95	239	52	108	46	12	4	17	239

PATOLOGIE REMOTE	Sesso		Totale	Classe di età					n.d.	Totale
	maschi	femmine		fino a 24	25-34	35-44	45-54	55 e oltre		
ALCOOLISMO	2	0	2	0	1	1	0	0	0	2
ALLERGIE	11	4	15	5	7	2	0	0	1	15
APP. LOCOMOTORE	7	3	10	2	6	1	1	0	0	10
CARDIOCIRCOLATORIE	5	0	5	1	0	1	1	2	0	5
CONNETTIVO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CUTANEE-ANESSIALI	2	1	3	0	2	0	1	0	0	3
EMATICHE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ENDOCRINE	2	2	4	0	3	1	0	0	0	4
EPATICHE	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1
GASTROENTERICHE	9	3	12	4	3	4	0	0	1	12
GENITO-URINARIE	3	9	12	4	2	4	2	0	0	12
IMMUNITARIE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
INFETTIVE	15	9	24	6	9	8	0	0	1	24
METABOLICHE	3	3	6	0	1	1	1	3	0	6
NEUROLOGICHE	1	2	3	1	1	1	0	0	0	3
OCCHIO	2	1	3	0	3	0	0	0	0	3
PARASSITARIE	6	10	16	5	6	3	0	2	0	16
PSICHIATRICHE	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1
RENALI	2	0	2	1	1	0	0	0	0	2
RESPIRATORIE	3	8	11	1	3	2	2	2	1	11
TERAPIE FARMACOLOGICHE	3	5	8	3	1	1	1	1	1	8
TOSSICODIPENDENZA	4	0	4	4	0	0	0	0	0	4
TUMORI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ALTRO	12	5	17	4	5	4	1	1	2	17
Totale	144	95	239	52	108	46	12	4	17	239

PATOLOGIE RECENTI	Sesso		Totale	Classe di età					n.d.	Totale
	maschi	femmine		fino a 24	25-34	35-44	45-54	55 e oltre		
01 M. infettive e parassitarie	3	1	4	1	2	1				4
03 Diabete ed altre m. del metabolismo	3	1	4		3	1				4
04 M. del sangue		1	1		1					1
05 Disturbi psichici	2	1	3	1			1	1		3
06 M. sistema nervoso	1		1				1			1
07 M. circolatorie	5	1	6		2	3			1	6
08 M. respiratorie	9	5	14	3	5	3	1	1	1	14
09 M. app. digerente	17	8	25	2	15	7		1		25
10 M. app. genito-urinario	6	4	10	1	5	4				10
11 Compl. Gravidanza		3	3	1	2					3
12 M. della pelle	3		3	1	2					3
13 M. sistema osteomuscolare	12	8	20	4	6	6	3	1		20
16 Sintomi maldefiniti	17	26	43	11	21	6	3		2	43
17 Traumatismi	3		3	1	1	1				3
nessuna patologia	63	36	99	26	43	14	3		13	99
Totale	144	95	239	52	108	46	12	4	17	239

VACCINAZIONI già effettuate e certificate	Sesso		Totale	Classe di età					n.d.	Totale
	maschi	femmine		fino a 24	25-34	35-44	45-54	55 e oltre		
POLIO	14	11	25	4	8	8	2	0	3	25
DIFTERITE	22	13	35	7	18	7	0	0	3	35
TBC	21	11	32	5	18	6	0	0	3	32
TETANO	20	7	27	5	14	6	2	0	0	27
COLERA	6	6	12	6	4	1	1	0	0	12
VAIOLO	2	2	4	0	1	2	1	0	0	4
ROSOLIA	4	1	5	0	4	1	0	0	0	5
MORBILLO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EPATITE A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EPATITE B	1	2	3	2	0	1	0	0	0	3
Totale	144	95	239	52	108	46	12	4	17	239

MANTOUX	34	24	58	13	24	13	1	4	3	58
---------	----	----	----	----	----	----	---	---	---	----

VACCINAZIONI durante l'INTERVENTO	Sesso		Totale	Classe di età					n.d.	Totale
	maschi	femmine		fino a 24	25-34	35-44	45-54	55 e oltre		
POLIO	54	32	86	26	37	14	4	2	3	86
DIFTERITE	53	31	84	26	37	14	2	2	3	84
TETANO	47	29	76	20	34	13	4	2	3	76
PERTOSSE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ROSOLIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MORBILLO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EPATITE B	42	26	68	16	32	11	4	1	4	68
Totale	144	95	239	52	108	46	12	4	17	239

ISCRITTO USL	CITTADINANZA								n.d.	Totale
	Marocco	Tunisia	Pakistan	C. d'Avorio	Jugoslavia	Bangladesh	Ghana	Altro		
NO	32	4		61	58	19	9	12	17	212
SI'	10	2	1	3	1		4	5	1	27
Totale	42	6	1	64	59	19	13	17	18	239

VACCINAZIONI durante l'INTERVENTO	TITOLO DI STUDIO					n.d.	Totale
	NESSUNO	ELEMENTARE	MEDIA INF	MEDIA SUP	UNIVERSITA'		
POLIO	34	16	13	13	4	6	86
DIFTERITE	33	16	12	13	4	6	84
TETANO	30	13	11	13	4	5	76
PERTOSSE	0	0	0	0	0	0	0
ROSOLIA	0	0	0	0	0	0	0
MORBILLO	0	0	0	0	0	0	0
EPATITE B	25	10	12	14	3	4	68
Totale	53	39	61	51	8	27	239

MANTOUX	44	31	37	24	6	23	165
---------	----	----	----	----	---	----	-----

ISCRITTO USL	STRUTTURA			Totale
	Campo Nomadi	Santa Chiara	ALTRO	
NO	56	17	139	212
SI'	1		26	27
Totale	57	17	165	239

PATOLOGIE REMOTE	STRUTTURA			Totale	ISCRITTO USL		Totale
	Campo Nomadi	Santa Chiara	ALTRO		NO	SI'	
ALCOOLISMO	0	0	2	2	1	1	2
ALLERGIE	3	1	11	15	13	2	15
APP. LOCOMOTORE	3	0	7	10	8	2	10
CARDIOCIRCOLATORIE	4	1	0	5	5	0	5
CONNETTIVO	0	0	0	0	0	0	0
CUTANEE-ANESSIALI	2	0	1	3	2	1	3
EMATICHE	0	0	0	0	0	0	0
ENDOCRINE	0	1	3	4	4	0	4
EPATICHE	0	0	1	1	1	0	1
GASTROENTERICHE	3	1	8	12	11	1	12
GENITO-URINARIE	7	0	5	12	10	2	12
IMMUNITARIE	0	0	0	0	0	0	0
INFETTIVE	11	1	12	24	23	1	24
METABOLICHE	5	0	1	6	6	0	6
NEUROLOGICHE	1	1	1	3	2	1	3
OCCHIO	0	0	3	3	2	1	3
PARASSITARIE	13	0	3	16	15	1	16
PSICHIATRICHE	1	0	0	1	1	0	1
RENALI	1	0	1	2	2	0	2
RESPIRATORIE	7	0	4	11	10	1	11
TERAPIE FARMACOLOGICHE	2	1	5	8	7	1	8
TOSSICODIPENDENZA	4	0	0	4	4	0	4
TUMORI	0	0	0	0	0	0	0
ALTRO	6	0	11	17	15	2	17
Totale	57	17	165	239	212	27	239

PATOLOGIE RECENTI	STRUTTURA			Totale	ISCRITTO USL		Totale
	Campo Nomadi	Santa Chiara	ALTRO		NO	SI'	
01 M. infettive e parassitarie	3		1	4	4		4
03 Diabete ed altre m. del metabolismo		1	3	4	3	1	4
04 M. del sangue			1	1	1		1
05 Disturbi psichici	2		1	3	3		3
06 M. sistema nervoso			1	1	1		1
07 M. circolatorie	1	2	3	6	4	2	6
08 M. respiratorie	4		10	14	14		14
09 M. app. digerente	6		19	25	22	3	25
10 M. app. genito-urinario	5	1	4	10	9	1	10
11 Compl. Gravidanza	2		1	3	3		3
12 M. della pelle	1		2	3	3		3
13 M. sistema osteomuscolare	7		13	20	18	2	20
16 Sintomi maldefiniti	10	1	32	43	37	6	43
17 Traumatismi	1		2	3	3		3
nessuna patologia	15	12	72	99	87	12	99
Totale	57	17	165	239	212	27	239

VACCINAZIONI già effettuate e certificate	STRUTTURA			Totale	ISCRITTO USL		Totale
	Campo Nomadi	Santa Chiara	ALTRO		NO	SI'	
POLIO	2	1	22	25	20	5	25
DIFTERITE	3	2	30	35	33	2	35
TBC	1	2	29	32	31	1	32
TETANO	3	1	23	27	26	1	27
COLERA	1	0	11	12	11	1	12
VAIOLO	1	0	3	4	2	2	4
ROSOLIA	0	0	5	5	5	0	5
MORBILLO	0	0	0	0	0	0	0
EPATITE A	0	0	0	0	0	0	0
EPATITE B	1	0	2	3	2	1	3
Totale	57	17	165	239	212	27	239

MANTOUX	17	12	29	58	54	4	58
---------	----	----	----	----	----	---	----

VACCINAZIONI durante l'INTERVENTO	STRUTTURA			Totale	ISCRITTO USL		Totale
	Campo Nomadi	Santa Chiara	ALTRO		NO	SI'	
POLIO	44	12	30	86	83	3	86
DIFTERITE	42	12	30	84	81	3	84
TETANO	34	12	30	76	73	3	76
PERTOSSE	0	0	0	0	0	0	0
ROSOLIA	0	0	0	0	0	0	0
MORBILLO	0	0	0	0	0	0	0
EPATITE B	25	13	30	68	66	2	68
Totale	57	17	165	239	212	27	239
MANTOUX	53	6	106	165	147	18	165

Osservare l'esperienza migratoria individuale e le reti migratorie familiari
all'interno del Centro di Prima Accoglienza Santa Chiara (Palermo):
le potenzialità di una ricerca interdisciplinare
D. Carrillo¹, V. Pellegrino², G. Boëtch², B. Chiarelli¹

- 1- **Laboratorio di Antropologia, Dipartimento di Biologia animale e Genetica, Università di Firenze**
- 2- **UMR 6578 Unité d'Anthropologie: 'Adaptabilité biologique et culturelle', CNRS/Université de la Méditerranée**

1. Introduzione

La complessità del fenomeno migratorio che coinvolge attualmente l'Italia appare evidente: vi è una pluralità di sistemi migratori che la collegano a numerosi paesi africani, asiatici ed americani. Le persone migranti differiscono a seconda del genere e dell'età, del ruolo familiare e della professione, tanto rispetto al paese di provenienza che di arrivo. In alcuni circuiti migratori le donne sono più numerose, e spesso migrano sole, per poi ricostituire in Italia il proprio nucleo familiare, come nel caso delle donne filippine in Emilia Romagna (Pellegrino, 2001), o delle donne eritree nella città di Milano (Favaro e Tognetti-Bordogna, 1991). In altre circostanze, gli uomini hanno svolto inizialmente il ruolo di primo migrante, come nei movimenti migratori provenienti dalla Tunisia e dal Senegal, per poi assistere nel primo caso a rapidi fenomeni di ricongiungimento familiare (Bonifazi, 1998).

Il rapido modificarsi delle correnti migratorie ed il carattere familiare delle catene migratorie mostrano la complessità delle dinamiche che sono alla base di tali processi. Appare sempre più importante comprendere quale sia la struttura delle reti migratorie, quale sia il ruolo svolto dai membri migranti di una famiglia e/o di una comunità rispetto a coloro che sono rimasti nel paese d'origine, come nascano e si evolvano le esperienze migratorie. In tal senso, si è passati dalla valutazione degli elementi di 'attrazione' (pull factors) e di 'repulsione' (push factors)⁵⁰, considerati come le forze che davano forma alle migrazioni descritte in termini di flussi (e dalle macro analisi socio-demografiche incentrate sui differenziali economici esistenti tra paesi di immigrazione e di emigrazione), alla consapevolezza che la decisione di emigrare è un atto di autodeterminazione individuale, maturato seguendo una pluralità di circostanze e di modalità. Per comprendere il peso dei diversi fattori storici e socio-economici in relazione ai quali prendono vita le correnti migratorie, numerosi autori propongono oggi di integrare le analisi quantitative incentrate sul contesto di arrivo (o su quello di partenza), con micro analisi che raccolgano l'elemento soggettivo, e che stabiliscano una continuità tra esperienza emigratoria ed immigratoria (Pellegrino, 2001; Boetsch *et al.* 1992).

In tal senso, l'interesse dei ricercatori si è focalizzato sul ruolo fondamentale giocato dall'individuo non solo nella decisione di migrare, ma anche nella scelta delle modalità secondo le quali realizzare il proprio progetto. L'osservazione delle reti migratorie e delle famiglie migranti, spesso materialmente separate, viene così affidato alla narrazione

⁵⁰ In tal senso, si veda la presentazione delle diverse teorie sulle migrazioni internazionali fatta da Scidà e Pollini, in *Sociologia delle migrazioni*, Franco Angeli, 1998, ove sono esposti tutti i limiti e le positività delle analisi basate sui macro fattori e sul contesto, che sottintendono e mettono in secondo piano il ruolo individuale

dell'attore sociale, in questo caso la persona migrante, che può riferire di luoghi e persone fisicamente lontane, eppure ancora parte integrante della sua realtà simbolica e materiale (basti pensare allo scambio di risorse economiche). La persona migrante, autrice del "viaggio", vive esperienze apparentemente lontane e difficili da collegare tra loro in una continuità di significati. E' al tempo stesso e-migrante e im-migrante, sospesa tra il prima e il dopo, tra un 'qui' e un 'là'. Questo presupposto motiva gli orientamenti che negli ultimi anni hanno caratterizzato gli studi sulle migrazioni: diventa fondamentale dar voce alla persona, alle sue scelte, all'elaborazione individuale del progetto migratorio (Bosi e Campanile, 1997; Lelièvre, 1999). Questo approccio permette di superare la dicotomia 'paese di origine' - 'paese di arrivo', come si trattasse di sistemi chiusi, e mette in evidenza il carattere de-localizzato delle migrazioni internazionali attuali, caratterizzate da sistemi socio-culturali ed economici trans nazionali (Al-Ali e Koser, 2002; De Bernard, 1995).

Ciascuna corrente migratoria non è vista in termini di spostamenti 'determinati' dalle crisi di natura economica (Di Comite e Moretti, 1999) o politica, ma piuttosto come insieme di singoli destini che in un determinato contesto sono accomunati dalla scelta del viaggio. In tale ottica, approfondire l'analisi di uno *specifico* contesto e del *vissuto* individuale legato ad esso resta l'interesse primario della ricerca.

Conseguenza diretta è l'elaborazione di un approccio pluridisciplinare che integri tra loro gli approcci macro analitici, propri di alcune scienze sociali come la demografia, e micro analitici, propri degli studi socio-antropologici. L'evidente difficoltà di tale integrazione accresce l'importanza delle inchieste che cercano di elaborare un sincretismo "metodologico" mirato a cogliere tutta la complessità del processo migratorio, inchieste nelle quali un numero significativamente alto di incontri con persone migranti restituisca gli elementi comuni alle dinamiche migratorie di rete, e gli elementi discordanti che caratterizzano i singoli destini individuali.

Tali inchieste socio-demografiche sono, tuttavia, molto difficili da realizzare. Da un lato, la loro utilità è evidente, poiché le realtà immigratorie sono difficili da osservare tramite le fonti ufficiali e scritte, come quelle amministrative, solitamente usate nelle analisi quantitative. Molte persone migranti abitano per lunghi periodi sul territorio italiano senza essere riconosciute a livello amministrativo e senza avere permesso di soggiorno. D'altro canto, proprio la durezza e la complessità del vissuto immigratorio portano spesso alla difficoltà d'interazione con l'ambiente circostante, e ad esperienze di marginalità sociale difficili da approcciare. L'incontro tra il/la ricercatore/trice e le persone migranti (la raccolta di informazioni) è caratterizzato dalla natura complessa delle relazioni interculturali: ad ogni incontro, riemerge la questione politica del rapporto tra migranti ed autoctoni, a partire dal linguaggio con il quale ci si esprime. Per ciò, le inchieste dedicate alle famiglie migranti devono fare della questione metodologica uno degli elementi centrali della riflessione.

Tutto ciò ci porta a concludere che per entrare in tali realtà sociali, per incontrare le persone migranti e per comprendere come si è costruita l'esperienza migratoria, bisogna avere accesso ai luoghi in cui esse vivono e partecipare alle situazioni nelle quali esse interagiscono proponendo le proprie memorie, i propri desideri e bisogni.

In tal senso, i centri di prima accoglienza appaiono come osservatori privilegiati. Lo spazio di ascolto dedicato alla persona migrante è prezioso non solo ai fini della ricerca socio-demografica, nel nostro caso incentrata sulle dinamiche familiari attraverso le quali si realizza la migrazione, ma diviene anche uno strumento utile al personale socio-sanitario

per cogliere la relazione tra migrazione e malessere, e per contestualizzare la malattia all'interno di una biografia individuale.

2. *L'individuo e la sua esperienza migratoria: gli obiettivi di un'indagine demografica*

Il lavoro svolto fino ad oggi è basato sull'incontro con 115 persone migranti. Malgrado l'intenzione di proseguire la ricerca ed estendere l'insieme di narrazioni raccolte, l'analisi di quanto è stato sino ad oggi registrato sembra indicare una pluralità di strategie migratorie adottate dai singoli intervistati e dai gruppi ai quali essi fanno riferimento in contesto immigratorio. La traccia narrativa è costituita da un questionario, finalizzato alla comprensione del contesto familiare ed alla ricostruzione delle biografie di familiari oggi separati dalla migrazione di uno di loro. I questionari sono misti: parte delle domande sono di tipo chiuso, finalizzate alla raccolta di informazioni precise (date e luoghi, ad esempio); altre sono aperte, e vogliono stimolare tratti di libera narrazione che mettano in evidenza le capacità interpretative di ciascun attore sociale rispetto al proprio contesto ed alle proprie esperienze.

La strategia di selezione delle persone migranti protagoniste delle interviste è evidentemente legata alla natura del centro ed alla dinamica di 'passa parola' che ne caratterizza l'utenza. Sebbene ciò porti evidentemente a fenomeni di auto selezione dell'insieme di persone intervistate, che di conseguenza non può essere considerato un campione rappresentativo delle migrazioni internazionali a Palermo, si deve ricordare che Santa Chiara si caratterizza come centro di prima accoglienza non solo sanitaria, quanto sociale in senso più allargato. Il luogo è quindi adatto allo studio del primo periodo in terra di immigrazione, ed all'analisi delle separazioni/ricongiungimenti familiari che la migrazione comporta. Inoltre, molte persone vi tornano con regolarità anche dopo anni dall'arrivo a Palermo, rendendo possibile seguire le evoluzioni dei loro nuclei familiari. Grazie a tale strategia di campionamento, molto simile a quello dello 'snow ball' che caratterizza molte ricerche sociali incentrate sulle migrazioni (De Bernard *et al.*, 1995), si riesce a descrivere le dinamiche migratorie che caratterizzano alcuni gruppi di migranti che accedono più sovente al centro, in virtù della conoscenza reciproca.

Nonostante la presenza più numerosa presso il centro sia stata quella delle persone migranti provenienti dal Bangladesh, la nostra inchiesta ne ha coinvolte relativamente poche (12) a causa di problemi linguistici non ancora risolti. La nostra attenzione si è rivolta principalmente alle persone originarie della Costa d'Avorio (17.86%) e del Ghana (17.86%). In ordine decrescente persone provenienti dal Marocco (12.5%), dalla Nigeria (10.71%), dalla Tunisia (8.04%), dalle Mauritius (7.14%).

Le interviste raccolte, sebbene la ricerca sia ancora in corso e proseguirà nei prossimi mesi, hanno permesso di osservare il contesto familiare dei migranti (parenti presenti a Palermo, in Italia, o rimasti nel paese d'origine), il loro percorso migratorio e professionale. Emergono strategie diverse, legate alla condivisione di modalità migratorie che caratterizzano i gruppi persone appartenenti ad una stessa generazione e provenienti da uno stesso paese d'origine. Gli/le intervistati/e provenienti dalle Mauritius, ad esempio, raccontano tutti di una famiglia ricostruita, sebbene parzialmente, a Palermo; viceversa le persone nigeriane incontrate (tutte donne) descrivono una migrazione solitaria, in cui tutte le donne/madri hanno lasciato i propri figli nel paese d'origine. Per quanto riguarda le persone provenienti dalla Costa d'Avorio, più della metà delle coppie intervistate (moglie e

marito presenti a Palermo) racconta di avere lasciato, almeno uno dei figli al paese d'origine; al contrario, nessuna delle coppie provenienti dal Marocco vive la stessa esperienza di separazione dai figli. Le progettualità migratorie sembrano differire, così come le forme ed i ruoli assunti dalle reti migratorie presenti nella città.

Quasi tutte le persone intervistate rientrano nella fascia di età 25-40; nessuna di loro aveva vissuto in altre città italiane prima di abitare a Palermo, indicando così Palermo come città da cui inizia non solo il viaggio (per molte persone la città rappresenta il primo punto di approdo sul nostro territorio), ma anche la prima interazione con la società italiana.

Il viaggio rimette in discussione l'individuo, i suoi legami familiari, le sue appartenenze culturali. L'arrivo in un paese straniero costringe ad un confronto importante tra il passato e il presente, tra un "altrove" e un "qui" che difficilmente sono separabili, che convivono all'interno di una visione comparativa e sovrapposta delle diverse realtà, e che caratterizzano le modalità migratorie familiari e l'elaborazione di nuove strategie adattative. La persona migrante, dunque, si trova in una fase di negoziazione che riguarda tutte le sfere della sua esistenza: non soltanto il confronto con la società di arrivo e i rapporti con la società di partenza, ma anche l'elaborazione di nuove relazioni familiari. In particolare, la famiglia è sovente soggetta a cambiamenti strutturali nel contesto emigratorio.

Primo aspetto di fondamentale interesse è, quindi, cogliere come la migrazione internazionale allontani e riavvicini i membri di una stessa famiglia, distribuendoli in luoghi diversi (tanto in senso fisico che socio-culturale), e attraverso quali modalità essi conservino e/o modifichino la propria relazione. Se numerose ricerche sono dedicate alle famiglie immigrate, presenti nella società d'arrivo (Maffioli, 1994; Tognetti Bordogna, 1998), poche sono focalizzate sulle famiglie separate dalla migrazione e riescono a porre sguardi paralleli sui diversi luoghi. In realtà, emerge dalle nostre analisi che la migrazione separa, a volte per lunghi periodi, le diverse generazioni presenti in una famiglia, a partire da figli e genitori. Vengono meno alcuni punti di riferimento, sostituiti da altri; si rimette in discussione non solo il ruolo genitoriale, ma anche quello degli altri membri della famiglia. La famiglia allargata, fondamento di molte società africane, vede sconvolti i suoi equilibri dalla migrazione di alcuni dei suoi componenti, che porta da un lato al rafforzamento di legami familiari non basati sulla discendenza biologica in terra di emigrazione, e dall'altro a dinamiche complesse di ricostituzione dei nuclei in terra d'immigrazione.

La mediazione tra realtà familiari vissute precedentemente e successivamente alla migrazione trans nazionale non è quasi mai priva di traumi, a partire dalla vissuto di coppia, all'interno della quale si ridefiniscono i comportamenti procreativi. Risulta molto interessante, quindi, approfondire come le reti migratorie e le dinamiche secondo le quali si costituiscono i circuiti migratori, siano differenti a seconda del genere e del paese di provenienza. In tale prospettiva, si può leggere l'esperienza vissuta dalla *prima* migrante, spesso facilitatore/trice di migrazioni successive alla sua, e dei rapporti di parentela alla base delle successivi 'arrivi', in correlazione all'esperienza migratoria di chi segue per ricongiungimento il/la coniuge o un genitore. La comparazione rappresenta in tale ottica uno strumento molto importante per cogliere il peso delle diverse modalità migratorie sulla biografia familiare.

Infine, le diverse esperienze migratorie comportano spesso diverse interazioni con il nuovo contesto socio-culturale, favorendo a volte il cambiamento rispetto ai comportamenti demografici che interessano particolarmente la nostra indagine, come quelli nuziali e procreativi. A questo proposito, il ruolo della donna è da tempo discusso ed analizzato nel

tentativo di comprendere come la migrazione si inserisca nella vita delle migranti e in che misura ne influenzi alcune scelte fondamentali rispetto al proprio mandato esistenziale (Balsamo, 1997). Non soltanto le modalità di costituzione della coppia si modificano, ma anche il ruolo della donna, che vive spazi e relazioni nuove rispetto al passato. Le diverse strategie migratorie evidenziano la specificità dell'esperienza migratoria a seconda del genere e del rango, per esempio di donna primo-migrante o di moglie ricongiunta al marito già e/im-migrato. Tali esperienze migratorie, ora basate sul lavoro femminile dipendente, ora sulla vita domestica e sul lavoro informale, caratterizzano le dinamiche familiari ed il ruolo assunto nell'organizzazione familiare.

Queste considerazioni, sebbene si mantengano ad un livello di superficie, restituiscono l'idea di quali possano essere le diverse interazioni tra migrazione e biografia individuale.

I comportamenti delle persone migranti evolvono quindi anche in funzione del diverso tipo di esperienza migratoria, delle modalità di coinvolgimento della famiglia, del ruolo svolto dalla rete di migranti. La loro comprensione non può prescindere dall'analisi di tali aspetti: i comportamenti non possono essere attribuiti, come spesso avviene in ambito demografico, a caratteristiche culturali definite in senso statico, quando sono invece di natura fluida, dinamica e flessibile (Dal Lago, 1999).

Parallelamente, anche le società d'immigrazione evolvono, e con esse le strutture familiari. Il cambiamento sociale, già evidente anche in Italia, è legato all'aumento di nuclei ridotti numericamente, ai single, ai separati, alle famiglie monoparentali e ricomposte. I processi migratori si inseriscono in tale contesto, e svolgono spesso la funzione di catalizzatori del cambiamento. Le dinamiche del cambiamento familiare sono perciò di fondamentale importanza per comprendere le evoluzioni sociali accompagnate dalle migrazioni transnazionali. Come sottolineato da Tognetti Bordogna (1992), è indispensabile "accompagnare" questo periodo di transizione al fine di evitare che i disagi vissuti dalle persone migranti oggi si traducano in disagi per le generazioni future.

3. L'individuo migrante e il medico: gli obiettivi dell'incontro

L'Italia, da pochi decenni paese di immigrazione, è recentemente divenuta punto di approdo per una immigrazione di lunga durata. Tuttavia, a livello regionale sono ancora presenti vistose differenze. In molte aree geografiche, infatti, la realtà d'immigrazione è costituita da progetti migratori temporanei, per i quali gruppi di persone migranti, costituiti da parenti, amici conoscenti, svolgono un ruolo fondamentale per la realizzazione dell'esperienza migratoria. Questa interazione tra individuo e gruppo sottende la volontà dell'individuo ed è funzione della dimensione e della stabilità della comunità stessa. Durante il primo periodo di immigrazione, che rappresenta una transizione difficile in cui la persona risente di tutta la precarietà legata alla sua posizione, il primo ed unico contatto con il mondo "esterno" è spesso rappresentato dall'interazione con il personale dei centri di prima accoglienza, tra cui quello medico.

Il ruolo del medico assume di conseguenza una notevole importanza ed i risultati delle sue azioni dipendono da numerosi fattori che vanno oltre le pure competenze scientifiche. Di fronte alla malattia, l'immigrato/a vive con disagio l'accesso ai servizi sanitari, posto di fronte ad ostacoli amministrativi (come la mancanza di documenti), linguistici (come le difficoltà di comprensione di moduli informativi), psicologici (come la paura del contatto o dell'esposizione del proprio corpo, o la difficoltà di interazione sociale) e culturali (come

l'esistenza di modelli esplicativi della malattia non traducibili in termini biomedici). Tali fattori di disagio contribuiscono ad aumentare i rischi di morbilità (e di mortalità prematura).

Lo stato di malattia rappresenta in molti casi la prima forma di interazione dell'individuo con la società di arrivo; si instaura così il contatto interpersonale medico-paziente, basato sullo stato di salute della persona/migrante, spesso trascurato viste le priorità quotidiane di carattere economico e produttivo legate al progetto migratorio. Inoltre, come sottolineato da Vulpiani, la difficoltà della persona migrante nell'affermare il suo stato di malattia in una società che, non riconoscendone la cultura, lo esclude, diventa strumento di discriminazione e disuguaglianza. In un simile contesto la sofferenza può, ancora più facilmente, agire da catalizzatore verso l'esclusione sociale. "Il ruolo delle culture sanitarie acquista quindi un'importanza centrale nel garantire il diritto alla salute e all'integrazione del migrante" (Vulpiani, *et al.*2000).

Tutto questo dimostra quanto sia necessaria l'assunzione di consapevolezza da parte del personale sanitario che si trovi di fronte ad una nuova utenza, con la quale è necessaria una rielaborazione dei propri strumenti di cura, per poter garantire risposte adeguate. L'adeguatezza delle risposte proviene però da una conoscenza accurata dell'Alterità di cui è portatore l'individuo migrante. Il rischio di un contatto superficiale con una realtà variegata e non immediatamente rispondente ad esigenze dialogiche è quello di cadere in una facile "etnicizzazione" dei problemi. Si tratta dell'uso di categorie esplicative che fanno riferimento a "variabili culturali" non ben identificate e che spesso contribuiscono a ridurre le differenze culturali in classi statistiche (Sheldon e Parker, 1992). Il riconoscimento di appartenenze culturali "altre" può quindi facilmente attivare l'utilizzo di categorizzazioni "etniche" molto spesso imposte dall'alto e non rispondenti invece alle necessità o al sentire di una persona che vive in maniera dinamica il suo passaggio attraverso società così diverse che egli rielabora invece in maniera individuale. Quello che molto spesso è sensibilità all'altro e alle differenze, può contribuire, in mancanza di strumenti appropriati, ad una maggiore esclusione sociale delle persone migranti.

Un intervento pluridisciplinare che complementi il sapere medico con ricerche demografiche e antropologiche sugli utenti di un servizio sanitario contribuirà a fornire prestazioni attente in cui si abbia formalizzazione e acquisizione di informazioni altrimenti disperse.

4. Un osservatorio per guardare alle realtà migratorie

Lo studio dell'evento-migrazione necessita di un'osservazione della realtà che sia quanto più precisa e interattiva possibile. La maggior parte degli studi demografici si basano sui sistemi istituzionali di monitoraggio della popolazione, quali le anagrafi o i censimenti. Queste strutture, capaci in qualche modo di dare una visione macroscopica della realtà, mancano però di profondità di analisi, sia perché troppo legate alle strategie classificatorie delle istituzioni politiche (Del Lago, 1999), sia perché capaci per lo più di fotografare la realtà in diversi istanti, senza riuscire ad esaminare in dettaglio il divenire dei processi.

L'iscrizione ufficiale di una persona migrante ai registri anagrafici è generalmente legata alla sua posizione lavorativa oltre che alle politiche migratorie vigenti. Inoltre, data la stessa organizzazione dell'Anagrafe, i dati registrati che si riferiscono alle sole persone presenti sul territorio, difficilmente vengono aggiornati. Le analisi condotte su questi dati, dunque, non forniscono un'immagine veritiera del processo in atto, ma restituiscono, a causa della

lentezza burocratica, una visione sfalsata e parziale di una realtà che è, invece, molto più estesa e sommersa (Pane e Todisco, 1988). Le informazioni registrate sono strettamente legate alle persone presenti e si riferiscono ai loro familiari solo se questi risiedono sullo stesso territorio. Di conseguenza, l'immagine fornita contiene poche indicazioni esaustive di quanto elaborata sia la realtà migratoria, di quali siano le strategie adottate, dei rapporti familiari che legano la persona ai parenti assenti e ai luoghi in cui questi ultimi sono residenti.

Questi aspetti del processo migratorio non possono dunque essere studiati mediante le analisi condotte sui dati ufficiali; si impone allora l'utilizzo di differenti luoghi di raccolta delle informazioni. Il centro S. Chiara di Palermo può svolgere questa funzione, offrendosi come potenziale osservatorio per la realtà migratoria cittadina. La presenza di un luogo già punto di riferimento per alcune correnti migratorie, permette infatti di entrare a contatto con la porzione migratoria più invisibile della città e di veicolare le informazioni che inevitabilmente convergono verso la struttura attraverso analisi quantitative e microqualitative.

Un Osservatorio permette infatti lo studio dell'evoluzione della popolazione che interagisce con il centro in ottica diacronica; le informazioni acquisite consentono di descrivere ed apprezzare i cambiamenti dei comportamenti in maniera fine e dettagliata. Un'analisi condotta in maniera sistematica, al di là dell'immediata mole di informazioni che fornisce, funge da supporto all'elaborazione di nuove ipotesi, non facilmente formulabili in mancanza di dati particolari.

Il progetto di un osservatorio a Palermo assume particolare importanza poiché la città, anche in virtù della sua posizione geografica, ha visto aumentare sensibilmente la popolazione migrante. Le motivazioni alla base della scelta di Palermo come punto di arrivo sono molteplici e sono attualmente oggetto di uno studio approfondito. È importante in questa sede sottolineare come l'arrivo di persone migranti, solitamente presenti per la prima volta in territorio italiano e quindi ancora più soggette alle logiche già discusse, richieda un'attenzione particolare per due ragioni principali. In primo luogo la necessità di una prima accoglienza; in secondo luogo l'occasione importante che offrono all'investigazione delle dinamiche migratorie in atto.

Le analisi proposte da questo lavoro hanno un duplice obiettivo. Il primo è lo studio delle strutture familiari di persone migranti, sia nel caso queste siano soggette a riorganizzazione, sia nel caso esse siano di "nuova" formazione. Il secondo è lo studio delle reti migratorie e la valutazione dell'influenza che queste hanno sulle scelte dell'individuo migrante. La metodologia adottata, come precedentemente descritto, prevede l'utilizzo di questionari e la creazione di spazi narrativi, all'interno dei quali raccogliere le informazioni microqualitative indispensabili alla comprensione dei fenomeni.

In conclusione, lo studio implica la conoscenza del contesto familiare originario della persona migrante; della rete migratoria costituita da altri parenti presenti in Italia ed in Europa; delle modalità e motivazioni migratorie; dell'intera storia procreativa della persona; delle prospettive future legate ai ricongiungimenti ed alla procreazione.

Conclusioni

Lo studio proposto presenta due livelli di analisi e tende a dar voce alle persone attraverso il raggiungimento di due obiettivi: il primo è la lettura approfondita dell'esperienza migratoria, il secondo è la formalizzazione e l'avvio di una serie di riflessioni sul "sapere" acquisito dal medico durante il suo lavoro "sul campo".

Il primo punto rientra nel bisogno ormai generale di raccogliere le informazioni attraverso auto-narrazioni che, uniche, possono approfondire la dinamica e l'adozione di alcune strategie migratorie piuttosto che altre.

Il secondo punto, invece è più legato al ruolo e alle competenze del medico. Gli strumenti di analisi adottati per lo studio demografico possono diventare fonte di conoscenze approfondite anche per il medico che può in questo modo accedere ad una visione più completa dell'individuo che gli riconosca il suo ruolo di persona e non soltanto di "corpo" bisognoso di cura.

Quest'ultimo punto si lega non soltanto al diritto che ogni individuo ha alle cure sanitarie, ma anche al modo in cui queste devono essere fornite. Le persone migranti hanno una storia ed un vissuto culturale in parte differente rispetto alle persone native, e il concetto di salute e di benessere psico-fisico non sempre può venir dato per scontato. Al contrario, esso deve essere problematizzato. La realizzazione di un lavoro sinergico può mettere in relazione le diverse conoscenze degli operatori, sanitarie ed antropologiche, con quelle della persona migrante, per evitare un utilizzo ambiguo delle pratiche mediche, e per favorire una scelta consapevole delle diverse modalità di cura.

Ancora, l'acquisizione di una maggiore consapevolezza della propria, relativa, appartenenza culturale e dell'Alterità con la quale si convive, potrebbe evitare errori grossolani, in un campo dove la comprensione e l'attenzione all'individuo nel suo complesso sono fondamentali.

D'altro canto, non bisogna sottovalutare l'enorme apporto che tali analisi possano dare alla formazione di personale specializzato. In particolare, il poliambulatorio si trova giorno per giorno di fronte a realtà culturali diverse, a persone dall'esperienze diversificate e complesse, che richiedono l'utilizzo di un approccio alternativo alle cure. Conoscere in modo più approfondito la storia di coloro ai quali si propongono risposte di tipo sanitario o sociale è importante, proprio per orientare meglio queste risposte ed i linguaggi con i quali esse vengono veicolate.

I termini "medicina delle migrazioni" così come "antropologia applicata alla medicina" indicano bene la necessità di studi specifici per un fenomeno che si pone al di là della chiara epistemologia medica occidentale.

Questo salto qualitativo è impensabile senza un processo di conoscenza e di osservazione esatta della realtà esaminata. La cultura interferisce sull'avvicinamento alle cure mediche e non si può poi ignorare né l'esistenza di una medicina alternativa, né tanto meno un simbolismo del corpo proprio ad ogni cultura. Solo la conoscenza della realtà in questione può fornire gli strumenti a questo processo di avvicinamento all'Altro.

In conclusione si propone, attraverso uno scambio di conoscenze e saperi, di creare uno spazio di conoscenza circolare in cui la voce del migrante spieghi la sua storia, il ricercatore raccolga l'informazione e la rielabori con il medico che, a sua volta assume spessore inserendo la biografia dell'Altro tra i suoi strumenti professionali, rendendosi più consapevole della complessità dell'individuo.

Bibliografia

- Al-Ali N., Koser K., "New Approach to Migration: Transnational Communities, International Migration and Home." Routledge, London, 2002
- Balsamo F., "Da una sponda all'altra del Mediterraneo. Donne immigrate e maternità." L'Harmattan Italia, Torino, 1997
- Boetsch G., Ferrie J.N. (a cura di) "Anthropologie de l'immigration" Cahiers de l'IREMAM, Aix-en-Provence, 1992
- Bonifazi C., "L'immigrazione straniera in Italia", il Mulino, Bologna, 1998
- Bosi A., Campanile A. (a cura di), "La cultura dell'ascolto. Percorsi di comunicazione nella vita quotidiana e nei servizi", Unicopli, Milano, 1997
- Dal Lago A., "Non persone. L'esclusione dei migranti in una società globale". Feltrinelli, 1999
- De Bernard M., Di Pietrogiacomo L., Nichelini L., " Migrazioni femminili, famiglia e reti sociali tra Marocco e Italia. Il caso di Bologna", L'Harmattan Italia, collana Métissage, Torino, 1995
- Di Comite L., Moretti E., "Geopolitica del Mediterraneo", Carocci, Bari, 1999
- Favaro G., Tognetti-Bordogna M., "Donne dal mondo. Strategie migratorie al femminile", Guerini, Milano, 1991
- Lelièvre E., "Collecter des données de mobilité : des histoires migratoires aux biographies d'entourage", Espace, Populations et Société, La mobilité spatiale des populations n.1999/2: 195-205
- Maffioli D., "Il matrimonio e la nascita dei figli", (a cura di) G. Vicarelli in "Mani invisibili", Ediesse, Roma, 1994
- Mead M., "Le fossé des générations", Paris, Denoël/Gonthier, 1971
- Pane A., Todisco E., "Osservazioni sulle fonti di informazioni: affidabilità, grado di copertura, sovrapposibilità." Studi Emigrazione 91-92:366-370, 1988
- Pellegrino Vincenzo, Le migrazioni transnazionali verso la città di Parma: analisi delle traiettorie individuali e familiari delle persone migranti tramite l'integrazioni di diverse fonti informative, Tesi di dottorato in cotutela italo-francese, Università di Bologna, Università de la Méditerranée di Marsiglia, 2001
- Sheldon T.A., Parker H., "Race and ethnicity in health research", J.Publ. Health Med., 14(2):104-110, 1992
- Terranova-Cecchini R., Tognetti Bordogna M., "Migrare. Guida per gli operatori sociali, sanitari, culturali e d'accoglienza", Ed. Franco Angeli, Milano 1992
- Tognetti-Bordogna M., "Famiglia, famiglie straniere: gli aspetti problematici", Quaderni di Servizio Sociale, Fondazione Zancan, Torino, 1998
- Vulpiani P., Comelles J., van Dongen E., "Health for all, all in health", European Commission, 2000

Un'esperienza di assistenza materno infantile integrata di due ospedali milanesi in rete con il territorio

Centro di salute e ascolto per le donne immigrate e i loro bambini:

G. Sacchetti* - L. Sacchi* - C. Gregori*

M. Buscaglia** - F. Santini**

*Clinica Ostetrico Ginecologica dell'Università degli Studi di Milano

Azienda Ospedaliera S. Paolo di Milano

** Azienda Ospedaliera Ospedale S. Carlo Borromeo di Milano

Dal 1996 al 2000 il numero di ricoveri ostetrici di donne immigrate nei punti nascita della regione Lombardia sono passati da 9782 a 19.857, rappresentando nel 2000 il 13,36% dei ricoveri ostetrici totali (dati ricavati dalle sdo della regione Lombardia – direzione generale della sanità).Le tipologie dei ricoveri della donne straniere sono rappresentate soprattutto dai parti e dalle interruzioni volontarie di gravidanza (ivg), che negli ultimi tre anni hanno avuto un aumento geometrico, mentre il trend delle ivg per le donne italiane è in lenta discesa. Se si va poi a vedere dove si concentrano maggiormente tali ricoveri nelle varie province lombarde si vede che la città e la provincia di Milano è quella che presenta l'affluenza maggiore, con una distribuzione che privilegia i grossi ospedali. Questi dati confermano l'osservazione che tra i vari reparti ospedalieri quelli di maternità sono stati spesso i più "frequentati" dalla popolazione immigrata e spesso rappresentano il primo impatto della famiglia straniera con la struttura sanitaria pubblica: nei paesi di provenienza le donne immigrate fanno molti figli e quando giungono da noi di solito per ricongiungimenti familiari – tipici nelle popolazioni del maghreb – decidono di fare un figlio o più figli, da un lato per confermare la loro identità femminile che spesso è designata dalla maternità e dall'altro per trovare, attraverso quest'esperienza, delle strade di integrazione nel paese dove hanno deciso di vivere. La migrazione diventa infatti un progetto a medio termine: quasi nessun immigrato pensa di restare per sempre, anche se spesso è questo che accade. Se questo rapporto con l'istituzione pubblica è buono e riesce a dare una risposta soddisfacente sia dal punto di vista sanitario stretto sia dal punto di vista dell'accoglienza e della successiva fiducia, sicuramente la donna o la famiglia immigrata avrà fatto un primo passo verso l'integrazione positiva nella società ospitante. Ci preme precisare che per integrazione intendiamo un processo di trasformazione sociale, culturale e personale in cui sono implicate sia le istituzioni che gli individui; è un percorso in cui a tutti gli attori in gioco, autoctoni e immigrati, è chiesto di cambiare modi di pensare a sé e agli altri, di atteggiarsi, di sentire le relazioni reciproche, è chiesta anche la disponibilità a stabilire nuove regole di convivenza civile. Si tratta di processi complessi e difficili, di vitale importanza per tutti, in quanto dal loro esito dipende la tenuta della coesione sociale. Purtroppo nelle donne che invece arrivano qui sole, per lavorare, lasciando là i loro figli e i loro mariti – fenomeno più presente nelle comunità del centro sud d'america e dell'ex unione sovietica - oppure per tutte le donne vittime del fenomeno della prostituzione, è molto in aumento il problema dell'interruzione volontaria di gravidanza, in quanto queste donne si trovano ad affrontare una realtà personale ed affettiva molto particolare, in un sistema sociale dove non esistono punti di riferimento né sanitario né assistenziale.

Per dare una dimensione concreta e numerica del problema riportiamo l'aumento in percentuale dei parti e IVG di donne straniere nella due maternità di Milano – Azienda Ospedaliera S. Paolo e S. Carlo Borromeo - dove è in atto l'esperienza dei Centri di salute e ascolto per donne immigrate, di cui poi si parlerà in dettaglio.

Da 1998 al 2001 i parti sono passati dal 10% al 19.4 % e al 22.% nei due punti nascita – il numero dei parti/anno sono rispettivamente 1754 e 1398; per quanto riguarda le IVG, sono passate dal 15-20 % al 46.3% e 43%.

L'arrivo della popolazione immigrata all'interno dell'istituzione ospedaliera è stata ed è ancora non indolore né priva di problemi complessi più dal punto di vista della relazione terapeutica che dal punto di vista clinico.

Ma quale impatto ha avuto quindi da un lato l'utente straniera e dall'altro l'operatore italiano di fronte a questa popolazione sempre più numerosa che ha "invaso" i pronto soccorso dei nostri Ospedali? L'impatto è sicuramente "faticoso" per l'operatore e "respingente" per l'utente: la maggior parte delle volte la domanda non corrisponde ad una reale urgenza; l'operatore d'altro canto in pronto soccorso è di solito stressato da molte emergenze, con poco tempo per l'ascolto. Il paziente, la *paziente straniera* invece è sicuramente una paziente che per *problemi linguistici* richiede più tempo, che spesso rende difficile una diagnosi per *impossibilità di una anamnesi corretta* e che, di conseguenza, può avere *una terapia inadeguata*. Va spesso quindi a configurarsi una *situazione di conflitto*: l'operatore si innervosisce, la paziente non si sente ben curata e *perde fiducia* in quell'operatore e, a volte, anche nell'istituzione a cui si è rivolta.

Di fronte a questo tipo di situazione, un gruppo di operatrici e di operatori dell'Ospedale S. Paolo e dell'Ospedale S. Carlo di Milano hanno deciso di sperimentare un modello di organizzazione che *facilitasse da un lato l'accesso* delle donne straniere a tutte le strutture sanitarie pubbliche durante il loro percorso riproduttivo e dall'altro mettesse *gli operatori italiani* in condizione di *capire, diagnosticare e curare meglio* queste *nuove e diverse* pazienti. Dal novembre 1999 presso due Ospedali di Milano, Ospedale S. Carlo e S. Paolo, si sono aperti due Centri di salute e ascolto per le donne immigrate e i loro bambini: questo progetto, che prevede la collaborazione di due Aziende Ospedaliere, di Crinali, un'Associazione del privato sociale di Milano che si occupa di cooperazione, formazione e ricerca tra donne, è stato finanziato, tramite l'Ente locale Comune di Milano, dalla Regione Lombardia, Assessorato alla Famiglia e Solidarietà Sociale, sui fondi della Legge Nazionale n. 40 sull'immigrazione.

Gli obiettivi del progetto sono:

- Favorire un accesso migliore alle donne straniere ai servizi materno-infantili dell'ospedale;
- Rimuovere gli ostacoli linguistico culturali che impediscono la comunicazione;
- Accogliere una domanda globale di assistenza in quanto le donne straniere stesse di solito non pongono solo una domanda di salute, ma spesso formulano una richiesta di aiuto per problemi sociali complessi come la casa e il lavoro;
- Sviluppare una metodologia di mediazione culturale;
- Sperimentare un modello organizzativo, che sia riproducibile in altre strutture Ospedaliere.

Il Centro prevede un'équipe di operatrici con competenze diverse, che lavorano però in modo integrato; è stata fatta una scelta specifica di genere, tutte le operatrici sono donne, in quanto in molte culture altre, non solo quella musulmana, le donne preferiscono affidarsi

per i problemi riguardanti la maternità e il corpo femminile a personale sanitario femminile (ma non sarà così anche per le donne italiane?). L'équipe è formata da una ginecologa, un'ostetrica, un'assistente sociale, una psicologa e una segretaria; inoltre sono sempre presenti alcune mediatrici linguistico culturali, che provengono dai Paesi le cui donne più frequentemente accedono ai due Ospedali – arabe, filippine, cinesi, latino – americane, albanesi. Da ottobre 2000 il progetto ha previsto l'introduzione della figura professionale della pediatra per l'assistenza del neonato nei primi anni di vita, soprattutto per quanto riguarda l'allattamento e lo svezzamento.

Il Centro è aperto tre mezzeggiate alla settimana (due mattine e un pomeriggio), l'accesso è libero, almeno per la prima visita; in seguito, soprattutto per le visite in gravidanza si fissa un appuntamento, da un lato per una *sopravvivenza* organizzativa degli operatori, ma dall'altro per far conoscere alla donna il sistema da utilizzare per accedere alle nostre istituzioni sanitarie. I servizi offerti dal Centro sono: accoglienza ed individuazione della domanda (momento dell'*accoglienza*, che viene offerta a tutte coloro che si presentano al Centro, anche se sarà impossibile fare la visita ostetrica o ginecologica in quel giorno); servizio di mediazione linguistico culturale; visite ostetriche in gravidanza e in puerperio; ecografie di primo livello; visite ginecologiche; consulenze preconcezionali; visite e certificazioni per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194); visite pediatriche; colloqui sociali; colloqui psicologici individuali o di coppia; gruppi di preparazione alla nascita; gruppi di discussione su tematiche specifiche (mutilazioni genitali femminili, diritto di famiglia, ecc.); invio ed eventuale accompagnamento ad altri servizi di secondo e terzo livello dell'Ospedale e a strutture territoriali (Consultori familiari); traduzione di moduli e fogli informativi in alcune lingue straniere.

La metodologia di lavoro consiste nell'elaborare un approccio interculturale da parte di tutte le operatrici sia sanitarie che psicosociali e anche delle mediatrici linguistico culturali: questo prevede degli incontri periodici di supervisione con un'esperta nel campo del lavoro interculturale con donne straniere in cui si discutono casi concreti o si affrontano in modo critico alcune modalità organizzative. Inoltre il progetto ha realizzato alcune giornate di formazione sulla clinica transculturale affidate al Dipartimento di Psicopatologia Clinica del Bambino e della Famiglia presso L'Università Paris XIII diretta dalla dott.ssa M. R. Moro.

Diversamente da quello che avviene in un ambulatorio normale ospedaliero, nel Centro le figure professionali sono presenti in contemporanea, quindi in realtà uno degli *aspetti innovativi* è il *lavoro interdisciplinare dell'équipe*, che normalmente non è utilizzato all'interno di un ospedale, anzi specifico dell'attività ospedaliera è l'invio a *ultraspecialisti* che si "passano" la paziente da uno all'altro, senza quasi mai parlarsi tra loro. Un altro aspetto innovativo del progetto è la *disponibilità del servizio di mediazione linguistico culturale*. Chi è la mediatrice linguistico culturale? E' una donna straniera, che proviene da Paesi in via di sviluppo, che ha nella sua storia personale un percorso migratorio, che conosce la lingua italiana e la lingua del Paese da cui proviene, che ha un titolo di studio superiore nel Paese d'origine e che è stata formata sia a livello teorico che pratico - in particolare le mediatrici culturali con cui lavoriamo hanno frequentato un corso biennale di 900 ore organizzato dall'Associazione Crinali. L'inserimento della mediatrice linguistico culturale in un contesto rigido e poco flessibile come l'Ospedale non è sicuramente semplice; soprattutto la presenza di una *terza persona* in un rapporto tradizionalmente *a due* come è quello tra medico e paziente può creare difficoltà e diffidenza – "ci vuole più tempo

per la traduzione“, “non sono sicuro che la mediatrice traduca tutto quello che la paziente ha detto ...”e così via – e anche la mediatrice deve trovare la sua posizione *equidistante*, o meglio *equivicina*, sia dalla donna immigrata che spesso chiede una alleanza incondizionata, sia dall’operatrice che rappresenta l’istituzione, per poter svolgere il meglio possibile quel ruolo di *ponte* che permetta una miglior comprensione della lingua, ma anche di codici culturali molte volte tanto diversi e difficili da accettare. In questo senso il lavoro in équipe del Centro, con un costante confronto di competenze e di professionalità è sicuramente una buona palestra che permette sia all’operatrice italiana e alla mediatrice di sperimentare un rapporto diverso e quasi sempre molto soddisfacente per l’utente, l’operatrice e la mediatrice linguistico culturale.

Un altro punto innovativo è la *continuità di assistenza della donna*, prima e dopo il parto: infatti, il progetto prevede la costruzione di una *rete* funzionante con il consultorio familiare. Gli ambiti su cui cercheremo di proporre delle linee guida da applicare per le donne immigrate sono: la contraccezione dopo il parto e dopo una IVG, un percorso accompagnato dal Consultorio all’Ospedale per il parto (visita alla sala parto), un invio accompagnato dall’Ospedale a domicilio per un puerperio più protetto e con meno solitudine.

La popolazione che è afferita ai Centri di salute e ascolto dell’Ospedale S. Paolo e dell’Ospedale S. Carlo Borromeo fino a dicembre 2001 è di circa 1756 donne con 4762 prestazioni effettuate, 269 neonati con 572 visite pediatriche; tra le prestazioni ostetriche e ginecologiche il 48% sono state visite in gravidanza, il 14 % visite ginecologiche, il 29 % colloqui psico sociali e il restante 10 % certificati e colloqui pre IVG e ecografie di primo livello. Le provenienze delle donne sono per la maggior parte dal Nord Africa (Maghreb), dal Centro Sud America, dalla Cina, dalle Filippine, dall’Europa dell’Est. La maggior parte di queste donne abita a Milano (80 %), più del 50 % ha una scolarità medio alta, il 90% ha una età tra i 19 e i 39 anni, il 50 % non ha un’assistenza sanitaria e presumibilmente neppure un permesso di soggiorno, il 25% sono disoccupate, il 23 % sono colf o assistono gli anziani e le arabe soprattutto sono casalinghe.

I contenuti più frequenti dei colloqui psico sociali sono stati:

- Colloqui pre e post IVG
- Relazioni familiari difficili
- Depressione
- Situazioni mediche specifiche (sterilità e diagnosi prenatale)
- Aiuto sui percorsi istituzionali (casa, lavoro, permessi di soggiorno)
- Informazione sugli aspetti giuridici dell’immigrazione
- Abbandoni o non riconoscimenti materni
- Aiuto per collocare ragazze madri in Comunità

Dopo due anni e mezzo circa di lavoro abbiamo evidenziato alcuni punti critici del progetto.

Il primo punto critico è *la precarietà del progetto ed dei suoi finanziamenti*. I soldi stanziati dalla Regione devono passare dall’Ente locale Comune, a sua volta vanno al capofila del progetto che è una delle Aziende Ospedaliere e poi, a catena , all’altra Azienda Ospedaliera e all’Associazione Crinali. Tutti questi passaggi, che sono ovviamente

indispensabili, portano a dei ritardi di acquisizione dei fondi che più volte ci hanno fatto rischiare di chiudere il Centro. Inoltre ogni anno bisogna ripresentare i progetti nuovi – su bandi proposti dalla Regione – e spesso i tempi “politici” della Regione non coincidono con i tempi reali dell’assistenza che non può essere programmata ma la cui domanda arriva senza interruzione nelle nostre istituzioni. Crediamo che questo sia un problema da porre ai responsabili delle nostre istituzioni, sia regionali che delle nostre Aziende ospedaliere, delle nostre Direzioni Generali, le quali si dovrebbero mettere nell’ottica di assumere questo progetto all’interno dell’attività aziendale.

Il secondo punto critico riguarda la necessità di elaborare un *profilo professionale* e il successivo *riconoscimento della figura del mediatore linguistico culturale*. Tutti parlano della indispensabilità di questa nuova figura professionale, sembra che la mediatrice linguistico-culturale debba risolvere tutti i nostri problemi di rapporto con l’utenza straniera, ponendola a volte sul piano o di “una piccola antropologa” oppure considerandola una figura para sanitaria. E’ invece tempo che prima a livello nazionale (Commissione CNEL in collegamento con il Ministero del Lavoro) e poi a livello regionale venga definito un profilo professionale con riconoscimento nei ruoli regionali, proponendo contenuti teorici e tempi di tirocinio dei corsi di formazione, accreditando scuole di formazione che utilizzino l’esperienza di chi fino ad ora ha lavorato in questo campo e che poi vengano monitorate in itinere. Dal novembre 2001 sono iniziate anche esperienze di formazione universitaria in tema di mediazione linguistico culturale e sarà interessante seguirne l’evoluzione.

Terzo punto critico, l’acquisizione di un *atteggiamento* diverso, *interculturale o transculturale* degli operatori: in questo senso ha sicuramente valore la parte formativa specifica che abbiamo attivato con le giornate di formazione sulla clinica transculturale, ma molto bisognerà fare per riuscire a trovare una modalità nuova di lavoro tra operatori con diversa competenza, valorizzando le reciproche conoscenze per una diagnosi e una terapia più appropriata. Questo per i medici soprattutto è molto difficile, ma è ciò che l’utenza sia straniera che italiana ci chiede.

Le linee di intervento che vorremmo sviluppare nel progetto presentato per il 2002 sono:

- allargare ad altri reparti dell’Azienda Ospedaliera l’esperienza maturata dal Centro di salute e ascolto, estendendo l’utilizzo delle mediatrice linguistiche e culturali in altri servizi, proponendo modelli organizzativi più flessibili e producendo materiale tradotto
- intensificare momenti di formazione teorica e antropologica degli operatori socio sanitari sia dell’Azienda Ospedaliera che del territorio
- allargare la rete ai Consultori Pediatrici territoriali
- allargare ad altre Aziende Ospedaliere milanesi e lombarde l’istituzione di servizi *dedicati o accompagnati* per le pazienti immigrate, simili a quelli sperimentati nelle nostre due Aziende Ospedaliere
- sperimentare dei modelli terapeutici transculturali nuovi, utilizzando dispositivi tecnici che organizzino contenitori adatti a diagnosi di patologie che tengano conto di modelli culturali a volte molto diversi dai nostri
- fare una ricerca sulle motivazioni delle IVG delle donne immigrate.

Pensiamo infine che uno dei punti più importanti della nostra esperienza sia la costruzione della *rete con il territorio*, e crediamo che questo più che un punto critico, sia *una sfida*: le

donne immigrate con i loro bisogni globali di assistenza forse ci obbligano, come operatori, a trovare risposte integrate per tutte le donne e per tutte le famiglie che verranno ai nostri Servizi, di qualsiasi colore o lingua o provenienza esse siano.

Flussi Migratori, rischio cardiovascolare e modificazioni della pressione arteriosa

A. Galioto, L. J. Dominguez, A. Ferlisi, A. Pineo, G. Cani, M. Affronti, M. Belvedere,
A. Di Sciacca, E. Putignano, M. Barbagallo
Istituto di Medicina Interna e Geriatria, Università degli Studi di Palermo

Il processo di “integrazione” dell’immigrato nelle civiltà occidentali comporta la tendenza alla modificazione dello stile di vita e della alimentazione, anche spesso per la difficoltà a reperire i cibi del paese di origine, e l’inclinazione ad acquisire abitudini voluttuarie, quali l’assunzione di alcolici, il fumo di sigaretta, la sedentarietà, tipiche del modello socio-comportamentale di tipo consumistico, della società che lo ospita. Tale processo di progressiva “occidentalizzazione” dell’immigrato comporta l’acquisizione di nuovi fattori di rischio per lo sviluppo di ipertensione, malattie cardiovascolari, obesità, diabete mellito e di altre malattie degenerative^{13,18}.

E’ stato anche ipotizzato che alla base di tali rischi per la salute dell’immigrato possa contribuire anche un “background” genetico predisponente che possa essere slatentizzato dall’esposizione a nuove e spesso deleterie abitudini comportamentali, come l’eccesso di sale, e o grassi animali nella dieta^{1,17,23}. Tra i rischi per la salute dell’immigrato, un ruolo di primaria importanza è svolto dal rischio cardiovascolare nelle sue varie forme (ipertensione arteriosa, cardiopatia ischemica, ictus). Si calcola che nei prossimi 25 anni ci sarà un aumento nei tassi di mortalità per malattie cardiovascolari, nei paesi del terzo mondo, legato in parte alla espansione ed all’invecchiamento della popolazione dei paesi in via di sviluppo, ma anche alla progressiva urbanizzazione e alle modificazioni dello stile di vita. Un aspetto di particolare interesse è la più giovane età della manifestazione delle malattie cardiovascolari e delle loro complicanze, quali l’ictus cerebrale, nei paesi in via di sviluppo rispetto ai paesi industrializzati. Ad esempio nel 1990 la proporzione delle morti per malattie cardiovascolari avvenute prima dei 70 anni era del 26,5% nei paesi industrializzati, contro il 46,7% dei paesi in via di sviluppo⁷. Recentemente, Walker et al hanno dimostrato una maggiore incidenza di mortalità Ictus correlata, per le fasce di età dai 15 ai 64 anni nei residenti in Tanzania rispetto ai residenti del Regno Unito. Tra i residenti in Tanzania sono state ricavate tre sottoclassi di popolazione con caratteristiche socioculturali, economiche e lavorative diverse, rispettivamente residenti in area urbana (Dar-es-Salaam), residenti in area rurale economicamente florida (Hai), e residenti in area rurale economicamente depressa (Morogoro). I tassi di mortalità Ictus correlata erano maggiori nelle aree economicamente più ricche rispetto a quelle più depresse²². Esempio paradigmatico di come l’occidentalizzazione dello stile di vita possa incidere sullo sviluppo di malattie cardiovascolari, è uno studio di Hollemberg, che ha messo a confronto tra loro, gruppi di indiani Kuna residenti nella zona di origine (Isola di San Blas) in cui mantenevano le loro abitudini di vita e la loro alimentazione originaria, ricca di vegetali e pesce, con indiani Kuna che si erano trasferiti nella città di Panama e che quindi avevano acquisito abitudini di vita più sedentarie ed una alimentazione ricca di grassi animali. I risultati di tale indagine hanno evidenziato che tra gli individui che mantenevano inalterate le abitudini alimentari e comportamentali (i residenti nella isola) non si riscontrava ipertensione, ed anzi i valori pressori dei sessantenni erano comparabili a quelli dei ventenni e trentenni. Di contro la prevalenza di ipertensione era del 10.7% nel gruppo urbanizzato, e di questi, il 45% era ultrasessantenne¹².

Un altro importante fattore di rischio cardiovascolare è il fumo di sigaretta. Il consumo di tabacco è in progressivo aumento in molti paesi in via di sviluppo, in contrasto con il declino di tale abitudine che si osserva nei paesi industrializzati. Recenti proiezioni WHO, stimano che per il 2020 il fumo di sigaretta diventerà la principale causa prevenibile di morte, essendo responsabile del 12,3% della mortalità globale⁷. Altra abitudine voluttuaria non meno dannosa del fumo è il consumo di alcolici. Oltre agli effetti tossici diretti, l'eccesso di alcool produce un eccessivo apporto calorico che contribuisce non poco allo sviluppo di obesità e dall'altro riduce il fabbisogno di latte ed altri prodotti caseari (ricchi in calcio) e di frutta e verdura (ricchi in K e Mg). Tra gli altri fattori di rischio, anche la sedentarietà è molto importante. Particolarmente rilevante è il fatto che gli immigrati non percepiscono l'aumento della loro massa corporea come un fatto negativo per la loro salute, anzi essi si sentono gratificati dall'aumento del peso corporeo, identificato come un segno di benessere e di prosperità economica derivante dal loro impegno lavorativo. L'eccessivo apporto calorico associato alla sedentarietà sono i più importanti fattori determinanti dell'obesità che a sua volta, è un importante fattore di rischio per lo sviluppo di ipertensione arteriosa sia negli africani che nei bianchi^{7,11,15,20}. Anche il grado di istruzione e/o scolarizzazione, svolge un suo ruolo nel determinismo del rischio cardiovascolare nell'immigrato. Infatti, esiste una correlazione inversa tra grado di istruzione e/o scolarizzazione, e sviluppo di fattori di rischio per malattie cardiovascolari. Vari studi hanno evidenziato come esista una correlazione inversa tra grado di scolarizzazione, osservazione di uno stile di vita corretto, e sviluppo di patologie cardiovascolari²¹.

Da quanto precedentemente esposto, appare chiaro che uno dei cambiamenti più importanti cui va incontro l'immigrato quando si affaccia ad una nuova società, ed ai suoi modelli socio-economico-culturali, è senza dubbio quello dietetico-alimentare. L'utilizzazione globale di alimenti economici e di facile produzione e distribuzione (quali oli vegetali e grassi, basati su oli di semi, ricchi di acidi grassi saturi) già largamente utilizzati nelle società occidentali, ha grandemente aumentato il consumo di cibi grassi e poveri in fibre e carenti di micronutrienti come Zn e Mg, tra i paesi a basso reddito. Con l'aumentare del reddito e la maggiore urbanizzazione della popolazione, le società entrano in stadi differenti di quel processo che è stato denominato "transizione nutrizionale", caratterizzato dal passaggio da diete ricche in carboidrati complessi e fibre a diete più varie contenenti un più alto contenuto di grassi e zuccheri¹⁸. Anche l'urbanizzazione contribuisce al cambiamento nutrizionale. La dieta urbana rispetto a quella rurale, è caratterizzata da un più alto consumo di grassi e derivati animali, di zuccheri e di cibi raffinati, ed inoltre in città aumenta la quota di cibo consumata fuori casa (il più delle volte per ragioni lavorative) rispetto a quella consumata in casa. Le società urbanizzate, sembrano convergere verso un modello dietetico che è saturo di zuccheri e cibi elaborati e povero di fibre (dieta occidentale) cui si associa uno stile di vita sedentario.

Diversi studi hanno dimostrato che nei soggetti americani di razza nera (afro-americani) la prevalenza e la severità della ipertensione è molto superiore rispetto ai concittadini di razza bianca²⁰. L'ipertensione negli afro americani ha un inizio più precoce, ha una maggiore incidenza e prevalenza, ed ha una più alta incidenza di complicazioni come insufficienza renale, ipertrofia ventricolare sinistra ed ictus; ha una peggiore prognosi; ed ha un profilo emodinamico differente se confrontato con quella dei bianchi. Gli afro americani ipertesi hanno una aumentata incidenza di sodio-sensibilità, volume plasmatico normale od espanso, ridotta produzione di renina, incrementate resistenze periferiche totali, gittata

cardiaca normale o ridotta, ed un'attenuata vasodilatazione periferica, adrenergico-mediata (isoproterenolo) rispetto ai bianchi. Si calcola che la prevalenza dello stadio 3 della ipertensione (>180/110 mm Hg) sia dell'8% tra gli afro-americani, contro l'1% della popolazione bianca⁸. Sui motivi che possono spiegare perché gli afro-americani abbiano più alti tassi di incidenza e di prevalenza di ipertensione rispetto ai bianchi, sono state formulate diverse ipotesi. Tra queste si ricordano la suscettibilità genetica, l'obesità, la scarsa attività fisica, il basso introito alimentare di potassio e di calcio, l'elevato consumo di sale. Di non trascurabile interesse è l'elevata presenza di stressors psicologici, correlati con la povertà, la discriminazione razziale ed il variabile accesso ai servizi di sanità pubblica¹⁴. I soggetti afro-americani hanno inoltre una maggiore tendenza a più bassi livelli di renina plasmatica rispetto ai bianchi ed una maggiore incidenza di ipertensione sodio-sensibile^{14,16}. Per quanto concerne l'introito di sodio si è visto che l'ipertensione primaria, in soggetti sodio-sensibili, ha minori probabilità di svilupparsi, in condizioni di vita in cui l'introito di sale è basso. Infatti, l'ipertensione arteriosa è virtualmente assente nelle popolazioni che hanno un consumo di sodio inferiore a 50 mmol/die. Nessuno degli altri fattori considerati, come il basso apporto di potassio, calcio e/o fibre, l'eccessivo consumo di grassi saturi e/o alcool, l'obesità, lo stress e la sedentarietà, hanno conseguenze equiparabili a quelle derivanti dall'eccesso dietetico di sodio, perché l'ipertensione può svilupparsi anche in loro assenza. Il sodio ha un ruolo importante nel determinismo della ipertensione arteriosa: 1) in molte popolazioni l'aumento della pressione con l'età è direttamente correlato ai livelli di assunzione di sodio, 2) in diversi gruppi sparsi di popolazione, con un consumo basso di sodio (meno di 50 mmol/die) l'ipertensione è bassa o assente e, se il consumo di sodio aumenta, aumenta la frequenza di ipertensione, 3) animali geneticamente predisposti, cui viene somministrato un carico di sodio, sviluppano ipertensione, 4) soggetti a cui vengono somministrate grandi quantità di sodio per breve tempo, sviluppano un aumento delle resistenze vascolari e della pressione, 5) un aumento della concentrazione di sodio è presente nel tessuto vascolare e nelle cellule ematiche degli ipertesi, 6) la restrizione di sodio riduce la pressione nella maggior parte degli individui, 7) l'azione anti-ipertensiva dei diuretici richiede un'iniziale natriuresi¹⁴. L'alterazione del sodio potrebbe inoltre essere lo specchio di una serie di alterazioni ioniche all'interno della cellula muscolare liscia. Tra gli ioni coinvolti in tali alterazioni importanti oltre al Na ed il K, sono il Ca, il Mg. Fondamentale risulta a tal proposito, il ruolo delle concentrazioni intracellulari di Ca e dello scambio-Na-Ca all'interno della cellula. Un aumento del sodio intracellulare e/o una alterazione dei meccanismi di scambio sodio-calcio, con ridotta eliminazione di calcio dalla cellula, potrebbero essere causa di più elevati livelli intracellulari di Ca libero. Secondo Blaunstein, un aumento di appena il 5% del Na intracellulare, inibirebbe lo scambio sodio-calcio in misura sufficiente ad aumentare il calcio intracellulare in modo tale da elevare il tono a riposo della muscolatura liscia vascolare di almeno il 50%. È noto, infatti, il ruolo fondamentale del calcio intracellulare nel processo di contrazione muscolare, vasocostrizione, e regolazione delle resistenze periferiche. Infatti il blocco dei canali del calcio con calcio-antagonisti è in grado di ridurre l'aumento dei valori pressori indotti dalla somministrazione di un carico di sale per via orale¹⁹. Simili variazioni a livello intracellulare sono state riscontrate anche in soggetti obesi e/o diabetici².

La dipendenza della pressione arteriosa in relazione al contenuto di sodio nella dieta (sodio-sensibilità) è di grande importanza nello sviluppo della ipertensione essenziale nei soggetti

di razza nera. Una corretta ed unanime definizione di sodio-sensibilità è ancora dibattuta. Si definisce comunemente come sodio-sensibilità un aumento della pressione arteriosa di oltre 10 mm/Hg passando da una dieta a basso contenuto di Na (<50 mEq/l) ad una dieta a contenuto di Na elevato. E' stato suggerito che i soggetti con ipertensione essenziale sodio-sensibile possano presentare eventi cardiovascolari di gravità maggiore rispetto ai non sodio-sensibili. Nei pazienti con ipertensione sodio-sensibile, si ha un aumento della pressione glomerulare con conseguente maggiore incidenza di microalbuminuria, un marker di sofferenza e danno renale, che è, inoltre un fattore predittivo di futuri eventi cardiovascolari^{3,5,14,16}. La incidenza di sodio-sensibilità è più alta nei giapponesi e negli africani, rispetto ai soggetti caucasici, e come i giapponesi, anche i soggetti africani hanno una maggiore incidenza di ictus rispetto ai caucasici. Tali dati hanno fatto suggerire l'esistenza di una possibile relazione tra sodio-sensibilità e ictus almeno per ciò che concerne i giapponesi e gli africani¹⁶. Tra i meccanismi che potrebbero spiegare l'aumento della concentrazione intracellulare di sodio sono stati ipotizzati una serie di difetti ereditari e come tali, geneticamente determinati, del trasporto del sodio, e/o dell'escrezione renale di sodio. Nei soggetti afro-americani la pressione arteriosa tende ad aumentare in risposta all'aumento del contenuto di sale nella dieta più frequentemente rispetto ai bianchi. Per spiegare la maggiore sodio-sensibilità nei neri rispetto ai bianchi, sono state formulate molte ipotesi. Tra le altre teorie, è stato ipotizzato che gli alti tassi di mortalità causati dalle carenze di acqua, dal calore e dalla conseguente deplezione idrosalina, durante le traversate transatlantiche per il trasporto degli schiavi verso il Nuovo Mondo (cosiddetta Diaspora Africana che tra il XVI ed il XIX secolo ha portato milioni di africani nel continente americano, promuovendo enormi cambiamenti razziali in tale parte del mondo) abbiano selezionato per la sopravvivenza, individui con una potenziata abilità sodio-ritentiva, geneticamente determinata. A tale suggestiva ipotesi si attribuirebbe il fatto che gli afro-americani di oggi, che discendono da quegli individui, mostrino più facilmente una ipertensione sale-sensibile, rispetto ai bianchi. Un'altra ipotesi che può aiutare a spiegare il tratto genetico che promuove l'eccessiva ritenzione di sale negli afro-americani, contempla il fatto che i loro progenitori primordiali originariamente vivevano in climi aridi e caldi, climi nei quali la conservazione del sodio era fondamentale per la sopravvivenza, in quanto permetteva il mantenimento di buone riserve idriche corporee in un ambiente povero di fonti di approvvigionamento d'acqua^{5,6,13,15}. Un meccanismo protettivo nelle condizioni climatico-ambientali di origine, potrebbe essere divenuto una causa di malattia in condizioni climatiche diverse. La tendenza alla ritenzione salina negli afro-americani è stata suggerita da studi che hanno dimostrato in questi soggetti una ridotta capacità di eliminare acutamente i carichi idrosalini, un aumentato volume plasmatico, bassi livelli di renina plasmatici (per depressione del sistema RAA), ed una buona risposta antiipertensiva ai diuretici. Quindi nei soggetti afro-americani, l'ipertensione arteriosa potrebbe essere il risultato dell'incontro di background genetico favorente con l'ambiente e più precisamente dall'interazione tra aumento del consumo di sale con la dieta e tendenza ad una maggiore ritenzione di sodio. Per quanto riguarda gli altri elettroliti è di particolare importanza il ruolo dell'introito dietetico di potassio. Vari studi hanno suggerito che un alto introito di potassio possa proteggere dalle malattie cardiovascolari. Tale protezione è particolarmente evidente nell'ipertensione e negli accidenti cerebrovascolari. Per contro, un basso consumo di potassio sembra aumentare la severità dell'ipertensione ed il rischio di ictus.

Una caratteristica delle diete dei Paesi occidentali (in cui la mortalità per malattie cardiovascolari supera il 50% del totale) è il loro basso contenuto di potassio, magnesio e calcio, che si associa un alto introito di sodio, con un rapporto di introito molare K/Na inferiore a 0,4. Di contro, popolazioni rurali che vivono in condizioni di vita comparabili a quelle dei loro avi, e le cui diete sono ricche in potassio e povere in sodio, con un rapporto di introito molare K-Na superiore a 3, sono caratterizzate da una morbilità e mortalità per malattie cardiovascolari molto bassa. E' stato visto che il passaggio da diete "rurali" ad alto contenuto di K (e povere di Na) verso diete "occidentalizzate" povere di K (e ricche di Na), si accompagna ad un aumento dei valori del BMI, del rapporto vita/fianchi, ed ad una aumentata prevalenza di valori pressori. Tale andamento è direttamente proporzionale al livello socio economico della società, ed al reddito complessivo dei Paesi presi in esame^{4,13}. Dai dati finora esposti emerge come tra i vari cambiamenti ambientali cui è sottoposto l'immigrato, quelli alimentari possano svolgere un ruolo preponderante e tra questi l'introito di Na sembra essere il più correlato ad un aumento della pressione sanguigna. Ma un obiettivo molto importante è quello di determinare in che misura i cambiamenti ambientali e dello stile di vita influenzino lo sviluppo dei vari fattori di rischio cardiovascolare, e quindi di individuare quali tra questi ultimi, tendano a variare più precocemente rispetto agli altri ed in rapporto alla situazione precedente all'immigrazione. Ciò è fondamentale per avviare delle campagne di prevenzione e sensibilizzazione dell'immigrato, che lo portino ad attuare dei comportamenti che possano evitare o ritardare quanto più possibile l'insorgenza di tali fattori di rischio.

Di particolare interesse è lo studio delle modificazioni della pressione arteriosa, in seguito alle modificazioni dello stile di vita degli immigrati. Tra gli studi che hanno preso in considerazione tali fattori, particolarmente elegante è quello che ha valutato la modificazione della pressione sanguigna e dei livelli di colesterolo in immigrati etiopi in Israele in comparazione con questi due parametri della popolazione residente^{9,10}. Un merito particolare di tale studio è l'aver considerato la variazione di tali parametri in immigrati etiopi recentemente arrivati in Israele (cioè immigrati soltanto da 3 o al massimo 4 anni), appunto per cogliere le più precoci variazioni di tali parametri in rapporto alla popolazione israeliana residente. Lo scopo di tale studio, infatti, era quello di determinare gli effetti della migrazione da un paese non industrializzato (Etiopia) ad uno industrializzato (Israele), sui cambiamenti della pressione arteriosa e dei livelli di colesterolo in correlazione all'età. Negli israeliani l'aumento pressorio con l'età si accompagna ad un aumento del peso ed ad un incremento della colesterolemia, negli etiopi recentemente immigrati, l'aumento della pressione avviene più precocemente ed indipendentemente dagli altri fattori di rischio. Negli etiopi, immigrati da un numero superiore di anni, in seguito alla modificazione dello stile di vita, il profilo di incremento dei valori pressori età correlato tendeva ad assomigliare a quello dei residenti israeliani. Quindi gli immigrati etiopi in Israele sembrano assumere rapidamente il profilo della distribuzione della pressione arteriosa della società in cui sono emigrati. In ultima analisi quindi, si evince: 1) che il primo parametro a mutare (tra quelli ascrivibili tra i fattori di rischio cardio-vascolari), a seguito di processi di migrazione da paesi sottosviluppati a paesi industrializzati, sembra essere la pressione arteriosa, e 2) che tale parametro è indipendente da altri parametri quali l'ipercolesterolemia che tendono ad aumentare, ma solo più tardi¹⁰. Pertanto, il processo di immigrazione da Paesi sottosviluppati, verso Paesi a più alto tenore economico, può comportare, negli immigrati,

lo sviluppo, di particolari patologie tipiche del mondo occidentale, e tra queste quelle cardiovascolari (in particolar modo l'ipertensione arteriosa) sono preminenti.

Lo sviluppo di tali patologie (riscontrato in molte etnie diverse, ma in particolare tra gli immigrati provenienti dall'Africa sub Sahariana) senza dubbio è legato alle mutate abitudini e condizioni di vita con cui l'immigrato deve confrontarsi nel nuovo Paese ospitante (cambiamento dei costumi alimentari, fumo, difficoltà di integrazione nel tessuto sociale del Paese che li ospita, stressors psico-fisici non indifferenti come quelli legati a fattori di razzismo). Accanto a tale aspetto "ambientale" però, un ruolo non di minore importanza è giocato da alcune caratteristiche genetiche di fondo, tipiche ed esclusive dei soggetti neri (africani od afro americani). Tale "background genetico", di per sé non importante ai fini dello sviluppo di malattie cardio-vascolari, nei Paesi d'origine, lo diventa allorquando tali soggetti mutano le loro abitudini di vita, acquistando quelle occidentali.

Bibliografia:

1. Baker E H ,Dong Y B , Sagnella G A, Rothwell M , Onipinla A K, Markandu N D, Cappuccio F P , Cook D G , Persu A , Corvol P , Jeunemaitre X , Carter N D, Mac Gregor G A: Association of hypertension with T594M mutation in b subunit of epithelial sodium channels in black people resident in London. *Lancet* 1998; 351: 1388-1392.
2. Barbagallo M, Gupta R K , Resnick L M : Independent effects of hyperinsulinemia and hyperglycemia on intracellular sodium in normal human red cells: *Am. J. of Hypertension* 1993; 6:264-267
3. Campese VM : Salt sensitivity in hypertension: Renal and cardiovascular implications. *Hypertension* 1994; 23: 531-50
4. Cooper R S, Rotimi C N, Ataman S L, McGee D L, Osotimehin B, Kadiri S, Muna W, Kingue S, Fraser H, Forrester T, Bennett F and Wilks R. Hypertension prevalence in seven populations of african origin. *American Journal of Public Health* 1997; 87/ 2:160-168
5. Cooper R S, Rotimi C N, Ward R: The Puzzle of Hypertension in African-Americans. *Scientific American*, 2001
6. Curtin P D: The slavery hypothesis for hypertension among african americans: the historical evidence. *American Journal of Public Health* 1992; 82/12:1681-1686
7. Dominguez L J , Barbagallo M , Sowers J R: Cardiovascular risk factors in South America and the Caribbean. *Ethn Dis.* 1999;9:468-478
8. Flack J M , Staffileno B A: Hypertension in blacks. In : Hypertension, a companion to Brenner and Rector's The Kidney; Ed: Oparil S, Weber M.A., WB Saunders Company, Philadelphia 2000; 558-563
9. Green M S, Peled I: Differences in the prevalence of Hypertension by ethnic origin and age at immigration in a cohort of 5146 Israelis: *Am. J. of Epidemiology*; 1992 ,135,11,1237-1249
10. Green MS, Etzion T, Jucha E: Blood pressure and serum cholesterol among male Ethiopian immigrants compared to other Israelis. *J Epidemiol Community Health*,1991,12:281-286
11. Grim CE, Henry JP, Myers H , : High blood pressure in Blacks: Salt, slavery, survival stress and racism, in Laragh JH, Brenner BA (eds): Hypertension. New York, NY, Raven Press, 1995: 171-207
12. Hollemberg N K, Martinez G, Mc Culloch M et al :Aging, acculturation, salt intake, and hypertension in the Kuna of Panama. *Hypertension* 1997;29:171-176
13. Horacio J, Wesson D E: Role of dietary factors in the hypertension of African Americans. *Seminars in Nefrology* 1996;3:94-101
14. Kaplan N M: Etiology and Therapy of systemic Hypertension. In: Willerson J.T. : Treatment of heart diseases ; Ed. Gower Medical Publishing 1992; 7.37-7.49
15. Luke A, Cooper R S, Prewitt T E, Adeyemo A A,² and Forrester T E: Nutritional consequences of the african diaspora. *Annu. Rev. Nutr.* 2001;21:47-71.
16. Morimoto A, Uzu T, Fujii T, Nishimura M, Kuroda S, Nakamura S, Inenaga T, Kimura G: Sodium sensitivity and cardiovascular events in patients with essential hypertension. *Lancet* 1997; 350: 1734-1737

17. Obyrne S, Caulfield : Genetics of Hypertension. Therapeutic implications. *Drugs* 1998; 56: 203-214
18. Popkin B M: The nutrition transition in low-income Countries: an emerging crisis. *Nutrition Reviews*, 1994, vol.52, No 9, 285-298
19. Resnick L,Gupta R K ,Di Fabio B ,Barbagallo M , Mann S, Marion R, Laragh J: Intracellular ionic consequences of dietary salt loading in essential hypertension: *J.Clin.Invest.*;94, Sept 94, 1269-1276
20. Smith G D, Neaton J D, Wentworth D , Stamler R, Stamler J: Mortality differences between black and white men in USA: contribution of income and other risk factors among men screened for the MRFIT: *Lancet* 1998;351:934-939
21. Sundquist J, Winkleby M.A: Cardiovascular risk factors in Mexican American adults: a transcultural analysis of NHANES III, 1988-1994. *Am J Public Health* 1999;5:723-730
22. Walker R W, McLarty D G, Kitange H M, Whiting D, Masuki G, Mtasiwa D M, Machibya H, Unwin N, Alberti K G M M, on behalf of the Adult Morbidity and Mortality Project : Stroke mortality in urban and rural Tanzania. *Lancet* 2000; 355: 168487
23. Wong Z Y H, Stebbing M, Ellis J A, Lamantia A , Harrap S B: Genetic linkage of β and γ subunits of epithelial sodium channel to systolic blood pressure. *Lancet* 1999;353: 1222-25

Follow – Up dei corsi di formazione riservati agli stranieri non comunitari per l'assistenza domiciliare agli anziani: aspettative e risultati.

M. S. Ricci, A. Ciarmatori, E. Pelargonio, S. Pelargonio.

ACISEL (Associazione Cooperazione Internazionale Studi e Lavoro)

Key – words: Immigrati, straniero non comunitario, corsi di formazione, integrazione.

Per venire incontro alle esigenze di lavoro sia della popolazione italiana che immigrata, da anni si svolgono corsi di formazione specifica, anche perché la richiesta lavorativa sta diventando sempre più tecnologica e si esige quasi per qualunque lavoro un certificato o attestato che confermi la preparazione per “quella specifica attività”, sia pure la più semplice.

In modo particolare ci si è voluti rivolgere agli immigrati, con i quali l'ACISEL opera da svariati anni, per offrire loro la possibilità di svolgere un'attività più consona alla loro preparazione culturale, più adeguata alle loro aspettative, meno umiliante perché non soggetti ad accettare lavori molto al di sotto della loro preparazione culturale – lavorativa e professionale, scegliendo corsi formativi per professioni più richieste al momento.

Con questo lavoro analitico si è voluto portare a conoscenza le problematiche che sono inerenti ad un corso per assistente domiciliare agli anziani e le basi sulle quali si fonda un'attività di questo genere.

MATERIALE E METODO:

Al bando per il concorso per assistente domiciliare all'anziano, dei quattro corsi sinora effettuati, e con brevissimo tempo di scadenza di presentazione della domanda, hanno risposto 315 persone straniere non comunitarie.

Poiché i posti erano di 50 percorsi ne sono stati selezionati 205 (65,08 %), 40 (13,11 %) non sono stati rintracciati, ed i rimanenti 70 (22,22%) sono stati iscritti in una lista di attesa per i prossimi corsi.

Dei 205 selezionati, 57 (27,80 %) erano maschi e 148 (72,20 %) erano femmine.

La loro età variava dai 19 ai 59 anni: 5 (2,43 %) erano nella fascia d'età dei 19 - 24 anni, 28 (13,65 %) dei 25 - 29 anni, 34 (16,58 %) dei 30 - 34 anni, 48 (23,41 %) dei 35 - 39 anni, 40 (19,51 %) dei 40 - 44 anni, 34 (16,58 %) dei 45 - 49 anni, 13 (6,34 %) dei 50 - 54 anni e 3 (1,46 %) dei 55 - 59 anni.

Quattro di essi (1,95 %) provenivano dai paesi non comunitari dell'Europa, 33 (16,09 %) dai paesi dell'Est, 10 (4,87 %) dall'Asia, 59 (28,78 %) dall'Africa e 104 (50,73 %) dal Sud America. A seconda della loro nazionalità, essi erano così distribuiti: 82 (40 %) provenivano dal Perù, 25 (12,19 %) dall'Etiopia, 12 (5,85 %) dalla Romania, 10 (4,8 %) dal Congo, 8 (3,90 %) rispettivamente dall'Ecuador e dalla Polonia, 7 (3,41%) dalla Russia e dalla Nigeria, 5 (2,43%) dalla Colombia e dall'Ucraina, 4 (1,95 %) dal Cile, dal Marocco e dalla Repubblica Dominicana, 3 (1,46 %) dall'Eritrea, dalla Guinea, e dall'India, 2 (0,97 %) da Camerun, Capo Verde, Paraguay, Sri Lanka, Turchia, 1 (0,48 %) dall'Albania, Bangladesh, Bulgaria, Cina, Filippine, Ghana, Egitto, Iran, Jugoslavia, Ruanda, Sudan, Kenia, Yemen, Brasile e Togo.

Centonovantadue (93,65 %) di essi abitava nella città di Roma e 13 (6,34 %) nelle zone limitrofe.

Per quel che riguarda lo stato civile dei corsisti: 82 (40 %) risultavano coniugati, 77 (37,56 %) celibi o nubili, 2 (0,97 %) con lo stato libero, 7 (3,41 %) divorziato / a, 4 (1,95 %) vedovo / a e 29 (14,14 %) non hanno indicato il loro stato civile.

Tra queste persone, sposate e non e/o conviventi, si è registrato un numero totale di 63 figli a carico.

Controllando la presentazione di uno o più documenti di riconoscimento: 145 (70,73 %) avevano il permesso di soggiorno, 98 (47,80 %) il passaporto del paese d'origine, 95 (46,34 %) la carta d'identità italiana, 18 (8,78 %) la patente di guida, 1 (0,48 %) la dichiarazione consolare, 2 (0,97 %) lo status di rifugiato e, 124 (60,48 %) erano in possesso di più documenti.

Il titolo di studio ottenuto in patria appare così come riferito nell'autocertificazione o convalidato da documenti ufficiali e, dove erano stati acquisiti più titoli di studio, è stato incluso anche il secondo titolo, specialmente se attinente all'argomento del corso. Si sono così registrati: 25 (12,19 %) laureati di cui 2 in medicina, 26 (12,68 %) universitari, 6 (2,92 %) con vari baccalaurati, 20 (9,75 %) infermieri professionali, 13 (6,34 %) infermieri tecnici, 2 (0,97 %) ostetriche, 14 (6,82 %) paramedici o persone che avevano fatto corsi sanitari, 2 (0,97 %) insegnanti, 1 (0,48 %) collaboratore domestico (da corso ufficiale).

Altri 66 (32,19 %) avevano frequentato e/o ottenuto un diploma delle scuole superiori e, 20 (0,75 %) avevano frequentato e/o terminato le scuole medie inferiori. Di 29 persone (14,14 %) non si è potuto conoscere il titolo di studio conseguito in patria.

Si è voluto verificare anche se al momento del corso i candidati avessero un lavoro e, cumulando tra maschi e femmine, si è venuti a conoscenza che: 53 (25,85 %) lavoravano come collaboratori familiari, 21 (10,24 %) già facevano un lavoro come assistenti agli anziani, 14 (6,82 %) facevano un lavoro imprecisato, 4 (1,95 %) avevano un impiego privato, 3 (1,46 %) erano ambulanti e/o artigiani, 2 (0,97 %) erano insegnanti, 2 (0,97 %) appartenevano a Cooperative Assistenziali Socio Sanitarie, 1 (0,48 %) era casalinga, 1 (0,48 %) era babysitter.

Cinquantacinque (26,82 %) erano in attesa di lavoro e 44 (21,46 %) non davano alcuna informazione. Risultavano perciò occupate in lavori più o meno soddisfacenti 106 persone pari a 51,70 %.

Centoventuno (59,02 %) corsisti aveva presentato una lettera di presentazione dei datori di lavoro passati o attuali a prova della loro integrità morale e lavorativa.

I corsisti hanno completato i loro studi dopo 400 ore di teoria e 120 di pratica con frequenza obbligatoria ed effettuato tutto nell'ambito del Policlinico "A. Gemelli" e nei reparti di degenza del CEMI, sotto la direzione di docenti, medici ed infermieri specialisti in gerontologia. Alla fine è stato sostenuto un esame scritto e orale e si sono valutati la conoscenza della lingua italiana, la frequenza al corso, l'attitudine a questa attività assistenziale mostrata durante il tirocinio, il voto della prova scritta ed il voto della prova orale per un totale di novanta sessantesimi (90 / 60).

RISULTATI:

Tutti quelli che hanno terminato il corso hanno riportato delle votazioni soddisfacenti agli esami ed alcuni con voti alti sino a guadagnare la lode. E' ovvio che tra i migliori si sono qualificati quelli che già possedevano delle nozioni specifiche, ma anche i più lontani dalla materia hanno raggiunto un buon risultato. A chi era in " forse" è stato offerto un periodo ulteriore di tirocinio in modo da riportarlo a livello di sufficienza.

Per venire loro incontro si è istituito un servizio di "ricerca lavoro" presso lo sportello ACISEL già esistente. Si sono peraltro presi contatti con cooperative sociali per l'assistenza all'anziano.

Si è chiesta ai corsisti la disponibilità oraria. Molti, per non dire la quasi totalità, hanno scelto e scelgono il servizio ad orario, che è più remunerativo e per molti di loro dà la possibilità di fare più turni, meglio pagati, e dà la possibilità di avere del tempo libero per sé e/o per la famiglia.

Data questa situazione, rimangono altamente scoperti i lunghi orari, la notte e l'assistenza domiciliare continuativa "notte e giorno".

Anche se tale comportamento può essere giustificato dal fatto che le lunghe ore passate con un anziano, specialmente se affetto da particolari patologie o necessitante assistenza serrata e prolungata, sono molto pesanti, non viene o non può essere accettata dall'anziano o dalla sua famiglia le cui esigenze sono di copertura di un tipo particolare di assistenza e di orari da trascorrere con lui.

Si potrebbe dire che la giornata può essere suddivisa in turni fra 2 – 3 assistenti. Se questo è fattibile in ambienti tipo case alloggio, case protette e case di riposo, non viene accettato dall'anziano che mal si adatta o addirittura rifiuta il cambio di persone, mentre cerca appiglio, sostegno e fiducia in una sola persona che gli è sempre vicina e la tratta sempre con gli stessi modi. Se la persona, però, per la sua patologia, è staccata dagli affetti e dal mondo esterno ed è "apatica", come in casi di Alzheimer estremo, il cambiamento di persone per coprire i vari turni non ha alcun effetto sull'assistito.

Esiste inoltre per molti anziani, non ancora abituati alla multietnicità e diciamo pure alla sua integrazione con gli immigrati, il problema del rigetto dello straniero che fortunatamente sta quasi scomparendo, il rigetto o la preferenza per alcune etnie e quel che è ancora un fenomeno rilevante, il colore della pelle.

In alcuni anziani e/o famiglie, pur non essendovi alcun pregiudizio verso gli assistenti di colore, esiste una certa riluttanza ad assumerli, preferendo i "bianchi", indipendentemente dalla loro capacità assistenziale. Esiste perciò una "selezione" inconscia che limita il lavoro di alcune etnie.

Inoltre il "comportamento" di alcuni gruppi etnici più vicini alle nostre radici, la migliore padronanza della lingua, necessaria del resto per poter assistere e comunicare adeguatamente con un anziano, li favorisce ad altri nella scelta.

Non facendo riferimento nazionalistico si sa che alcuni sono più scontrosi, aggressivi, hanno reazioni poco gentili, altri invece sono più amorevoli, più accondiscendenti, più silenziosi in casa, non reagiscono a richieste e rimproveri che capiscono generati dall'età. Ecco perché per i corsisti ci dovrebbe essere una selezione per attitudine ad adempiere questo compito che del resto fa parte della valutazione del punteggio dell'esame finale.

Anche il sesso dell'assistente è un fattore di selezione. E' ovvio che per assistere una donna viene richiesta una donna e per un uomo viene richiesto un uomo. Non mancano casi, però,

in cui sia gli uni che gli altri possono essere assistiti dal sesso opposto, come ad esempio nel caso di soggetti in sovrappeso o molto pesanti da spostare ove occorre un assistente forte o di uomini anziani da accudire con dolcezza femminile.

E' indubbio che anche la dieta dell'anziano può essere particolare e qui l'assistente domiciliare dovrebbe essere preparato a conoscere ed a preparare pasti più frequentemente utilizzati nella dieta italiana ed in particolare per la sua popolazione anziana, o adeguarsi nella preparazione di alimenti abituarini dell'assistito.

Questi pro e contro stanno oggi uno di fronte all'altro a dimostrazione che per quanto possa essere apparentemente risolto, il problema dell'assistenza effettuata da stranieri è un po' difficile e deve tener conto di tutte queste sfaccettature che ne limitano l'utilizzo.

DISCUSSIONE:

Già dal 1998 l'ACISEL ha proposto al CEPSAG (Centro di Prevenzione Socio Assistenziale Geriatrico) del Centro di Medicina dell'invecchiamento dipendente dall'Istituto di Geriatria dell'Università Cattolica di Roma, l'istituzione di corsi per assistenza domiciliare agli anziani riservati agli immigrati non comunitari. L'idea è stata subito accettata e ne è nata una stretta collaborazione che ha portato alla conclusione di quattro corsi di 50 persone ciascuno. Inoltre, visto il successo ottenuto e le richieste di perfezionare il corso in modo che fosse riconosciuto a livello regionale e nazionale per poter accedere a "Case di Riposo" o ad essere iscritti a "Cooperative di lavoro", si è iniziato (in marzo 2002) un nuovo corso misto (per italiani e per stranieri) con durata più lunga (600 ore), e questo sotto l'auspicio dell'Assessorato alla formazione professionale Politiche del Lavoro della Provincia di Roma, per adeguarsi al riconoscimento dei corsi nell'UE che richiede un simile periodo di studi. Anche questa volta le richieste sono state tante, a dimostrazione della serietà del corso e dell'apprezzamento dei precedenti corsisti che hanno diffuso tra i loro gruppi etnici "la buona qualità del corso". Il corso è stato esteso anche agli italiani che chiedevano corsi di formazione simili anche per loro.

Come si era previsto è stata un'ottima scelta questo corso di formazione, che trova riscontro in una grande richiesta sul mercato lavorativo, e crea delle qualifiche adeguate che in questo caso vengono conseguite per merito di docenti universitari e presso una struttura clinica specialistica del campo.

Dopo aver portato i corsisti al completamento dei loro studi, è nata la necessità di aiutarli a trovare lavoro. Mentre alcuni di essi già lavoravano con gli anziani ad erano inseriti in una rete di rapporti di lavoro tra di loro, altri erano alle prime armi ed in difficoltà.

Dai dati che si erano ottenuti molti dei corsisti si trovavano nella necessità di migliorare le loro conoscenze sull'assistenza all'anziano, pur già lavorando con loro, altri avevano bisogno di lavorare trovandosi in precarie condizioni economiche e familiari, con figli a carico, spesso soli a sostenere il peso della famiglia ed alcuni ancora con permessi di soggiorno instabili.

Per alcuni la preparazione culturale e più aderente agli argomenti trattati ne ha facilitato lo studio e ne faciliterà l'inserimento lavorativo.

Il possesso di una patente di guida potrà essere per alcuni una aggiunta preferenziale per un impiego presso un anziano che ha bisogno di un trasporto proprio, per abitudine o per necessità.

Si spera che un corso di formazione di "alta qualità", con insegnamenti che avvicinino l'assistente straniero all'"anziano italiano" assistito, sia per quel che riguardino la lingua

che le abitudini tradizionali di vita e di alimentazione nostrane, possano dirimere queste esitazioni in modo tale da integrare al massimo gli uni e gli altri in modo da rendere la convivenza e l'assistenza più accettabile e più aderente alle richieste dell'assistito che rimane sempre al centro di queste attenzioni.

Se da una parte si vuole dare questa opportunità agli stranieri non comunitari di riqualificarsi a seconda della loro aspettative socio – culturali, è pur vero che da parte di chi organizza questi corsi e questo approccio al lavoro assistenziale per gli anziani, si pone un maggiore impegno per abbattere tutti gli ostacoli che si frappongono tra gli assistenti stranieri e gli italiani, cercando di favorire gli uni preparandoli però bene per assistere gli altri.

Inoltre, l'essere passati ad un nuovo tipo di corso di più lunga durata, con una preparazione che consente l'inserimento presso case di riposo o altre residenze per anziani e con un riconoscimento regionale, offre agli immigrati una preparazione ancora più qualificata dei corsi precedenti e la possibilità di ampliare il campo di lavoro ad altre istituzioni pubbliche e private.

L'aver iniziato un corso misto tra loro e corsisti italiani, oltre a facilitare l'integrazione, li mette tutti sullo stesso piano confermando loro di aver raggiunto gli stessi livelli di un cittadino italiano e con gli stessi diritti e doveri senza più alcuna distinzione etnica.

Si crede che in questo modo gli sforzi sinora compiuti da coloro che si erano proposto il compito di educare, formare, integrare, dare la possibilità di un lavoro ottimale da una parte, ed una assistenza domiciliare adeguata e qualificante all'anziano dall'altra, hanno condotto ad un punto che si voleva raggiungere. Si riscontrano però ancora dei pregiudizi e delle scelte, sia da parte degli assistenti domiciliari che degli assistiti, dimostrando che l'integrazione non si è ancora completata, cosa che sicuramente avverrà con la maturità dei tempi e con la maturità delle coscienze umane.

Vecchi e nuovi rifugiati nelle migrazioni internazionali

Di Marco A. Pirrone

La contraddizione principale del processo della globalizzazione, che tende a divenire sempre più evidente ed anche a esplodere, è data dal fatto che dinanzi alla libera mobilità di merci e capitali si chiudono le frontiere al movimento delle persone.

Pur essendo un fatto facilmente riconoscibile, per quanto spesso negato o sottaciuto, ritengo importante sottolinearlo qui in Sicilia, dato che la nostra isola ospita la più alta densità di Centri di Permanenza Temporanea in Italia e costituisce, perciò, un pilastro importante della “fortezza” Europa edificata a Schengen.

L’ostacolo alla libera mobilità delle persone è divenuto ancora più forte dopo l’11 di settembre, soprattutto nei confronti dei migranti arabi e arabo-islamici (distinzione peraltro sconosciuta ai più, con la conseguenza che i mass media spesso accomunano arabi e islamici e, di questi ultimi, non riescono a dar conto della loro articolazione interna), dando luogo ad un vero e proprio “terrorismo culturale” nei loro confronti, in particolare da parte dei mezzi di comunicazione che, accanto al termine islamico, musulmano o arabo usano sempre più aggettivazioni che suscitano ansie e timori in questo contesto è assai difficile parlare di integrazione degli immigrati, di società multietnica o anche soltanto di riconoscimento dell’*altro*.

La situazione è ancora più complicata se si pensa che a questa “cattiva” informazione si accompagna una forte carenza di conoscenza delle dinamiche delle nuove migrazioni internazionali e del peso sempre più crescente dei rifugiati tra le fila dei migranti, determinato tanto a causa dei conflitti bellici, politici e religiosi che attraversano le diverse aree del pianeta, quanto a cause di natura ambientale, come vedremo.

Le ultime stime su scala globale ci dicono che il volume complessivo delle migrazioni internazionali è all’incirca di 150 milioni di uomini in movimento a fronte di una popolazione che ha superato i 6 miliardi di unità, e cioè di una percentuale di migranti intorno al 2,3% sul totale della popolazione del pianeta. È un dato molto vicino a quello che caratterizzò le migrazioni internazionali nel 1965 (vedi tabella 1). L’articolazione interna di esse è poi molto variegata rispetto all’immaginario dominante che vede nei migranti solo popoli disperati in movimento verso il Nord. Innanzitutto il maggior numero di migranti coinvolge le aree dei cosiddetti paesi in via di sviluppo (PVS) piuttosto che i paesi a sviluppo avanzato (PSA). In secondo luogo, le donne costituiscono quasi la metà di questi movimenti di persone. Infine, moltissimi sono i rifugiati, su cui torneremo fra un po’, i quali tendono ad aumentare, insieme, purtroppo, ai loro respingimenti alle frontiere o alla bocciatura delle loro richieste d’asilo.

	1965	1990	1997*
PSA	30	55	59*
PVS	45	65	71*
Totale	75	120	130*

valori in milioni; * valori stimati

Fonte: Elaborazione su dati United Nations (World Population Monitoring, 1997)

Nonostante questi dati, la retorica dell'invasione di massa dei migranti, spesso usata strumentalmente, continua ad essere prevalente non solo nei mass media e tra le forze politiche più razziste, ma anche tra coloro che tentano di rispondere alla questione dell'*insicurezza del cittadino* nella società globale e purtroppo, sempre più spesso, anche all'interno delle scienze sociali.

Proviamo allora a costruire un quadro delle migrazioni internazionali attuali e vedere di compiere le necessarie distinzioni per comprendere meglio i fenomeni che ci troviamo di fronte.

Le migrazioni internazionali nell'epoca della globalizzazione hanno mutato in misura consistente tanto i loro vettori che la composizione interna.

Le migrazioni del passato furono caratterizzate dal doppio meccanismo dei *pull and push factors* (fattori d'attrazione e repulsione), derivanti dagli squilibri e dalle disuguaglianze economiche tra aree sviluppate e sottosviluppate del mondo, secondo il vettore Sud-Nord:

1) movimenti di popolazione sia di tipo intercontinentale, come le migrazioni verso l'America, durate sino agli anni '30 del Novecento, sia di tipo interregionale, come le migrazioni del Mezzogiorno italiano verso il Nord del paese, durate sino a fine anni '60;

2) movimenti di popolazione, successivi alla decolonizzazione, lungo il vettore ex paese colonizzato-paese colonizzatore determinati dalla forte richiesta di manodopera da parte dei paesi industriali più sviluppati, durati sino a quasi tutti gli anni '70;

Con la globalizzazione gli scenari dei movimenti di popolazione appaiono completamente mutati. Pur permanendo, ed in molti casi aumentando, le disuguaglianze e gli squilibri economici e sociali, i vettori conosciuti in precedenza saltano; paesi prima di emigrazione diventano paesi di immigrazione, come l'Italia, anche in assenza di fattori di attrazione; le migrazioni interne e regionali si moltiplicano, anche per via dei processi politici di regionalizzazione che caratterizzano ampie porzioni del pianeta; oltre alle tradizionali migrazioni economiche o per lavoro si assiste anche a migrazioni culturali e politiche, soprattutto da parte delle donne, le quali, sempre più spesso, vedono la possibilità di emanciparsi attraverso le migrazioni internazionali – oggi le donne rappresentano il 47-48% sul volume complessivo dei migranti

Le nuove migrazioni internazionali conoscono così diverse tipologie di persone costrette a muoversi in direzioni diverse, non necessariamente quella tradizionale Sud-Nord. Infatti, la maggiorparte dei movimenti di persone riguardano soprattutto migrazioni dalle campagne alle città o tra gli stati dei singoli continenti nel Sud del mondo. Un Sud che, sicuramente dal punto di vista economico, tende ad allargarsi verso altre aree del pianeta, come l'Est Europeo.

Per ciò che riguarda le cause di questi cambiamenti, oltre all'allargamento dell'esclusione economica e della povertà, devono sempre più considerarsi, purtroppo, le ragioni legate all'espansione dei conflitti militari, politici e religiosi in molte aree del pianeta ma anche quelle legate al cambiamento dell'ambiente, sempre più sottoposto ad enormi pressioni e sfruttamento.

Anche l'area europea, come testimoniano i recenti conflitti nell'area balcanica ed ex sovietica, non resta immune a queste nuove forme di migrazioni, come già s'inizia a intravedere da alcuni primi dati (sono sempre più i migranti che vengono da queste aree del mondo e che cercano asilo come i sudanesi, i kurdi, i kossovani, gli irakeni, i rom, etc.).

Per quello che riguarda il problema dei rifugiati la situazione è particolarmente allarmante in Africa, preda di numerosissimi conflitti interni, per via dei quali alcuni studiosi sostengono che in quel continente si osservi un progressivo processo di distruzione delle istituzioni politiche e sociali. La situazione africana, secondo i dati dell'ACNUR ha conosciuto un "aumento complessivo del numero di rifugiati dagli 8,2 milioni del 1981 ai 13,2 [...] nel 1996" e in questi ultimi anni, come testimoniato dall'aumento di uomini e donne che si muovono verso l'Europa dalle aree di più grande conflitto di quel continente, insieme ai massicci spostamenti interni al continente africano, la situazione non tende a migliorare.

Inoltre, il cosiddetto "nuovo ordine mondiale", che i cantori della globalizzazione avevano preconizzato per il XXI secolo, ha invece trovato ampie smentite – dalle due guerre del Golfo al conflitto nei Balcani sino alla guerra in Afghanistan dopo l'11 settembre - moltiplicando i conflitti in varie parti del pianeta e accrescendo così il numero dei rifugiati: "l'Asia passa dal 28 al 34% dei rifugiati totali, mentre l'Europa raddoppia, dal 7 al 16%. Si chiudono a tali presenze i paesi del Nord America (dal 14 al 6%) e dell'Oceania (dal 4 allo 0,3%), mentre l'America Latina si connota come marginale (dal 2 all'1%)".

Ancora da studiare, in relazione alle cause e ai suoi possibili sviluppi, e da quantificare, per ciò che concerner la sua dimensione, è la situazione legata a quelli che sono stati definiti i "rifugiati ambientali". Questo nuovo segmento delle migrazioni internazionali appare sempre più come uno scenario possibile dei prossimi decenni a causa del depauperamento e dello sfruttamento intensivo delle risorse del pianeta che sta costringendo vaste aree del pianeta alla desertificazione, alla siccità e ad altre forme gravi di inquinamento.

Norman Myers ha definito i rifugiati ambientali come "persone costrette a lasciare le loro terre natie o di adozione a causa di problemi ambientali (deforestazione, desertificazione, inondazioni, incidenti nucleari etc.) su base permanente o semi-permanente, con scarse o nulle probabilità di ritornare a casa".

Si tratta di una nuova categoria di migranti che sta cambiando il quadro delle migrazioni internazionali sotto due aspetti: in primo luogo perché è la prima volta nella storia che si propone un tipo di esodo che può definirsi ambientale, in secondo luogo perché questi non sono riconosciuti ufficialmente dalle organizzazioni internazionali, ancora ferme alle categorie definite nel 1951 in occasione della elaborazione della Convenzione di Ginevra.

Le cause sono dovute, come abbiamo già sottolineato, alla scarsità di terreno coltivabile, alla deforestazione, all'incalzare della desertificazione, ai cambiamenti climatici e alle ristrettezze

idriche. Myers calcola che essi siano già oggi intorno ai 25 milioni e ipotizza che nel futuro prossimo potrebbero essere intorno a 50 milioni, per raggiungere la quota di 150 milioni a metà del secolo⁵¹.

⁵¹ Sempre Peruzzi, nel suo *Atlante delle migrazioni*, già citato, a pagina 18 scrive che "lo stesso governo cinese calcola che 30 milioni di persone potrebbero essere sfollate per disastri ambientali. La città di Shanghai potrebbe sparire. Le coste dell'India saranno popolate da 142 milioni di persone, di cui tra i 20 e i 60 milioni vi si saranno trasferite per sfuggire a inondazioni. Il 7% del Bangladesh potrebbe essere sommerso dal mare. Sempre a causa del surriscaldamento globale, l'Egitto perderà fino al 15% del terreno agricolo. Le altre aree a rischio sono, secondo Myers: Indonesia, Thailandia, Pakistan, Mozambico, Gambia, Senegal e Suriname. Ci sono poi gli stati insulari: Maldive, Kiribati, Tuvalu, Marshalls, alcuni stati dei Caraibi. Dalle nostre parti, in Moravia, Boemia e Slovacchia, molte migliaia di persone hanno già dovuto abbandonare le zone in cui avevano sempre vissuto a causa degli alti tassi di inquinamento e conseguente incidenza di malattie mortali constatata nella zona".

Come si può vedere da questa breve ricostruzione le nuove migrazioni internazionali sono e saranno sempre più caratterizzate dalla presenza sia dei rifugiati tradizionalmente conosciuti e riconosciuti, sia dei rifugiati ambientali, rispetto ai quali tutti, comprese dunque le organizzazioni internazionali, ci troviamo impreparati sia dal punto di vista conoscitivo che delle politiche da adottare.

In entrambi i casi, oltre alla disinformazione e all'atteggiamento di chiusura che caratterizza la "fortezza" Europa, di cui abbiamo detto all'inizio, la situazione dei migranti rischia di aggravarsi ulteriormente.

Infatti, mentre durante la "guerra fredda", a volte anche per ragioni strumentali, il regime di protezione internazionale veniva più facilmente riconosciuto, oggi le *nostre* "democrazie" cercano deterrenti nei confronti dei rifugiati o sono del tutto indifferenti, come nel caso del nostro paese che non ha ancora una legge organica sul diritto d'asilo, unico fra i paesi europei. Per questo motivo Amnesty International, nel 1997, ha lanciato una campagna per il diritto d'asilo⁵², denunciando il nostro paese per le sue responsabilità rispetto alle violazioni del principio di *non refoulement*⁵³ sancito dalla Convenzione di Ginevra nel 1951. Rispetto a questo nuovo quadro, ci sembra che l'indifferenza e l'ostilità nei confronti dell'*altro*, pur trovando forte alimento nelle logiche culturali che originano dal processo di accumulazione capitalista, fondato sull'individualismo e sull'utilitarismo, entrambi erosivi dei principi universalistici e di solidarietà, sia costruita rispetto a due grandi assenze: quella dell'universalismo e quella della conoscenza e dell'informazione su processi e contesti delle migrazioni internazionali.

La crisi delle prospettive universalistiche determina l'impossibilità di riconoscere nell'*altro* un *eguale*, cioè un soggetto che, al pari di noi, ed indipendentemente da razza, cultura, religione ed altre *qualificazioni* legate alla diverse forme di stratificazione sociale, ha eguali desideri e diritti sociali, primo fra tutti il diritto ad una vita degna di essere vissuta. È per questo motivo che il problema politico del diritto dei migranti alla *cittadinanza* non riesce ad essere all'ordine del giorno, quello stesso diritto su cui si fonda il riconoscimento dello status di rifugiato.

È in questo modo che sull'idea delle presunte *differenze* con l'*altro* è possibile assistere alla crescita dell'indifferenza, del razzismo, della xenofobia nei confronti dei migranti⁵⁴.

⁵² Il cui appello è visionabile all'indirizzo internet www.dirittoasilo.it/apello/index.html.

⁵³ "Il principio del *non-refoulement*, stabilito nel 1951 dalla *Convenzione sullo Status dei Rifugiati* e poi richiamato in altri strumenti internazionali sui diritti umani, vieta agli Stati di espellere con la forza i *Rifugiati* verso quei paesi dove potrebbero rischiare gravi violazioni. Questo principio generalmente riconosciuto come norma del diritto internazionale consuetudinario, sebbene sia vincolante per tutti gli Stati spesso non viene rispettato. [...] Il mandato di *Amnesty International* sui *Rifugiati* e i richiedenti asilo è soprattutto centrato sulla promozione del rispetto del principio di *non-refoulement*. Opponendosi al *refoulement*, *Amnesty International* promuove l'adesione ai principi espressi in un ampio *corpus* di normative sui diritti umani, non limitandosi alla sola *Convenzione sullo status dei Rifugiati del 1951* e all'annesso *Protocollo*. Con questo obiettivo *Amnesty International* richiede procedure di asilo eque e soddisfacenti, si oppone alle misure restrittive che impediscono ai richiedenti asilo l'accesso al paese di asilo e protesta contro l'uso arbitrario del concetto di *paese terzo sicuro*. *Amnesty International* lavora anche per assicurare che la "detenzione" dei *Rifugiati* e richiedenti asilo sia conforme agli standard internazionali. Negli ultimi anni le Sezioni di *Amnesty International* sono intervenute a favore di migliaia di richiedenti asilo che rischiavano di essere respinti". Il testo intero di Amnesty sul tema all'indirizzo internet <http://www.amnesty.it/campaign/rifugiati/contesto.htm>.

⁵⁴ Come sottolinea Zygmunt Bauman, «la possibilità dell'universalismo risiede in questa capacità comune di raggiungere una comunicazione efficace senza ricorrere a significati e interpretazioni già condivisi. L'universalità non è nemica della differenza; non esige "omogeneità culturale", né ha bisogno di "purezza culturale", e in particolare del genere di pratiche cui si riferisce quel termine ideologico. La ricerca dell'universalità non comporta

Ma oltre a questo, l'altro grande problema da affrontare è quello che riguarda, nonostante l'abbondanza di informazione teoricamente possibile nell'era della globalizzazione delle comunicazioni⁵⁵, la *carenza di conoscenza* delle ineguaglianze esistenti nel pianeta, dei contesti politici e militari in cui sono costretti a vivere milioni e milioni di persone, insomma delle condizioni della loro vita quotidiana⁵⁶.

È questa una grande battaglia politica, sociale, culturale, ma anche scientifica, che, chiunque creda davvero nel valore della solidarietà e dell'uguaglianza tra i popoli, deve avere il coraggio e il sentire necessario per combatterla. Solo così è possibile costruire un mondo in cui l'accoglienza dei *profughi* sia possibile e siano anche pensabili le soluzioni collettive ai problemi che danno origine a questi nuovi flussi migratori.

il soffocamento della polivalenza culturale o l'uso di strumenti di pressione per arrivare al consenso culturale. L'universalità non è che la capacità, comune a tutte le specie, di comunicare e comprendersi reciprocamente, nel senso, ripeto, del "sapere come procedere", ma anche del sapere come procedere in presenza di altri che possono procedere – che hanno il diritto di procedere – in modo diverso». Cfr., Bauman Z., *La solitudine del cittadino globale*, Feltrinelli, Milano, pp. 202-203.

⁵⁵ Sappiamo che proprio per questo motivo il potere sui mezzi di comunicazione è diventato un altro degli elementi strategici portanti della politica di potenza degli Stati e delle forze dominanti, dando luogo a strategie del *silenzio* e/o della manipolazione. Cfr., Chomsky N., Herman E. S., *La fabbrica del consenso*, Marco Tropea Editore, Milano, 1998.

⁵⁶ Come scrive Mario Giacomarra, "se gli europei potessero conoscere le reali condizioni di vita dei paesi di provenienza degli immigrati, e se questi ultimi potessero avere accesso ai canali di comunicazione internazionali, si da poter essere gli uni familiari agli altri, anche solo in quella che è la dimensione dell'immaginario, potrebbe avviarsi a superamento gli stereotipi e i pregiudizi che accompagnano lo «straniero»". Cfr., Giacomarra M., *Migrazioni e identità. Il ruolo delle comunicazioni*, Palumbo, Palermo, 2000, p. 8.

Minori stranieri non accompagnati e senza fissa dimora:analisi, considerazioni e programmi.

E. Pelargonio, L. Faggioni, S. Pelargonio

ACISEL (Associazione Cooperazione Internazionale Studi e Lavoro) Roma.

Lo scopo di questo studio è quello di far conoscere gli aspetti della vita dei minori stranieri non accompagnati nei Centri di Accoglienza, i motivi della loro immigrazione, le condizioni dalle quali provengono e/o sono fuggiti, le loro storie ancora nascoste, il loro comportamento nella comunità del Centro verso se stessi, verso i compagni, la scuola, il lavoro e l'integrazione. Sulla base di quest'analisi vengono fatte delle considerazioni che potrebbero condurre ad un programma migratorio, secondo le nuove leggi, per una migliore integrazione socio-culturale-lavorativa di questa generazione e delle future immigrazioni giovanili.

Materiale e metodo

Da giugno 2000 al 28 febbraio 2002 sono stati accolti presso il Centro 301 ragazzi dai 14 ai 18 anni, stranieri senza fissa dimora e non accompagnati. Tra questi qualche ragazzo "nomade" che come tanti altri hanno solo pernottato per una o due notti lasciando poi il Centro spontaneamente. Molti sono rimasti nel Centro meno di due mesi e solo 90 (29, 9%) più di due mesi. Alcuni si sono fermati fino al 18° anno di età con lo scopo di ottenere il permesso di soggiorno ed ha utilizzato alla meno peggio il proprio tempo partecipando alla vita esterna ed interna del Centro frequentando la scuola, cercando un lavoro anche se è proibito per i minori.

Il gruppo che viene analizzato in questo lavoro rappresenta un gruppo campione in continua evoluzione e comprendente gli ultimi 25 ragazzi che sono presenti in maniera continuativa nel Centro da più di due mesi e per i quali si sono ottenute delle informazioni attraverso vari contatti con gli operatori e con il servizio sociale riuscendo a preparare dei programmi per loro.

La loro età varia tra i 15 e i 18 anni non compiuti di cui uno (4%) tra 15-16 anni, 11 (44%) tra 16-17 anni e 13 (52%) tra i 17 e i 18 anni.

Quattordici (56%) sono albanesi, 3 (12%) moldavi, 3 (12%) bengalesi ed 1 (4%) iracheno, kosovaro, palestinese, romeno, etiope. Per ciascuno di essi è stato riempita una scheda anamnestica familiare, scolastica, lavorativa, d'iter migratorio, di comportamento verso se stessi, verso la struttura del Centro, i compagni, gli operatori, la scuola, i cittadini, lo sport, la partecipazione a corsi di formazione, del vivere civile in comunità.

Risultati

Alcuni ragazzi si erano presentati sprovvisti di documenti, 6 (24%) con i passaporti dei propri paesi e 15 (60%) con documenti vari quali Codice Fiscale, STP, Carta d'Identità ed altri ottenuti durante la loro permanenza in Italia prima di essere assistiti dal Centro. Data la peculiarità del motivo d'ingresso al Centro, fermati dalla polizia e trovati senza documenti

o richiedenti spontaneamente l'assistenza, l'orario dell'ingresso al Centro è stato più frequentemente la sera, mentre durante il giorno gli ingressi si sono avuti perché fermati dalla polizia per essere stati trovati in atteggiamenti sospetti (es. piccoli furti e/o borseggi). Coloro che hanno lasciato il Centro spontaneamente, l'hanno fatto di giorno, non rientrando più nella struttura. E' da ricordare che questi ragazzi sono liberi di andar via quando vogliono e dove vogliono, senza darne alcun preavviso. Chi ha raggiunto il 18°anno viene dimesso il giorno successivo poiché è terminata l'assistenza al minore.

Nel Centro si effettuano alcune attività ricreative alle quali i ragazzi partecipano come lo sport, in prevalenza calcio, che si pratica sulla vicina spiaggia e durante i mesi non estivi, o presso una palestra della zona che è interessata ai giovani tanto più che ogni tanto se ne incontrano alcuni con marcata capacità sportiva (es. calciatori di squadre più o meno importanti) che possono essere poi utilizzati qui dalle squadre locali.

I giovani hanno partecipato a più attività ricreative quali incontri con le scuole di Roma e Nettuno, terminate con partite di calcio. Hanno partecipato a gite organizzate dall'ACISEL per far conoscere il territorio ove forse sceglieranno di vivere, a Terracina e al Circeo, alla Reggia di Caserta, alla città medievale di Viterbo. Hanno avuto contatto con altre associazioni di volontariato come il Centro Adolescenti di Frascati, con buon esito.

L'educazione scolastica è stata effettuata presso la scuola S.- Giacomo di Nettuno con l'impegno veramente interessato degli insegnanti. Nonostante i primi gruppi siano stati molto irrequieti, indisciplinati ed a volte aggressivi e sprezzanti, salvo qualche elemento volenteroso, quest'ultimo gruppo è risultato più malleabile per quanto alcuni ragazzi accusino una certa intolleranza verso la scuola. Infatti 24 di essi (96%) stanno frequentando la scuola 5 dei quali (20%) saltuariamente. I risultati sinora ottenuti sono buoni per 9 di essi (36%), discreti per 10 (40%) e sufficienti per 3 (12%).

I corsi di formazione sono stati frequentati soltanto da alcuni ragazzi dei gruppi precedenti (16/301, pari al 5.31%), e per quelli che non volevano frequentare la scuola.

Il lavoro per i minori non è permesso in Italia, ma questi giovani sono venuti in Italia proprio per lavorare e guadagnare. Nonostante questa legge restrittiva alcuni hanno trovato lavoro stagionale nelle campagne limitrofe ed altri sono riusciti ad inserirsi nell'ambiente del lavoro, in un secondo tempo assunti quando raggiunta la maggiore età. In questo gruppo 7 hanno lavorato: 2 in nero ma con paga ridotta e a tempo pieno, 3 nella raccolta di kiwi a tempo pieno con paga normale e 2 di essi hanno lavorato internamente alla struttura dell'ACISEL, lavoro concesso per andare loro incontro economicamente.

Per quel che riguarda gli incontri culturali, alcuni partecipano giornalmente all'ascolto delle notizie del giornale al mattino e le discutono con un operatore. Si sono avuti incontri con alcune classi delle scuole ove è situato il Centro, culminati in una manifestazione presso il Centro stesso per la Giornata Internazionale del Fanciullo, con la partecipazione di Associazioni di volontariato, d'autorità civili e militari. Tutte queste manifestazioni sono state effettuate per favorire l'integrazione dei ragazzi.

E' stato effettuato un corso della Croce Rossa Italiana per il secondo anno consecutivo presso il Centro con la partecipazione di tutti i giovani.

Per quel che riguarda la situazione familiare dalla quale questi giovani provengono di 22 di essi si è riusciti a sapere che 10 genitori lavorano nell'agricoltura, 2 sono operai, 1 autista di autobus, 1 fotografo, 1 muratore, 1 pescatore, 1 meccanico, 1 insegnante, 1 operatore sanitario, 1 imprenditore e 2 di essi sono disoccupati, mentre 14 sembra che facciano un lavoro imprecisato.

Sette su 14 (50%) delle famiglie risultano essere povere e 7 (50%) di livello economico "normale".

Sette genitori su 17 (41,17%) risultano normalmente coniugati e 8 (47,05%) conviventi, 1 (5,88%) vedova ed 1 (5,88%) divorziata.

Quasi tutti hanno fratelli e/o sorelle: di 16 fratelli 7 (43,75%) sono al di sopra di 18 anni come lo sono 11 (44%) di 25 sorelle. Di questi 2 (4,87%) sono laureati, 6 (14,63%) diplomati, 1 (2,43%) operaia, 1 (2,43%) sarta, 1 (2,43%) casalinga ed 8 (19,51%) disoccupati.

Per quanto riguarda la loro religione professata: 10 (40%) sono musulmani, 3 (30%) praticanti e 7 (70%) non praticanti; 6 (24%) cristiani, 1 (16,66%) praticante e 5 (83,33%) non praticante; 5 (6%) cristiani ortodossi, tutti non praticanti (100%).

Il livello di studi di questi ragazzi è medio avendo frequentato 1 (4%) soltanto un anno e 7 (28%) la scuola elementare, mentre 2 (8%) la scuola media, 6 (24%) la terza media e 5 (20%) le scuole superiori.

Alcuni di questi ragazzi avevano svolto una certa attività lavorativa in patria, in gran parte di aiuto alle proprie famiglie, iniziando uno (4%) sin dall'età di sette anni. Dodici (48%) ragazzi avevano già lavorato: 8 (66,66%) nell'agricoltura, 2 (16,66%) come falegname, ed 1 (8,33%) rispettivamente come pescatore, elettricista, manovale, mentre uno era calciatore in una squadra locale.

Si è investigato anche sull'iter migratorio di questi ragazzi alcuni dei quali provenienti da paesi molto lontani. Quest'ultimi sono quelli che attraverso varie peripezie sono giunti in Italia addirittura dopo 5 mesi a piedi ed in macchina (2 bengalesi); 2 attraverso varie nazioni, Francia e Germania, muovendosi a piedi di notte per evitare la polizia e per i 12 provenienti dall'Albania il viaggio è stato fatto in gommone e della durata da 1h.30 a 2h.30 salvo 5h in un caso sbarcato ad Ostuni. Il viaggio è stato un momento non piacevole per quasi tutti: per il ragazzo proveniente dall'Irak via mare, il viaggio è stato bello, per un altro (gommone) veloce ma tranquillo, per altri (gommone) difficile, massacrante, molto massacrante, un'inferno. Massacrante per i due ragazzi del Bangladesh che hanno impiegato 5 mesi per giungere in Italia. E' ovvio che anche questo momento incide poi con un peso più o meno negativo sulla psiche e sugli atteggiamenti futuri di questi ragazzi.

Inoltre il viaggio ha influito pesantemente dal punto di vista economico su quasi tutte le famiglie che come si è visto sono "povere" o appartenenti al ceto medio. L'importo pagato per questo trasporto è variato da Lire 1.500.000 a Lire 3.000.000 con media di due milioni partendo da porti albanesi. L'importo è stato quasi sempre pagato in anticipo e copriva un'eventuale secondo e terzo tentativo di sbarco in caso fosse stato interrotto per vari motivi. Qualche ragazzo poi giunto in Italia aveva affermato di aver necessità di lavorare per poter pagare la somma che gli era stata "prestata" pena ritorsioni su di loro e/o sulla loro famiglia rimasta in patria.

E' stato valutato il comportamento di questi ragazzi nel Centro ed il loro adattamento al nuovo ambiente. I dati sono tratti dalle valutazioni fatte dagli operatori che giornalmente vivono tra loro. Mentre per i primi gruppi la disciplina, il rispetto del regolamento, il rispetto per le persone, per le cose altrui e anche per i propri compagni erano state molto disattese, per quest'ultimo gruppo sembra aver fatto spostare l'ago della bilancia verso un comportamento più tranquillo, ad un migliore adattamento nonostante a volte siano stati influenzati negativamente dall'ingresso di nuovi elementi destabilizzanti.

I parametri considerati sono stati verso se stessi, verso i compagni, verso gli operatori, e verso la disciplina. Nel 90% dei casi la risposta è stata buona, per il 9,75% discreta, per lo 0,25% pessima. Per ragioni di incompatibilità momentanea, sospetto furto e altro, vi sono stati tre litigi importanti in camera e quattro tra camere; due litigi con gruppi esterni di cui uno provocato da italiani ed in più occasioni sono stati provocati danni a cose interne agli appartamenti o alle porte (sfondate con calci).

L'assistenza medica, quando necessaria, è stata praticata a tutti e per quelli che sono rimasti per più di un mese si è riusciti a far fare una visita medica alle ASL, test alla tubercolina, o altri esami se indicati come anche visite specialistiche.

Per i gruppi precedenti vi è stata una "osservazione psicologica" con il gruppo degli psicologi dell'Età Evolutiva dell'Università Cattolica ed i risultati discussi con le insegnanti della scuola di Nettuno e con gli operatori del Centro.

Poichè è previsto dal regolamento che i giovani non possono allontanarsi senza permesso né rientrare oltre l'orario solo in tre occasioni sono state riscontrate tali infrazioni. Nonostante l'irrequietezza e le problematiche proprie dell'età in solo quattro casi sono stati effettuati richiami particolari mentre in un caso è stato necessario l'intervento dello SPIS (Servizio Pronto Soccorso).

Dato il decentramento del Centro dalla città di Roma si è reso necessario richiedere la tutela da parte di un dirigente del Centro, tutela che generalmente spetta di diritto al Sindaco della città.

Ciò ha reso più impegnativa l'opera educativa e disciplinare per questi giovani che si stanno abituando in gran parte alla convivenza civile comunitaria.

Un giovane di questo gruppo ha ottenuto il permesso di soggiorno e 5 sono in attesa di riceverlo. Questo è il traguardo principale che ognuno di questi ragazzi vuole raggiungere. Tra un totale di 52 richieste di permesso di soggiorno se ne sono ottenuti 32 pari a 61, 53% del totale dei ragazzi passati attraverso il Centro. L'uscita dalla comunità presenta un grosso interrogativo per i ragazzi che non hanno alcun punto di riferimento familiare o di amici sul territorio italiano. Quattro di essi hanno intenzione di andare da parenti già presenti in Italia, uno da amici, e gli altri per ora almeno non sanno ove dirigersi.

Di alcuni in passato (28) si sa che hanno trovato lavoro e/o che gli è stato procurato dall'ACISEL contattando i datori di lavoro anche per assicurarsi che vengano rispettati i ragazzi ed i loro diritti. Successivamente alla loro permanenza al Centro alcuni faranno qualche corso di formazione, uno solo preferisce fare un corso di informatica e cucina. Due dei dimessi hanno mantenuto i contatti con il Centro ed altri due hanno intenzione di mantenerli.

Discussione

Perché quest'abbondanza di dettagli sulla vita dei minori stranieri non accompagnati nel Centro di Accoglienza? Si ritiene che siano importanti per meglio comprendere la peculiarità di questo gruppo e tutti i risvolti sociali, culturali, formativi e lavorativi che questo momento presenta e le sue ripercussioni sulla vita futura.

Il problema dei minori immigrati non accompagnati che si era posto negli ultimi anni giunge oggi ad una svolta con la nuova legge sull'immigrazione che si sta discutendo alle Camere. Qualunque siano gli esiti si desidera fare un'analisi dell'esperienza di un Centro di Accoglienza per questi minori, assistiti sinora secondo i regolamenti ancora vigenti. Dei

301 ragazzi dai 14 ai 18 anni che sono passati nel Centro di Accoglienza ACISEL per minori nel periodo di 18 mesi, soltanto 90 vi sono rimasti oltre i due mesi. Per quelli rimasti più a lungo si è potuto formulare un programma educativo, formativo e ludico tentando di dar loro la possibilità di prepararsi ad entrare adeguatamente nel contesto socio-culturale-lavorativo italiano allo scadere dell'ingresso nella maggiore età a 18 anni.

La maggioranza dei ragazzi ha lasciato il Centro prima dei due mesi, spesso dopo uno-due giorni dimostrando l'intenzione di vivere una vita libera, avventurosa, spesso senza freni ed al di fuori di ogni legalità. Questo è culminato con un grave e triste episodio, riportato poi dai mass media di un giovane che è costretto alla prostituzione, molto probabilmente da un parente, lo si è trovato morto in un laghetto vicino Roma, con le mani legate. Era stato solo un giorno al Centro, aveva espresso velatamente i suoi timori per dover partecipare ad un interrogatorio riguardante uno "zio" con il quale viveva. Questo esempio estremo mostra tutta la tragedia in cui talvolta vengono a trovarsi questi minori che tentano l'avventura. Ciò non toglie però che alcuni di essi vengono con l'idea di imporsi con la forza, con la violenza, fanno leva sull'aggressività, cercano di creare lo scompiglio nel gruppo, pretendono perché qualcuno gli ha detto che i minori sono protetti dalla legge e che non possono essere puniti con le leggi vigenti, fomentano il disordine, la rivolta, la disobbedienza, minacciano i coetanei ed i più piccoli, danneggiano volontariamente il bene comune, compiono piccoli furti e borseggiano, usano prepotenza verso i propri compagni od estranei.

Tale comportamento è stato è viene rapportato ad una adolescenza disagiata, con traumi psicologici secondari al loro modo di vivere in patria ed alle condizioni di vita in Italia, associato in alcuni ad una tara etnica più o meno aggressiva.

Nonostante questo, se rapportati ai coetanei italiani a volte questi ragazzi appaiono anche migliori, mostrando alcuni ancora un certo rispetto per la persona matura ed adulta. Altri invece, che sono la maggioranza, si comporta "più civilmente" anche se presenta quei problemi adolescenziali che si potrebbero definire "fisiologici per l'età".

L'ultimo gruppo presente ancora nel Centro si è dimostrato essere uno dei migliori, e conseguentemente ottenendo dei risultati migliori sia per quel che riguarda il comportamento all'interno del Centro e sia per quel che riguarda il comportamento al di fuori di esso ed a scuola. Quest'ultima è più frequentata, i risultati migliori e per quel che riguarda l'intenzione di proseguire negli studi, tre ragazzi hanno espresso la volontà di voler proseguire ed in realtà dimostrano di essere anche molto capaci. Altri, e sono la maggioranza, sono invece in cerca di un lavoro che possa dare loro l'immediatezza del guadagno. A tale proposito viene fuori, piano, piano, un loro collegamento con parenti ed amici in Italia, specialmente per le etnie albanese, rumena e moldava che al 18° anno dei ragazzi, quando viene permesso di lavorare, li contattano e ne favoriscono l'inserimento in altre zone d'Italia. Poiché uno dei dirigenti è il tutore ufficiale di questi ragazzi, il Centro si sente responsabile di loro e quando possibile li aiuta a cercar lavoro, pretendendo di parlare con il datore di lavoro per esser sicuri che si tratti di un'attività onesta e che il ragazzo sia adeguatamente protetto. Per tale motivo la direzione del Centro collabora con le polizie locali ed uffici del lavoro che chiedono informazioni su questi ragazzi che fanno ancora riferimento al Centro.

Come già detto vengono offerti vari servizi assistenziali a questi giovani per rendere meno pesante questo primo periodo di permanenza in Italia e cercando di far conoscere anche altri paesi e zone d'Italia con gite di gruppo. L'integrazione viene stimolata con la

partecipazione alla vita cittadina, con alcuni incontri con altre associazioni di volontariato, di scuole, di gruppi sportivi e con la partecipazione ufficiale ad alcune manifestazioni cittadine anche in piazza.

La molteplicità delle nazioni che sono state presentate da questi ragazzi mostra la necessità di un'ulteriore miglioramento della legge sull'immigrazione che ne controlli però l'ingresso in qualche modo legale. E' forse necessario che vi sia una lista preferenziale per i giovani che vogliono venire in Italia, solo se intenzionati a seguire proficuamente gli studi specialistici e/o fare dei corsi di formazione in Italia secondo le esigenze della richiesta del mercato italiano (es.:industria ed agricoltura) in modo da assicurare il lavoro per loro alla fine del corso e dare la possibilità agli imprenditori italiani di avere questi nuovi specialisti preparati per i loro indirizzi di produzione. Favorire centri od ostelli o collegi di formazione dove questi giovani possano dimorare con sussidi per la sopravvivenza offerti anche come "prestiti d'onore" anche per insegnar loro che non si può vivere di assistenza, stimolandoli in tal modo ad affrontare coscientemente e con maturità il loro futuro. E' vero che c'è bisogno di manodopera per il lavoro italiano ma si auspica che esso sia basato sul rispetto della persona umana nella preparazione e nell'utilizzo di questi giovani e da parte loro si risponda con la serietà dell'impegno nel rispetto delle leggi italiane e del vivere civile.

Disturbi psicologici e tortura psicologica: dove i limiti tra le vittime di tortura?

S. Pelargonio, M. Silde Ricci, F. Ancona, A. Ciarmatori, E. Pelargonio
ACISEL (Associazione Internazionale Studi e Lavoro)

“La tortura dovrà essere anche intesa come uso di metodi su di una persona che tendono ad annullare la personalità della vittima o a diminuire le sue capacità fisiche o mentali anche se questi (metodi) non causano dolori fisici o sofferenza mentale” (dal protocollo di Istanbul, pag.5, punto n°2). Dal 22 novembre 1969, l’Organizzazione degli Stati Americani (OAS) ha adottato la convenzione americana dei Diritti Umani, entrata in vigore l’8 luglio 1978. L’art.5 della convenzione afferma che: “1) ogni persona ha il diritto che venga rispettata la sua integrità fisica, mentale e morale; 2) nessuno dovrà essere soggetto a tortura o a punizioni o a trattamenti crudeli, inumani o degradanti. Tutte le persone private della loro libertà dovranno essere trattate con rispetto per l’inerente dignità della persona umana”.

Prendendo spunto da questi capisaldi concettuali di tortura e di torturati si è voluto analizzare il problema dell’integrità mentale e dell’effetto psicologico dei “trattamenti crudeli, inumani o degradanti” dei torturati o non “richiedenti asilo politico”.

Avendo vissuto a stretto contatto con i vari “torturati” nei Centri di Accoglienza per immigrati dell’ACISEL ove queste persone vivono usufruendo di scuola d’italiano e di vari servizi tra cui quello medico ci si è posti di fronte il dilemma di “come qualificare” un disturbo psichico, di “come quantificarlo” e di “quando” si può parlare di tortura psicologica. Per questo si è cercato di analizzare i dati ottenuti dai colloqui del servizio sociale e dalle visite mediche, cercando di ottenere delle risposte a questi quesiti.

Materiale, metodo e risultati

Negli ultimi 4 anni sono venuti all’osservazione 131 persone che si sono ritenute torturate e pari all’11.76% dei 1114 ospiti ammessi al Centro di Accoglienza per immigrati dell’ACISEL. Dei 131 torturati (T), 104 (79.40%) erano T fisici e 27 (20.61%) torturati psicologici puri (TPP). Sessantanove (66.34%) dei 104 T presentavano problemi psichici. In totale T con problemi psicologici e TPP risultavano essere 96 (73.30%) dei 131 ospiti.

Per quel che riguarda l’intensità del disturbo psicologico nei 96 T, in 3 (4.35%) il disturbo era possibile, in 24 (34.80%) era lieve, moderato in 30 (44.08%) e forte in 12 (16.94%). Fra i T, 27(39.10) mostravano lievi disturbi psicologici, 28 (41.23%) moderati, 14 (16.94%) forti. I 27 TPP presentavano 12 (44.44%) soggetti con disturbi psicologici lievi, 7 (25.92%) moderati, 4 (14.80%) forti, 1 (3.70%) molto forti. Facendo riferimento ai sintomi che potrebbero essere secondari alla sola tortura psicologica, 5 (18.51%) dei TPP presentavano vertigini, 3 (11.11%) cefalea, 1 (3.70%) ansia, 1 (3.70%) insonnia, 1(3.70%) nervosismo, 1 (3.70%) prurito.

Nei 104 T invece alcuni di questi stessi sintomi potevano essere messi anche in relazione alle torture fisiche subite ed erano presenti con una sindrome depressiva in 7 casi (6.73%), con insonnia in 5 (4.80%), con parestesie o deficit sensoriali in 5 (4.80%), vertigini in 3 (2.88%), ipoacusia in 1 (0.96%) ed ipertensione arteriosa in 1 (0.96%). La cefalea si è riscontrata in 26 (25%) dei casi. Tra tutti questi, 9 (8.65%) avevano avuto bisogno di un contatto con lo psichiatra. Mentre la sintomatologia dei TPP si limita a quella psicologica,

33 (31.73%) dei T accusavano inoltre dolori a varie regioni del corpo per i traumi subiti, 12 (11.53%) esiti di fratture, 13 (12.5%) lesioni dentarie e 27 (25.97%) esiti di ferite sul corpo. Inoltre 16 di essi (15.38%) avevano subito una tortura elettrica, 73 (70.19%) avevano subito percosse e altri tipi di torture erano state inflitte ai 104 T.

Discussione

Il disturbo psichico è risultato essere molto frequente nell'immigrato in generale, nella persona che ha lasciato la sua terra per motivi gravi, abbandonando dietro di sé affetti, tradizioni, cultura, lavoro, beni di qualunque tipo, tutti fattori che con il loro ricordo lo hanno favorito e lo favoriscono. Inoltre le circostanze che hanno spinto il soggetto a lasciare la sua terra volontariamente o incalzato dagli eventi persecutori o torturatori hanno contribuito e contribuiscono in maniera differente e con maggior forza a rendere sempre più forte questo disturbo. Esso può variare dalla semplice nostalgia della sera di chi è lontano dalla propria terra che, come dice il poeta, "è l'ora che volge al desio ed ai naviganti intenerisce il core", a quello estremamente forte del "terrore ricorrente", degli "incubi notturni", dell'insonnia, dei "ricordi di momenti tragici" che incidono in modo estremo la psiche del soggetto sino a condurlo a ricercare un supporto psicologico, psichiatrico, e farmacologico. A questo si aggiunge il più delle volte l'impossibilità di comunicare in modo corretto con chi dovrebbe prestare aiuto, proprio qui dove lo scambio della parola è di fondamentale importanza sia per poter trasmettere con fiducia i propri problemi, le proprie ansie e preoccupazioni facendoli comprendere e sia per poter ricevere in modo comprensibile le parole di conforto, di sostegno e di cura che i farmaci da soli non possono dare. Pertanto è risultato molto difficile il delimitare i confini dei vari livelli di disturbi psichici che spesso si embricano in una continuità crescente nella quantizzazione patologica.

Empiricamente si potrebbe progredire, come accennato, dalla semplice nostalgia ai disturbi più o meno lievi, legati alla semplice immigrazione che sono apparsi molto diffusi; al modico disturbo in chi, oltre ad essere immigrato, per le sue caratteristiche può essere considerato anche un rifugiato e/o richiedente asilo politico, sino a giungere al disturbo psichico grave nei soggetti che sono stati anche torturati in modo estremo, nella carne e psiche dei quali sono rimasti scolpiti i segni delle torture subite, delle persecuzioni, delle minacce o del ricordo di un vissuto che è difficile dimenticare.

Pur consci dell'estrema difficoltà di individuare questi confini e pur essendo più chiaro, quando si osserva un disturbo conclamato, riconoscere una zona patologica in cui ci si trova, si è tentato, con il presente studio di valutare quanto sia presente e quanto possa incidere il vissuto della tortura nel determinare questi confini. Mentre nei T i problemi psicologici sono sempre in relazione al "vissuto" della tortura ed ai problemi inerenti l'abbandono forzato degli affetti e dei beni in patria, per i TPP essi sono in relazione soprattutto alle minacce, persecuzioni, paura per sé e per gli altri rimasti oggetto di persecuzione e ritorsione in patria, oltre che all'abbandono di affetti e beni.

Si riportano alcuni motivi che sono alla base dei problemi psicologici dei TPP oggetto di questo studio: timore di non rivedere più la madre gravemente ammalata, scoperta di malattia diabetica insulino-dipendente che crede ancora più grave e non ben controllabile perché vive al momento una vita poco equilibrata. Ambedue i casi erano già sotto pressione psicologica per essere stati perseguitati in patria. Ed ancora: aiuto ai partigiani pur non

avendo partecipato ad azioni di guerra; perseguitato; studente obiettore al sistema; fuggito per non andare in guerra in Cecenia; ricercato dalla polizia; per essere avverso al sistema governativo; perdita di lavoro per contrasto con idee politiche; perseguitato a causa del padre coinvolto in movimenti politici; trattenuto e ricercato dalla polizia per dare informazioni sullo zio appartenente al partito politico avverso; controllato costantemente dalla polizia quando uscito dalla prigione dove era stato trattenuto per motivi politici; minacciato di esser condannato a 10 anni di carcere; ricercato per padre e fratello imprigionati per motivi politici; subito pressioni pesanti; padre ucciso e lui ricercato; aver scritto articolo sul folklore curdo; aver scritto articoli criticando il governo.

Conclusioni

Dall'analisi di questo studio è risultato che il disturbo psicologico è abbastanza frequente nei torturati.

Non si è sceso nei particolari o nell'analisi diagnostica dei vari tipi di disturbi psicologici che si sono rimandati agli specialisti del settore. Si è voluto mostrare ai medici ed a chi assiste queste persone che tali problemi vanno considerati e quando riconosciuti vanno affrontati da chi ne ha la competenza per migliorare la qualità della vita di questi soggetti.

Dall'analisi dei dati ottenuti si può dire che un disturbo psichico è stato riscontrato nella maggioranza dei casi, 69 (66.34%), tenendo però in considerazione il fatto che essi erano tutti torturati e pertanto appartenenti ad una categoria particolare e forse resa più fragile dalla tortura stessa. Nei 27 TPP il riconoscimento di tale disturbo è dominante e pertanto più facilmente riferibile a "tortura psicologica". L'approccio specifico si è dimostrato difficile sia per chi ha bisogno del sostegno e sia per chi lo offre.

Oltre alla difficoltà della lingua si riscontra la difficoltà di parlare attraverso un mediatore culturale di situazioni personali, riservate, delicate, tenendo conto che il soggetto è spesso chiuso in se stesso ed intende parlare solo di fronte alla Commissione Centrale che deciderà del suo status politico. E' da tener presente che alcuni non vogliono dire tutto quello che hanno subito, altri lo deformano in più o in meno, altri lo inventano per ottenere maggiore comprensione da parte dell'autorità che rilascia il visto. A volte si può riscontrare un'apertura solo dopo alcuni incontri e quando si è stabilita una fiducia-intesa tra gli interlocutori.

Particolare attenzione si deve prestare a chi ha subito torture fisiche poiché gli effetti post-traumatici possono essere la base del trauma psichico. Da questo studio appare che ad un'attenta valutazione alcuni di essi devono essere considerati anche vittime di tortura psicologica e pertanto necessitano un'attenzione oltre che medica anche psicologica o psichiatrica. Per altri invece si ritiene che questo status clinico sia secondario alle condizioni di disagio in cui vivono questo momento e pertanto va considerato e curato come tale.

Come si è potuto osservare si può confermare che non è facile definire i confini fra i vari stati di disturbi psichici nei sopravvissuti alla tortura, fenomeno che impone un'attenta e approfondita valutazione da parte del medico per instaurare una terapia più appropriata. Inoltre data anche la peculiarità della terapia per un soggetto di questo genere che richiede tempi lunghi, che vanno ben oltre il suo periodo di assistenza presso i Centri di Accoglienza, esiste la difficoltà reale di curare queste persone dopo la dimissione dai

Centri, tanto più che anche loro preferiscono rivolgere la loro attenzione alla ricerca di un alloggio, ad un lavoro per sostenersi, al ricongiungimento familiare. Quando individuati, questi casi dovrebbero essere seguiti nel tempo poiché questa è una patologia lunga e dominante del sopravvissuto alla tortura e pertanto tutti gli sforzi di coloro che s'interessano a questo problema dovrebbero essere tesi a trovare delle soluzioni a lungo termine.

Bibliografia

- 1) Research and Investigation, Torture, Istanbul Protocol. Submitted to the :United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights. August 9, 1999.
- 2) Dichiarazione Universale dei Diritti Umani. Assemblea Generale delle Nazioni Unite: Editoriale, Rivista Medica 2000; 6 (3-4): 93-96.
- 3) Dichiarazione sulla protezione di tutte le persone contro la tortura o altri trattamenti o punizioni crudeli, inumani o degradanti. Assemblea Generale delle Nazioni Unite. Editoriale. Rivista medica 2000; 6(3-4): 97-98.
- 4) Zerbino E. L'esperienza clinica con le vittime di tortura. Rivista medica 2000; 6 (3-4): 105-121.

Presenza dei Rom, Sinti e Camminanti in Italia

M. Converso

Presidente Nazionale Opera Nomadi

I Rom, Sinti e Camminanti che vivono in Italia sono circa 110.000, la più bassa percentuale in tutta Europa.

I Rom, Sinti e Camminanti di cittadinanza italiana (fra cui gli ultimi nomadi) sono circa 70.000:

- Rom ABRUZZESI e MOLISANI

(estesi anche al nord della Campania e della Puglia, a tutto il Lazio e con “colonie” in Umbria, Toscana, Emilia, Veneto, Alto Adige, Lombardia).

Fra tutti i rom centromeridionali giunti a seguito dei profughi **arberes'h** (leggi albanesi) immediatamente dopo la battaglia di Kosovo del 1392, è il gruppo più tradizionalista e che conserva intatto l'uso della lingua romani.

Loro mestiere tradizionale era quello dell'allevamento e del commercio di equini, mentre non risulta una cultura di lavorazione dei metalli. Molto diffusa tuttora la pratica della chiromanzia fra le **rumrià**, che spesso è l'unico sostentamento delle famiglie.

- Rom NAPOLETANI (detti Napulengre)

(fortemente mimetizzati nel capoluogo, vivono in comunità nella cintura partenopea e in tutte le altre province campane; fortemente inseriti fino a trenta anni fa in tutta l'economia campana, fabbricavano arnesi per la pesca, praticavano spettacolo ambulante con pony e pianole nelle ville e nelle piazze, addestravano pappagallini per la chiromanzia; vivono soprattutto di piccolo commercio ambulante, ma qualcuno ancora esercita i vecchi mestieri spesso spingendosi, a piccoli nuclei, nelle regioni circostanti).

- Rom CILENTANI

(stanziate da secoli nel basso Salernitano in diversi centri, fra i quali una grande comunità, circa 800 rom, si trova ad Eboli, dove alcune **rumrià** hanno raggiunto alti livelli di scolarizzazione fino alla laurea; erano annoverati, in quanto zingari, fra i mestieri ufficiali del Cilento per la loro indispensabile arte di riparatori ambulanti di utensili per la campagna).

- Rom LUCANI

(anche loro in passato grandi allevatori di cavalli, vivono in tutta la Basilicata con alcune “colonie” nell'Alto Cosentino, sono le comunità più integrate nell'economia del sud; addirittura a Melfi una **rumri** lavora nella segreteria del Sindaco).

- Rom PUGLIESI

(numerosi in tutta la regione ma soprattutto nel Salento, sono del tutto simili ai loro fratelli lucani, ma con un tenore di vita più basso; è ancora attiva la produzione artigianale da parte delle **rumrià** di piccoli attrezzi in metallo per l'economia domestica; non rara la gestione di macellerie equine)

- Rom CALABRESI

(molto numerosi in tutte le province calabresi, con minore densità a Vibo, sono sicuramente i rom più poveri del nostro paese, tanto che non meno di 2000 vivono ancora in baraccopoli; in particolare nel reggino ed in tutto il catanzarese il livello di vita è più precario degli stessi khorakhanè bosniaci, a fronte invece di una ottima condizione abitativa nel cosentino; come attività, hanno abbandonato il commercio di cavalli e l'attività di fabbri e sono quasi tutti impegnati nella rottamazione; sono attive però ben tre cooperative sociali fra Cosenza e Reggio)

- CAMMINANTI SICILIANI

(semi stanziali anche a Milano, Roma e Napoli, sono con i kalderasha fra gli ultimi nomadi ancora con i vecchi mestieri di arrotino e ombrellaio e con quello recente di manutenzione delle cucine a gas; la più grande comunità vive a Noto).

Questi sette gruppi arrivano a circa 30.000 unità

- SINTI GIOSTRAI

(l'esame del loro **romanès**, lascia ragionevolmente dedurre che si tratti dei primi Rom e Sinti giunti via terra in Italia all'inizio del 1400, tutti comunque diffusi nelle regioni del centro - nord e in estate anche nel sud e nelle isole; prendono la denominazione dalle regioni, i cui dialetti stanno lentamente soppiantando la lingua romanì: Sinti Marchigiani, Sinti Emiliani, Sinti Veneti, Sinti Lombardi, Sinti Piemontesi, Sinti Gackane (leggi Tedeschi). La mancata dolosa applicazione da parte dei Comuni della Legge Corona sullo spettacolo viaggiante del 1968, sta facendo scomparire con loro il più antico dei mestieri Rom , trasformandoli in rottamatori o venditori di bonsai artificiali). I Sinti contano circa 30.000 unità.

- Rom HARVATI

(Si tratta di Rom immigrati in Italia dal Nord della Jugoslavia, in conseguenza delle 2 guerre mondiali e della persecuzione Ustascia, comunque riconosciuti cittadini Italiani anch'essi; vivono tutti nel centro-nord in particolare nelle regioni orientali; i Rom Istriani e Sloveni, già cavallari, adesso vivono di rottamazione);

- Rom KALDERASHA

sono invece l'ultimo gruppo dalle autentiche tradizioni nomadi, riuscendo a praticare tuttora l'attività millenaria di lucidatori e battitori di metalli e le **rumrià** la chiromanzia. Si tratta di 7.000 unità complessive.

- Rom LOVARA

(consideriamo quei Rom di cittadinanza spagnola o francese che transitano per periodi molto lunghi in tutta Italia, sia per motivi economici, che per i raduni del nuovo credo religioso evangelista; peraltro si contano anche alcuni piccoli gruppi di Lovara "slavi", "svedesi" e apolidi). Non più di 1.000 unità.

I Rom provenienti dall'est europeo (Polonia, Romania e soprattutto Jugoslavia) sono circa 40000

Si intendono con questo termine quelle popolazioni zingare giunte in Italia a ondate successive dal 1967 in poi dal sud della Jugoslavia, in particolare dalla Bosnia-Erzegovina, dalla Serbia, dal Kosovo e dalla Macedonia e più di recente anche dalla Romania, mentre a Novara vive da decenni una comunità di rom polacchi.

NESSUNO DI LORO E' PIÙ NOMADE sin dal 1946, allorchè nei paesi del socialismo reale fu progressivamente attuata una politica paritaria della casa che coinvolse anche i milioni di rom seminomadi.

- **ROM KHORAKHANE'** (= Rom musulmani)

-“**Cergarija**” (cerga in serbo-croato = tenda) ; giunti nel 1967 a Milano, vivono in grandi comunità in campi comunali del Centro-Nord; sono tutti originari della cittadina bosniaca di Vlasenica.

-“**Cerna gora**” (= Montenegro), fra di loro gli ultimi grandi Maestri Ramai, nell'ultimo cinquantennio sono immigrati in massa in Bosnia, Croazia ed Erzegovina.

-“**Shiftarija**” e “**mangiuppi**” (shiftar = aquila, simbolo dell'Albania; tutti originari del Kosovo, ma con forti nuclei immigrati in Macedonia e Montenegro); sono su tutto il territorio nazionale e costituiscono il gruppo di rom extracomunitari più numeroso ed in forte espansione; sono gli unici khorakhanè che dispongano di una gerarchia e formazione religiose. Alcune loro grandi comunità hanno ripreso l'uso della casa anche in Italia.

-“**Kaloperija**” (provenienti da famiglie miste e legati ai Cergarija)

- **ROM DASIKHANE'** (cristiano - ortodossi, alla lettera “serbi”)

-**KANJARIJA** (e i gruppi affini “**mrznarija**”, “**busnarija**”, “**bulgarija**”, “**arlija**”, “**bankulesti**”)

Come i Crna gora per i Khorakhanè, sono tutti originari di una regione (in questo caso la Serbia), ma successivamente immigrati in altre (Macedonia e Croazia). Sono presenti (anche da trent'anni) nel Centro-Nord e nel sud soltanto nel Napoletano e in Sicilia. Fortemente tradizionalisti nell'organizzazione sociale interna, curano meticolosamente le alleanze matrimoniali. Soltanto gli Arlija non usano correntemente la lingua romani.

-**RUDARI** (parola rumena che corrisponde al latino gens) sono immigrati in Serbia dalla Romania circa un secolo fa portandosene l'uso della lingua e abbandonando il romanès. Erano ursari ed in genere circensi. Sono tutti di Kragujevac ed in Italia vivono nel centro-nord.

- **ROM RUMENI**

Scacciati dalla Germania dopo la compravendita marchi/profughi fra il loro governo post-Caesescu e quello tedesco, provengono da Craiowa e Timisoara dove nel frattempo molte delle loro case erano state bruciate dalle bande neonaziste. Sono in una rapida espansione immigrativa nel nostro Paese . Fra di loro alcuni complessi di musicisti professionisti che non disdegnano l'attività artistica di strada.

La più grande comunità è stanziata a Roma, altre presenze si registrano nelle città di Lecce Bari Foggia Latina Lucca Genova: La Spezia Torino Milano Brescia: Montecchio di Vicenza Bologna e nel Trentino:

Rom Rumeni I Rom rumeni presenti in Italia può oscillare dalle 2 alle 3 mila unità. tutti gli altri sono dell'ex - Jugoslavia o della Federazione Jugoslava, ivi compresi i Rom profughi di guerra.

** **Khorakhanè** e **Dasikhanè** sono presenti capillarmente in tutte le regioni Italiane, fatta eccezione per la Lucania e il Molise. I Rom rumeni non sono più di un migliaio, tutti gli altri sono dell'ex - Jugoslavia o della Federazione Jugoslava, ivi compresi i Rom profughi di guerra.

1. Problematiche sulla salute dei Rom, Sinti e Camminanti

Salute è, da una parte, uno degli aspetti della qualità della vita assieme all'educazione, all'habitat ed al lavoro. Rientra quindi nella battaglia globale per il riconoscimento dei diritti della persona.

Infatti i diritti della persona partono dal diritto alla vita, da cui deriva immediatamente il diritto alla salute, insieme al diritto all'educazione, all'habitat ed al lavoro, che rendono la vita degna di essere chiamata tale.

In quanto tale il diritto alla salute è molto di più che il diritto all'accesso alle strutture sanitarie ed è un valore non vincolato al rispetto di norme burocratiche.

D'altra parte la salute costituisce la tutela del benessere fisico come prevenzione e cura delle patologie.

Crediamo che il SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (SSN) debba assicurare ai Rom/Sinti, come individui, il diritto alla salute e che l'associazionismo possa svolgere un ruolo di stimolo, denuncia e soprattutto di orientamento, ma mai di sostituzione.

La normativa attuale formalmente garantisce l'accesso dei Rom/Sinti alle strutture, ma per raggiungere la fruibilità (culturale e come accoglienza del diverso) delle stesse sono necessari interventi organizzativi delle strutture e formativi del personale sanitario pubblico, all'interno di programmi specifici.

La Legge Nazionale (la 40 del 1998) sulla materia sanitaria è insufficiente e lo stesso Tesserino STP non comprende il diritto a tutte le prestazioni del SSN. Inoltre i senza fissa dimora, anche se italiani, si vedono rifiutato il diritto all'iscrizione al SSN. Quest'ultima condizione si dà fra molti Sinti italiani, sia giostrai che non, i quali si vedono rifiutato il diritto alla residenza, prerequisite indispensabile per il rilascio della Tessera SSN, da parte dell'autorità che adduce motivazioni varie (persone indesiderate, soste non autorizzate, etc.).

Peraltro non tutte le Regioni hanno recepito la legislazione nazionale e l'attuazione a livello ASL è assolutamente carente e lasciata all'inventiva del singolo operatore, senza il sostegno della dirigenza, che avrebbe il compito della programmazione specifica per aree problematiche.

Uno dei nodi più difficili da sciogliere è l'istituzione degli ambulatori per gli STP che svolgano la funzione della medicina di base e pediatrica, primo filtro per accedere alle altre prestazioni sanitarie, specialistiche, diagnostiche e terapeutiche. Questi ambulatori ancora non sono funzionanti in molte ASL di varie regioni.

2. Conclusioni

Prioritari nell'intervento nel campo della salute del popolo dei Rom, Sinti e Camminanti sono:

- La Lotta per i diritti fondamentali della persona, fra cui rientra la tutela della salute;
- Il Coordinamento con altre associazioni impegnate sugli stessi temi (a tutti i livelli operativi).
- Il Completamento delle leggi sanitarie, soprattutto a livello locale.
- La Formazione dei medici ed operatori sanitari pubblici.
- L'Educazione sanitaria ai Rom/Sinti sull'uso corretto delle strutture sanitarie.

Rispetto al crescente fenomeno della **tossicodipendenza fra Rom/Sinti** va segnalata come possibile modello l'esperienza del Progetto "Gipsy", là dove l'Agenzia Comunale di Roma per le Tossicodipendenze, di concerto con le comunità terapeutiche, ha istituito delle Unità di Strada per la prevenzione e la cura dei tossicodipendenti Rom, sia italiani delle case popolari che bosniaci e serbi. In queste Unità di Strada la figura predominante è quella del mediatore culturale Rom, indispensabile per il primo contatto con i giovani tossicodipendenti.

Setting, comunità, cura.

Riflessioni sulla pratica clinica con pazienti migranti.

G. Profita, V. Lo Mauro

Dipartimento di Psicologia, Università di Palermo

L'attività psicologico-clinica di cui riferiamo ha al suo attivo alcuni anni d'intervento presso l'ambulatorio di S. Chiara di Palermo, che mediante un'opera di volontariato accoglie pazienti extracomunitari di provenienza prevalentemente africana e asiatica.

La storia, per quanto ci riguarda, ha inizio quando abbiamo avuto la possibilità di affiancare all'attività ambulatoriale condotta dai medici del Policlinico universitario, un servizio di psicologia clinica e psicoterapia. Ci è stata riservata una stanza dove per quasi tre anni abbiamo incontrato diversi uomini e donne di colore. Abbiamo condotto anche delle ricerche epidemiologiche culminate in un lavoro, sull'incidenza dei disturbi morbosi che si sono presentati a seguito del fenomeno migratorio (Boca S., Profita G., 2002) su tutta la popolazione che ha frequentato l'ambulatorio.

Ma la nostra attività prevalente è stata quella condotta con pazienti che non presentavano alcun disturbo organico e che i medici dell'ambulatorio hanno diagnosticato, genericamente, come disturbo psichico.

In questa sede il nostro obiettivo è quello di descrivere pratiche, procedure e interventi che hanno caratterizzato l'impegno psicoterapeutico, all'interno di un programma di comunità che riguarda il lavoro dell'intero ambulatorio di medicina delle migrazioni.

Problemi del setting nella terapia con extracomunitari

La difficoltà maggiore che s'incontra, quando la richiesta di aiuto proviene da individui che provengono da altre culture, risiede nella non condivisione dell'universo simbolico e culturale. Proporre sistemi di cura o di aiuto, significa intanto tener conto dell'irriducibilità dei modelli eziologici e terapeutici. La concezione della malattia e della conseguente cura, così come è stata elaborata in occidente e soprattutto in ambito psicoterapeutico, è qualcosa che, la maggior parte i nostri pazienti, non condivide con noi. Proporre setting operativi nati in occidente e utilizzati con pazienti che non condividono il nostro universo culturale della cura, significa avviarsi verso un fallimento o difficoltà che appaiono spesso insuperabili. In tutti questi casi i possibili pazienti condividono sistemi eziologici e terapeutici diversi da quelli proposti dalla psicoterapia scientifica. Il problema però non è solo tecnico, ossia non si tratta, esclusivamente, di elaborare variazioni di adeguamento dei dispositivi terapeutici ma di introdurre nella pratica clinica elementi antropologici e quindi dati culturali. Il problema ha la sua soluzione nella comprensione preliminare dell'universo culturale del paziente e nella costruzione di setting congruenti all'universo simbolico implicito dei pazienti. George Devereux aveva sottolineato, nella sua messa a punto di un metodo di psicoterapia metaculturale, l'importanza che psichiatri e psicoanalisti si interessassero all'ambiente culturale specifico del paziente, sforzandosi di comprendere le sue produzioni in funzione di tale ambiente e non del loro (Devereux, 1978). I dati culturali consentono infatti di creare il contesto del discorso, e cioè uno spazio culturalmente caratterizzato in cui designare ed iscrivere i frammenti sparsi e decontestualizzati, attraverso i quali la

sofferenza del paziente si manifesta. La relazione analitica metaculturale oscilla e procede su due livelli complementari, il livello antropologico con regole sue proprie che consentono al clinico di assumere e comprendere le informazioni veicolate dai dati culturali, ed il livello terapeutico il cui obiettivo finale è quello di promuovere il cambiamento di uno stato di disordine.

I pazienti che vediamo, nell'ambulatorio di psicologia, hanno già incontrato la medicina ufficiale e sono stati dichiarati clinicamente sani per lo meno per quanto riguarda l'indagine obiettiva. In genere questi pazienti hanno molta fiducia nella medicina occidentale e si sottopongono fiduciosi al trattamento diagnostico e alle terapie mediche e farmacologiche che vengono loro proposte. Si potrebbe anzi dire che per la maggior parte di loro la possibilità di guarigione che offre la medicina occidentale risiede nell'assunzione di un farmaco.

Quando giungono all'ambulatorio di psicologia, i sintomi che lamentano sono al di fuori e al di là delle comuni procedure diagnostiche e terapeutiche della medicina occidentale e vengono genericamente ascritti, dai colleghi medici dell'ambulatorio, a disturbi psicologici o a sofferenze dell'adattamento o ancora a condizioni di esistenza spesso difficili e precarie. La prima domanda che ci poniamo è: di quale disagio, sofferenza o patologia si tratta? Se i disagi e le condizioni di vita attuali producono forme morbose e disturbi spesso sotto forma somatica, l'interpretazione non è spesso riconducibile a nessuna patologia organica o a nessuna forma conosciuta e riconosciuta di disagio classificabile rispetto ai normali criteri diagnostici in possesso della psichiatria e dalla medicina occidentale. Intendiamoci spesso la specifica forma morbosa è ben riconoscibile, ad esempio, un disturbo erettile, o una astenia generale, ma il senso di quanto accade è di difficile interpretazione in quanto il senso sembra appartenere ad altri universi di discorso.

E già questa prima risposta evoca immediatamente, non un solo universo culturale ma diversi universi tanti quanti sono i pazienti e le loro provenienze culturali. Per procedere in modo adeguato occorre tentare di entrare all'interno di diverse cosmogonie o visioni del mondo, che contemplano da tutto principio, un diverso modo di rappresentarsi il mondo, le relazioni tra gli uomini e le cose (mondo visibile) e le relazioni con l'al di là (mondo invisibile) che contiene gli spiriti degli antenati, gli spiriti delle cose e il complesso universo costituito dal mondo delle divinità.

L'irriducibilità tra il nostro mondo e il mondo proposto dai pazienti è, ad un tempo parziale, in quanto tutti i nostri pazienti sono "occidentalizzati" e radicale, dal momento che persiste e rappresenta fonte di sostegno ed identità, una adesione scarsamente trasformabile, al mondo culturale originario di cui fanno parte. Ci troviamo di fronte a nuove identità che provengono da una sorta d'innesto tra una concezione positivista, pure accettata per la sua efficacia terapeutica e un substrato culturale che poco contempla del sistema razionale e scientifico della nostra visione del mondo, ma che si rifà a concezioni diverse del rapporto tra io e mondo. Soprattutto per quel che riguarda l'origine e il senso attribuito alla sofferenza.

Le parole chiave del nostro lavoro sono: **cultura, tradizione, identità, adattamento, cura, trasformazione**. Tutti questi termini sollevano questioni e riflessioni di non poco conto e soprattutto pongono problemi nell'approccio clinico quotidiano. Analizziamoli con ordine.

Cultura/Tradizione. Un approccio corretto comporta una conoscenza approfondita della lingua e della tradizione culturale di ogni singolo paziente. Non possiamo pretendere di

avviare alcuna azione d'aiuto senza sapere cosa nella cultura intima del paziente significhi e rappresenti la sua sofferenza e la sua malattia, senza sapere cosa la cultura di cui il paziente è rappresentante, dice a proposito della malattia e della sua cura, in una parola senza conoscere il suo modello eziologico e terapeutico tradizionale. Accanto a questo, si manifesta la parte più fenomenologica e descrittiva della sofferenza del singolo paziente, della sua storia personale, dei suoi vissuti, della specifica manifestazione sintomatica del male. Tutto ciò significa iniziare dal mondo del paziente. Non è semplice, ognuno di noi porta con sé modelli specifici di cultura della malattia e della cura, modelli di pensiero e di concreta esistenza che spesso divergono da quello proposto dai pazienti; per tutti noi è difficile denudarci delle nostre convinzioni e dei nostri modelli. Significa iniziare una navigazione in mare aperto senza strumenti di orientamento, l'esperienza che ne risulta è straniante, complessa, a volta annichilente. Sperimentiamo sovente un senso di inutilità e di vanità intollerabile. Ma è l'unica strada possibile. La nostra navigazione si affida non ai moderni mezzi delle macchine, ma all'osservazione delle stelle, alla lettura dei venti, alle risorse interne di pazienza e resistenza, la navigazione continua...

A questo proposito sono fondamentali per il nostro lavoro i mediatori culturali, che non solo conoscono la lingua⁵⁷, ma possono diventare potenzialmente dei terapeuti a tutti gli effetti, possono cioè far parte del gruppo terapeutico e dei terapeuti. Sono infatti depositari della cultura dei pazienti anch'essi, sono cittadini che portano con sé il peso e la fatica di una trasformazione in atto e parzialmente avvenuta, condividono con i pazienti gran parte delle difficoltà e dei travagli della migrazione.

Il problema specifico è quello di trasformare il luogo di cura, che è strutturato secondo modelli occidentali, in luogo dell'elaborazione culturale, dove il senso di ciò che accade diventa pensabile nei termini propri e adeguati ai mezzi culturali posseduti dai pazienti. Altrimenti il rischio è quello di trasformare il luogo della cura in un ulteriore luogo dell'integrazione/colonizzazione culturale.

⁵⁷ Scrive Tobie Nathan (1994, pag. 74)<< La lingua è un sistema culturale che avvolge il gruppo sociale, contribuendo inoltre a identificarlo, alla maniera di un marchio sul corpo: installata, connaturata e non di meno contingente perché "arbitraria". Essa permette al gruppo di esibire, di affermare un'identità di fronte agli stranieri; essa permette ai "simili" di riconoscersi e di sentirsi inclusi in una medesima entità. Si sa: la lingua è il bene più specifico di un gruppo sociale e ne contiene l'anima, l'energia, la creatività. Allo stesso modo, per un individuo è il luogo da cui diffonde il suo sentimento d'identità:>>

All'interno delle relazioni terapeutiche fondate sulla diversità culturale, assumere come vincolo allo scambio la lingua madre del paziente rappresenta un punto di accesso al mondo culturale che ha generato il paziente. Non può esserci traducibilità assoluta da una lingua ad un'altra, ma proprio nello scarto, nella distanza che si crea nel processo di traduzione è possibile discutere sulle sfumature di significato, sulla parola in quanto precipitato di invarianti culturali, ovvero ogni parola è espressione di radicali culturali estremamente specifici. Come ci fa notare Salvatore Inglese (2000, pag. 230) <<Il paziente si trasforma da locatore postulante in primo interprete e regolatore della traduzione perché primo titolare della lingua in cui si svolge la comunicazione. L'interazione nella lingua-madre del paziente permette di raggiungere uno stato soddisfacente di precisione descrittiva dei fenomeni problematici insieme a una conoscenza puntuale delle condizioni culturali, sociali, psicologiche e linguistiche da cui scaturisce la sua vita.

Per un approfondimento rimandiamo all'importante testo della linguista Sibille de Pury. *Traité du malentendu. Théorie et pratique de la médiation interculturelle en situation clinique*, Les empêcheur de penser en ronde, Le Plessis-Robinson, 1998.

Identità/Adattamento. Entriamo nel focus del nostro intervento che riguarda l'identità, ossia il lavoro sul senso di sé e della propria vita, in un mondo che rimanda poco del senso originario. La condizione prevalente negli uomini e nelle donne che incontriamo presso l'ambulatorio è quella che viene definita di sospensione tra due mondi, quello d'origine, dove hanno vissuto la sofferenza e la miseria e quello che li accoglie dove vivono l'estraneità. I pazienti che strutturano la nostra esperienza, vivono tutti un'intensa nostalgia per il loro paese di provenienza, e quasi tutti contano di ritornarvi, un giorno. Questo rappresenta la cifra del loro vivere in Sicilia: nessun proposito di stabilirsi definitivamente nella nostra terra, nessun tentativo d'integrarsi o di ricominciare, nessun progetto sociale vero e proprio. La nostra è terra di passaggio. Questo almeno per la maggior parte di essi. Comune ai colleghi che operano presso l'ambulatorio è l'aver constatato quanto l'effetto più devastante nella vita delle persone migranti, sino ad ora incontrate, sia riconducibile alla perdita del progetto migratorio, dal momento che l'arrivo in occidente, non solo determina la perdita del nucleo socio culturale che li caratterizza, ma anche la fine dell'illusione del viaggio.

Utilizzando la metafora dell'eroe della fiaba, studiato da V. Propp (1928) sembra che nelle fiabe di magia si racconti sempre la stessa storia: a partire da un danneggiamento, o da una mancanza, l'eroe mediante il viaggio e le prove che deve superare pone un rimedio alla sciagura o alla mancanza iniziale e al suo ritorno lo aspetta il matrimonio o comunque lo scioglimento e la catarsi del dramma iniziale. Il progetto migratorio è legato alla trasfigurazione/trasformazione e al ritorno. Nel caso dei nostri immigrati spesso non si rende possibile alcuna trasfigurazione nel viaggio che si compie, nessun progetto evolutivo, ma ci si ritrova immersi in una palude senza speranza e con la nostalgia per quello che si è perso, a volte, irrimediabilmente. Questa condizione disperata, almeno a giudicare dalla nostra esperienza è causa di un disastro emotivo di proporzioni definibili solo in termini soggettivi ed individuali.

Cura e trasformazione. Noi non lavoriamo su un corpo malato, ma spesso su un corpo sano, clinicamente sano, almeno secondo i parametri a noi noti.

Potremmo dire che è malata l'anima. Non si tratta ovviamente di disagi e mortificazioni soltanto, ma spesso della perdita della speranza. La diversa cosmogonia dei pazienti che frequentano l'ambulatorio impone un diverso atteggiamento e scardina gli impianti occidentali della cura.

Ritorniamo per un momento al problema del setting e dei dispositivi di cura occidentali. Il modello che noi possediamo è quello della gruppoanalisi e, a partire dalla psichiatria e dalla psicologia di comunità, l'esperienza dell'intervento riabilitativo postmanicomiale, e lo sviluppo di comunità basato sul metodo dei gruppi.

Si è trattato di costruire un dispositivo complesso che potesse servire all'obiettivo del trattamento dei problemi e dei disturbi presentati dai pazienti dell'ambulatorio.

Il nostro intervento ha riguardato diversi piani e in diverse fasi e tempi e ha tenuto conto della complessità istituzionale in cui ci siamo trovati ad operare.

Pensiamo che riflettere sulla costruzione del setting, ovvero sui vincoli che istituiscono la relazione di cura, comporti un costante esercizio critico sulla propria modalità di intervento. Nella pratica clinica, la consapevolezza che i tagli metodologici attraverso i quali costruiamo il contesto della relazione terapeutica siano contingenti e riflettano i presupposti teorici che li legittimano, ci aiuta a considerare il nostro modello tecnico e il nostro sapere

psicopatologico come una guida per pensare ciò che accade all'interno del setting. Dall'altra parte, tutto ciò rappresenta un vincolo ad organizzare ogni intervento in modo da aprire quante più possibili evoluzioni del discorso, scegliendo, tra tutte, quella strada che, in quel dato momento della relazione, insieme al paziente siamo in grado di percorrere. In questo senso il processo terapeutico evolve e si organizza sulla ricerca e la comprensione dei codici di senso del paziente e del suo contesto familiare, comunitario e storico (cfr PONTALTI, 1999).

E' nostro convincimento, supportato dall'esperienza fin qui fatta, che gli interventi di natura psicologica e psicoterapeutica, seguendo i consueti parametri clinici utilizzati comunemente nel pubblico e nel privato, non risultano efficaci e sono sostanzialmente fuorvianti.

Riportiamo alcune brevi esemplificazioni cliniche per procedere ad ulteriori riflessioni relative proprio all'uso di metodiche e modelli psicoterapeutici con i pazienti di altre culture.

R. paziente del Bangladesh ci viene inviato per una disfunzione erettile che non ha alcuna causa organica e che si è manifestata a seguito del matrimonio avvenuto pochi mesi prima, nel suo paese d'origine. Il paziente chiede che la psicologa che fa parte del piccolo staff di cura non assista ai colloqui perché si vergogna molto di quello che deve raccontare del suo disturbo. Sono aiutato nel lavoro da un mediatore culturale che svolge non solo la funzione di traduttore, dato che il paziente parla solo la sua lingua, ma anche da vero e proprio interprete di usi, cultura e tradizione della gente del Bangladesh.

Il paziente ha modo di raccontare la sua storia di migrazioni e di disagi. R. aveva lavorato per due anni in Arabia Saudita e lì aveva stretto amicizia con un arabo, suo compagno di lavoro. Stretto dalla solitudine e, forse, dando corpo a sue intime tendenze, inizia con questo amico una relazione omosessuale soddisfacente ed estremamente passionale che dura per tutto il tempo della sua permanenza in Arabia.

Costretto a rimpatriare deve lasciare il suo compagno e soffre molto per questo: racconta di aver vissuto mesi di pianti disperati per questa separazione e successivamente i suoi genitori, come è costume lo sposano con una ragazza del suo paese. A partire da quel momento la sua capacità di amare viene meno. Successivamente emigra in Italia e adesso vive con un terribile senso di colpa nei confronti della moglie. Questa è la situazione in cui si trova al momento, aggravata da un senso di vergogna profonda. Nel corso dei nostri incontri abbiamo modo di approfondire alcuni aspetti culturali della vicenda, come il matrimonio, che secondo tradizione avviene per volontà dei genitori, o la sua condizione fortemente intrisa dal conflitto tra essere musulmano ed omosessuale, ci chiede una medicina che possa risolvere il suo problema. Gli diciamo che non ci sono medicine che possano risolvere il suo problema erettile e che l'unica strada da seguire è quella di comprendere meglio cosa realmente lo affligge e quali sentimenti lo attraversano rispetto alla sua condizione.

G. è un altro paziente dal Bangladesh e ha chiesto ai medici di curarlo per uno stato di profonda prostrazione e stanchezza che gli impedisce di lavorare come dovrebbe. E' un uomo di circa 45 anni, è sposato con due figlie. Ha lasciato il suo paese con un progetto migratorio: lavorare e raccogliere dei soldi per poter comprare un appezzamento di terra per vivere dignitosamente nel suo paese. Si trova in Sicilia da più di dieci anni e per completare

il suo programma mancano ancora alcuni anni. Vive in una situazione molto disagiata, per risparmiare e accumulare quanto più gli è possibile. Ma adesso non riesce più a trovare le energie per andare avanti. E' subentrata una intensa nostalgia per la sua famiglia e il suo paese e vive malinconicamente e in solitudine già da parecchio tempo. Ci mostra subito le foto della sua famiglia e ci legge da un quaderno delle poesie e delle riflessioni che compie sulla sua condizione. Per alcuni incontri il copione è per lo più sempre lo stesso: lettura del suo quaderno, amarezze, nostalgia e considerazioni sulla vita e sulla sua condizione. Chiede una medicina che lo faccia star meglio e gli ridia vigore e possibilità di continuare il suo lavoro. Consultandoci con i medici dell'ambulatorio, gli viene dato un antidepressivo e ritorna alcune altre volte per comunicarci che sta meglio. A seguito di questo suo ritrovato benessere la frequenza alle sedute è per lo più discontinua.

Queste e altre esperienze cliniche ci portano tutte a considerazioni simili a quelle che esporremo: la prima risiede sulla funzione del farmaco, riconosciuto, probabilmente come primo e potente agente di guarigione. Il senso di una origine della sofferenza legata a fattori psicologici è difficilmente rintracciabile, semmai si può rintracciare una origine del fatto morboso nel non rispetto delle norme religiose e per i patti e contratti con la propria gente e la propria cultura. La seconda considerazione è rivolta al dispositivo terapeutico utilizzato che, in buona parte, taglia dalla nostra visuale gli aspetti culturali proposti dai pazienti, come gli unici in grado di fornire spiegazioni e riparazioni. Occorre cioè che si possa istituire un dispositivo terapeutico che funzioni, per i pazienti da visualizzatore del proprio disturbo così come è per loro comprensibile.

Ci siamo chiesti in che misura le difficoltà da noi incontrate, e per le quali il tempo di riflessione e risoluzione può non coincidere con il tempo della domanda di cura che ci viene rivolta, non abbiano organizzato relazioni terapeutiche discontinue o stabilmente organizzate su interruzioni e riprese.

Nella letteratura psicoanalitica le rotture di setting o le variazioni proposte dal paziente nel corso del trattamento, ritenute utili dal terapeuta per superare momenti di difficoltà, sono in genere materiale di riflessione dal momento che segnalano problemi legati alla relazione. Un paziente che arriva in ritardo o tende ad anticipare la fine della seduta, la richiesta di aumento o diminuzione del numero delle sedute, il dimenticare l'orario o il giorno e altro di simile, possono essere considerati espressione della difficoltà di procedere nel lavoro analitico, in genere segnalano un malfunzionamento della relazione, oltre che difficoltà proprie dei pazienti ad affrontare contenuti penosi o emozioni non compresi. Tuttavia è nostra convinzione che ci siano anche ragioni culturali nel comportamento dei pazienti e che queste determinano apparenti rotture di setting; queste possono anche essere delle resistenze legate alla violenza del setting o del dispositivo terapeutico (NATHAN 1998) specie quando vi è distanza culturale tra il paziente e l'elemento istituzionale, e quindi culturale del setting.

Come Nathan ricorda (op. cit), Ferenczi negli ultimi suoi scritti s'impegnò fortemente nella riduzione degli elementi violenti del dispositivo analitico. Ma gli incidenti di percorso, le crisi e le rotture sono di estremo interesse per cogliere qualcosa che altrimenti non sarebbe visibile e resterebbe celato nel dispositivo. Proprio lo scarto culturale diviene, a volte e se ben sfruttato, un potente mezzo di analisi che si contrappone ad un pensiero saturo. Nel gioco transferale e controtransferale si evidenziano le differenze culturali, le

contrapposizioni tra mondi possibili, le possibilità di leggere le differenze tra mondi culturalmente distanti;⁵⁸.

Definito il setting come uno spazio indotto da regole che, delimitandone i confini, ne strutturano l'organizzazione e l'ordine rispetto ai quali viene pensato ciò che accade nel campo dinamico e processuale della relazione, la rottura del setting può configurarsi come una violazione rispetto alle regole; violazione che determina di fatto un cambiamento di contesto, ovvero la rottura di un ordine e di conseguenza dei significati in esso prodotti. Oltrepassare i limiti, la norma e quindi la normalità da essi istituite, significa soprattutto spezzare un universo di significati per crearne un altro irriducibile a quello che lo ha

⁵⁸ Ci sono due modi di leggere le contrapposizioni tra mondi culturali: come incomprendibilità o contrapposizione *intraculturale* e come irriducibilità *interculturale*. Il primo livello è quello che s'incontra spesso all'interno di una stessa realtà culturale come contrapposizione tra diverse realtà sociali che esprimono sedimentazioni culturali successive ma iscritte nel medesimo codice evolutivo. Per intenderci si tratta di pazienti che non condividono con il terapeuta il codice psicoterapeutico, ma condividono con esso altri codici culturali. L'ambivalenza psicoterapeutica può comunque essere tollerata e utilizzata per procedere nella sostanziale condivisione di un codice culturale. Nell'incontro interculturale la condivisione culturale si assottiglia e spesso mancano al terapeuta i fondamentali della cultura del suo paziente che non riescono ad inserirsi nel dispositivo proposto. Accanto a queste situazioni cliniche, George Devereux descrisse le pratiche cliniche *metaculturali* come quelle situazioni in cui il terapeuta e il paziente non appartengono alla stessa cultura, ma in cui il clinico riconosce il ruolo che la cultura ha nella strutturazione del disturbo e nella cura e la utilizza nella conduzione del trattamento.

preceduto. La rottura del setting, espressa dall'attraversamento, si ha a partire da un fraintendimento, da un errore o da una volontà precisa da una delle parti in gioco. Lasciare che le rotture di setting restino come eventi non problematizzabili e non pensabili della relazione, può ampliare ed ingrandire proprio quell'area del fraintendimento che le ha determinate. Il fraintendimento nasce dalle interferenze, dalle incrinature della comunicazione e dei significati da essa veicolati e dal codice comune della loro lettura ed interpretabilità; viene meno la reciprocità dello scambio e la possibilità di un contesto di essere fruibile ed abitabile, proprio perché la trasgressione delle regole e dei confini, che lo istituivano in quanto spazio abituale, lo rende ora uno spazio eccezionale e potenzialmente pericoloso, in cui l'eccedenza di senso non può essere né assunta né pensata.

Pensiamo allora che proprio l'attenta e puntuale riflessione sui fraintendimenti, sugli errori offra al clinico una possibilità di lettura in più rispetto a quanto accade all'interno della relazione di cura, ed anche la possibilità di utilizzare proprio una rottura del setting come vincolo alla variazione di setting. La riflessione sugli elementi di rottura può innescare una ridefinizione dello spazio di cura, offrire l'occasione di pensare sul percorso analitico sino ad allora seguito, ma anche di operare delle variazioni intese come operazioni di scelta rispetto alle emergenti variabili di una data situazione clinica; il setting, infatti, non è solo il campo reale e mentale della cura ma è anche spazio decisionale, ovvero vincolo decisionale rispetto ad una situazione clinica.

La ricerca in quest'ambito procede seguendo altre indicazioni e in forma di sperimentazione. Di seguito proponiamo un modello d'intervento complesso e articolato, che forse potrà dare i suoi risultati, ma che in ogni caso necessita di continui cambiamenti e adattamenti in relazione alle situazioni reali e organizzative che incontriamo. Ne proponiamo l'articolazione :

- Intervento sui singoli pazienti nell'ambulatorio di psicologia.
- Istituzione di un setting di gruppo con lo specifico obiettivo di favorire la conoscenza culturale dei pazienti e il riconoscimento riflessivo della specificità culturale di cui sono portatori.
- Collegamento con gli altri servizi offerti ai pazienti dall'istituzione di cura; in particolare il nostro tentativo è quello di costruire un luogo di comunicazione e di scambio con i medici dell'ambulatorio e, più in generale con il modello culturale medico.
- Collaborazione e formazione dei mediatori culturali del Centro che lavorano in collaborazione con i medici e con gli psicologi.
- Proposta di interventi relativi al coinvolgimento dei pazienti in una rete più ampia di servizi che favoriscano il senso del gruppo e della comunità.

Tali forme d'intervento andrebbero spiegate punto per punto proponendo gli obiettivi e i problemi che ciascuna forma d'intervento pone e anche la loro reciproca articolazione e connessione. Lo spazio a nostra disposizione non lo consente, ma almeno alcune informazioni vanno aggiunte, in particolare per gli ultimi tre punti. Il collegamento con i medici e con i mediatori culturali mira alla costituzione di un gruppo terapeutico con uno staff composto dai due psicologi, da un medico e due mediatori culturali. Questo allo scopo di integrare le prospettive conoscitive ed aumentare le possibilità d'intervento.

Bibliografia

- Boca, S., Profita, G., *Migrazione e contesti di cura*, Franco Angeli, Milano (in press)
- Cardamone, G., Inglese, S., Zorzetto, S., *Djon Djongonon. Psicopatologia e salute mentale nelle società multiculturali*. Edizioni Colibri, Milano, 1999
- Coppo, P., *Etnopsichiatria.*, Il Saggiatore, Milano, 1996
- Devereux, G., *Saggi di etnopsichiatria generale*. Tr. it. Armando Editore, Roma 1978
- Inglese, S., Etnopsicoterapie meridiane: una pratica in cerca di teoria. In LOSI, N. (a cura di), *Vite altrove. Migrazione e disagio psichico.*, Feltrinelli, Milano, 2000
- Inglese, S., "Appunti per una mediazione linguistica nella clinica transculturale". In *I Fogli di ORISS*, 13/14, 2000, pp.227-233
- Lo Mauro, V., Profita, G., *Storie di ordinario disordine. Pratiche contestuali di esperienze cliniche*. In Atti della Regional Mediterranean Conference of International Association of Group Psychotherapy "New Integration, Partnerships And Applications", Zadar, Croatia, 28 Agosto-1 Settembre 2001
- Nathan, T., "La haine.Réflexions etnopsychanalytiques sur l'appartenance culturelle.", in *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*,27, 1994, pagg. 83-95
- Nathan, T., "Costretto ad essere umano.", in *Psicoterapia e scienze umane*, 4, 1994, pagg. 73-97
- Nathan, T., *Principi di etnopsicoanalisi*. Tr. it. Bollati Boringhieri, Torino 1996
- Pichot, P., Nathan, T., *Quale avvenire per la psichiatria e per la psicoterapia?* Tr. it. Edizioni Colibri, Milano 1998
- Pontalti, C., "Disturbi di personalità e campi mentali familiari. Disturbo dipendente e contesto.", in *Rivista di Psicoterapia relazionale*, 9. 1999, pp. 25-42
- Profita, G., Lo Mauro, V., *Variazioni di setting in situazioni di clinica transculturale. Il gruppo come dispositivo naturale/culturale di cura*. In Atti della Regional Mediterranean Conference of International Association of Group Psychotherapy "New Integration, Partnerships And Applications", Zadar, Croatia, 28 Agosto- 1 Settembre 2001
- Profita, P., Lo Mauro, V., "Hârat al gadidah. Luoghi della memoria e della cura". in *I Fogli di ORISS*, 15-16, 2001, pp. 91-108

L'integrazione scolastica e sociale degli alunni stranieri
sperimentazione pilota nella provincia di Vicenza
ANNO SCOLASTICO 2000-2001

M.Pacchin, Ufficio di Valutazione Epidemiologica Azienda Ulss n°6 di Vicenza

STABILIZZAZIONE DEL FENOMENO MIGRATORIO

L'evoluzione del fenomeno migratorio presenta in misura sempre più significativa caratteristiche di stabilità.

Si è passati da un'immigrazione a forte connotazione individuale a una di carattere prevalentemente familiare: il progetto migratorio iniziale da temporaneo, di breve durata, è divenuto definitivo. Il 25% dei permessi di soggiorno sono dovuti a motivi familiari: 25.000 sono i minori arrivati in Italia nel 1999. Indicatore sensibile di stabilizzazione è la variazione consistente della componente femminile, raddoppiata nel periodo 1990-2000. Si è sviluppato un sostanziale riequilibrio di genere; si sono ricomposti i nuclei familiari originariamente divisi dalla migrazione; si sono formate nuove famiglie come effetto del processo di stabilizzazione e di inserimento sociale ed economico nel paese di accoglienza: gli immigrati presenti stabilmente da oltre 5 anni sono oramai il 30%; i matrimoni tra italiani e stranieri rappresentano il 5,4%; i nati da genitori entrambi stranieri sono 21.175 (il 4,2%): l'incremento rispetto al 1995 è del 134%; i nati da almeno un genitore straniero sono 131.163 (il 10% delle nascite); l'incremento delle iscrizioni scolastiche e la distribuzione all'interno dei differenti ordini di scuole è un indicatore del grado di stabilizzazione raggiunto dalle comunità di immigrati: il progetto migratorio si ridefinisce sulla base di nuove aspirazioni, di aspettative per la riuscita dei figli e per un inserimento meno provvisorio.

I MINORI STRANIERI. IL RISCHIO DI MARGINALITA'

In Italia la presenza di minori stranieri va assumendo crescente rilevanza: essi sono circa 223.000 e costituiscono il 2% della popolazione minorile e il 18% di quella straniera. La distribuzione territoriale mostra una concentrazione nelle aree di maggiore sviluppo economico: sono il 3,7% della popolazione minorile al Nord e lo 0,7% di quella del Sud. Sono i figli di immigrati che hanno raggiunto nella terra di accoglienza i genitori; sono i minori immigrati insieme ai parenti; i minori nati nel paese ospite; i minori rifugiati; talvolta sono minori non "accompagnati" che richiedono asilo; in altri casi sono minori che in Italia sono in condizioni di irregolarità e per i quali è elevato il rischio di coinvolgimento in forme di sfruttamento o di criminalità.

In ogni caso la situazione in cui vivono è spesso condizionata dalla precarietà del lavoro e dello stato giuridico dei genitori, che per la loro stessa marginalità sociale non possono garantire la stabilità e la sicurezza necessarie ad uno sviluppo armonico della personalità del figlio.

Il disagio che grava sulla famiglia non può evidentemente contribuire a definire positivamente l'identità e la equilibrata maturazione psicologica del minore.

La scuola fattore protettivo per la costruzione di una identità sociale

Il bambino immigrato è considerato “ a rischio” a causa della doppia marginalità, etnico culturale e socio-economica.

La scuola, luogo privilegiato di socializzazione, può limitare il rischio e il disadattamento e fornire possibilità concrete di integrazione, di crescita e di costruzione di identità sociale. La legislazione garantisce e riconosce pieno diritto all’istruzione scolastica, all’integrazione, all’accoglienza dei minori stranieri anche se in condizione di irregolarità. La scuola è chiamata ad attuare iniziative finalizzate ad una educazione interculturale; la cultura identitaria in questo senso va considerata valore da tutelare: la positiva integrazione del Paese di accoglienza può esser conseguita se rimangono salvaguardate la cultura familiare, la cultura degli affetti, la cultura di appartenenza.

La famiglia di origine per la sua condizione di esclusione e marginalità, portatrice di valori e di tradizioni talvolta in contrasto con la cultura del Paese di accoglienza, può non rappresentare un positivo modello di identificazione per il minore, che vive spesso una situazione di “non appartenenza” né all’una, né all’altra cultura. Si vengono pertanto a creare ulteriori elementi di difficoltà e svantaggio, di disagio individuale, di disturbi dell’adattamento, di insuccesso scolastico che possono determinare una esclusione sociale a “lungo termine” (2) e un maggior rischio di devianza. L’insuccesso scolastico è causa diretta di difficoltà di inserimento positivo nel mondo del lavoro.

L’adattamento dipenderà in maniera significativa dalle politiche migratorie (abitative, assistenziali, educative), dalle politiche di accoglienza e dai progetti di inserimento sociale, dalla riduzione dei “fattori di rischio” e dalla promozione dei “fattori di opportunità” (7). Con adeguate iniziative di supporto, di sostegno sociale, relazionale, il rischio evolutivo può, infatti, essere contenuto, anche in condizioni particolarmente difficili.

A tale riguardo la “pedagogia dell’accoglienza” presuppone da parte delle istituzioni scolastiche un lavoro non soltanto sugli alunni stranieri, ma sull’intera comunità, scolastica, civile e sociale. L’educazione interculturale, intesa come accettazione e valorizzazione delle culture “altre”, incontro/scambio tra culture diverse, dovrebbe costituire parte integrante della programmazione scolastica, indipendentemente della presenza di alunni stranieri nella scuola.

La scuola, agenzia primaria di socializzazione, è fattore protettivo del processo di sviluppo e della costruzione dell’identità e dell’adattamento sociale del minore: a tal fine deve intervenire affinché la condizione migratoria non determini e mantenga situazioni di marginalità e di svantaggio culturale e relazionale.

“Il sistema educativo di istruzione è finalizzato alla crescita e alla valorizzazione della persona umana nel rispetto dei ritmi dell’età evolutiva, delle differenze e delle identità di ciascuno secondo di principi sanciti dalla Costituzione e dalla Dichiarazione universale dei diritti dell’uomo“

(L. 30/2000 Art.1).

Indagine sulla situazione scolastica degli alunni stranieri. Sperimentazione pilota nella provincia di Vicenza

Gli alunni stranieri

Il Veneto è la terza regione in Italia, dopo Lombardia e Lazio, per numero di immigrati (139.522 nel 2000) e per incidenza di questi sulla popolazione (3,4%). Nella provincia di Vicenza gli stranieri sono 37.376 e rappresentano il 4,7% dei residenti; il 25% è costituito da minori.

Con 4.409 alunni (3,8%) Vicenza è la sesta provincia in Italia per consistenza numerica di alunni stranieri e per numero di cittadinanze presenti nella scuola (105). Gli alunni provengono per il 47% dai Paesi extracomunitari (lo stato estero più rappresentato è la Jugoslavia, 22%): il 31% proviene dall'Africa, il 12% dall'Asia, il 9% dall'America e lo 0,9 dall'UE (8). Le lingue parlate sono 48; le religioni professate 16.

Obiettivi dello studio

L'analisi della situazione scolastica del bambino immigrato è stata condotta in relazione ad alcune variabili: paese di provenienza, tempo di immigrazione dell'alunno e del nucleo familiare, caratteristiche della scolarizzazione e della frequenza scolastica, conoscenza della lingua italiana per la comunicazione e l'apprendimento, grado di partecipazione nelle diverse aree disciplinari, integrazione e socializzazione nella scuola, partecipazione ad attività extrascolastiche, rapporto scuola/genitori, iniziative didattiche di tipo interculturale nella scuola e attività di formazione specifica per gli insegnanti.

Ulteriori scopi sono quelli di sviluppare azioni di sostegno e di sensibilizzazione e di fornire indicazioni per un orientamento delle politiche scolastiche.

Materiali e Metodi

Si è costituito un gruppo di lavoro formato da presidi e docenti di 7 istituti scolastici: Istituti comprensivi di Vicenza e Torrebelticino, Scuola media di "J.Vittorelli" di Bassano, e "S.Negro" di Chiampo, Scuole medie di Orgiano, Sossano e Barbarano, con l'obiettivo di predisporre una scheda/questionario sulla base della quale analizzare l'integrazione scolastica e sociale degli alunni stranieri.

La scheda

Il questionario è suddiviso in tre parti: la **prima** (scheda A – *scheda alunno*) registra i dati anagrafici dell'alunno e dei familiari e i dati sulla scolarizzazione e frequenza scolastica; la **seconda** (scheda B – *scheda alunno*) è predisposta alla raccolta dei dati sulla conoscenza della lingua italiana per la comunicazione interpersonale e per l'apprendimento scolastico, e sui processi di integrazione e socializzazione scolastica ed extrascolastica dell'alunno; ed infine la **terza** (scheda C – *scheda scuola*) riguarda le informazioni sull'entità del fenomeno immigrazione nella scuola, le iniziative didattiche di tipo interculturale attuate e le attività di formazione specifica per gli insegnanti.

Istituti partecipanti allo studio

Sono stati analizzati i dati di 191 alunni stranieri: 83 (43%) sono iscritti nelle scuole elementari e 108 (57%) nelle scuole medie. Rappresentano il 6,7% della popolazione scolastica esaminata (circa 3.000 alunni): l'8,1% degli alunni delle scuole elementari e il 6% di quelli delle scuole medie.

L'indagine ha coinvolto sette Istituti della provincia di Vicenza (Tab. 1).

Tab.1 Istituti partecipanti allo studio – presenza di alunni stranieri

		Alunni iscritti	% sul tot.	Alunni stranieri	% sul tot.	% stranieri su alunni iscritti
Istituto comprensivo " Vicenza 9" - (Vi)	E.	555	18,5	47	23,2	8,4
	M.	164	5,5	14	6,9	8,5
Istituto comprensivo " M. Pasubio"(Torrebelvicino)	E.	446	14,9	34	16,7	7,6
	M.	267	8,9	19	9,4	7,1
Scuola media statale "S. Negro" (Chiampo)	M.	339	11,3	19	9,4	5,6
Scuola media statale "J. Vittorelli" (Bassano d. G.)	M.	750	25	45	22,2	6
Scuola media statale "G. Piovene"(Orgiano)	M.	137	4,6	6	3	4,3
Scuola media statale "D. Alighieri" (Sossano)	M.	136	4,5	7	3,4	5,1
Scuola media statale "R. Fabiani" (Barbarano)	M.	204	6,8	12	5,9	5,8
Totale		2998	100,0	203	100,0	6,7
di cui elementari		1001	33,4	83	40,1	8,1
medie		1997	66,6	120	59,1	6,1
Totale		2998	100,0	203	100,0	

I risultati dell'indagine

Nelle tab. 2-3 sono riportati i risultati più significativi dello studio.

I minori ricongiunti, i nati all'estero, che hanno vissuto in prima persona l'esperienza migratoria, sono iscritti in percentuale superiore nelle scuole medie rispetto alle s. elementari (rispettivamente 64% e 26%) e più della metà (56.7%) sono immigrati in Italia di recente, nel periodo 1998-2001. I nati in Italia da genitori stranieri hanno invece un'età inferiore, e si concentrano per la maggior parte nelle scuole elementari (40%), il 16% nelle scuole medie. I figli di coppia mista (9, il 5.2% degli alunni stranieri) cioè i minori nati da una coppia formata da un genitore straniero e da uno italiano, sono iscritti nelle scuole medie. Dall'analisi dei dati si può ritenere comunque di essere di fronte a processi di immigrazione differenziati nel tempo. La concentrazione di allievi stranieri in corrispondenza di livelli scolastici inferiori può essere dovuta al fatto che il processo di stabilizzazione delle famiglie immigrate è un fenomeno recente, spiegabile con la presenza di coppie giovani i cui figli sono nati in Italia.

L'8.5% (12) degli alunni è immigrato direttamente con la famiglia; il 45.3% (64) a seguito di ricongiungimento familiare. Esistono differenze sulla modalità di arrivo per ordine di scuola: nelle scuole medie prevale il ricongiungimento familiare, mentre nelle elementari, la maggior parte dei bambini arriva in Italia direttamente con alla famiglia.

Il minore immigrato deve affrontare nel paese ospite le difficoltà di una lingua diversa e di nuovi modelli culturali. A un bambino di madre lingua non italiana in età scolare occorrono mediamente da quattro mesi ad un anno per sviluppare una qualche competenza nella lingua informale, per la comunicazione interpersonale di base; mentre è necessario un periodo di oltre tre anni per acquisire una competenza adeguata per lo studio, per la scuola, per l'apprendimento (10).

Gli alunni stranieri, sia delle scuole elementari che delle medie, mostrano di avere una conoscenza della lingua italiana adeguata (più del 70%) per seguire parte (35%) o tutte le attività didattiche (38%); il 24%, sufficiente ai soli fini della comunicazione; il 2%, insufficiente o nulla.

I minori di immigrazione recente (sono 80, il 56.7% degli immigrati), arrivati in Italia nel periodo 1998-2001, presentano, nel 56% dei casi, una competenza linguistica sufficiente per una semplice comunicazione di base, ma inadeguata per seguire autonomamente le attività didattiche, e solo il 15% per seguire tutte le attività della scuola. Interventi specifici di educazione linguistica dovrebbero essere attivati per questo particolare gruppo di bambini.

Consistente è il numero di alunni che frequentano corsi individuali, o a piccoli gruppi, di lingua italiana: il 43% degli alunni delle scuole medie e il 36% di quelli delle scuole elementari.

Oltre all'apprendimento dell'italiano come seconda lingua, condizione indispensabile per l'integrazione scolastica e sociale, il bambino immigrato dovrebbe mantenere viva la conoscenza della lingua di origine (4,6,10) per realizzare un armonico sviluppo affettivo, cognitivo e comportamentale: l'acquisizione delle competenze cognitive è correlata alla situazione affettivo-relazionale che si instaura nella famiglia e alla comunicazione intrafamiliare che si riesce a mantenere e sviluppare nel tempo.

Dall'indagine si rileva che l'80% dei casi di ritardo scolastico è da riferirsi a iscrizione iniziale non conforme all'età anagrafica, nel 14% a ripetenza in Italia e nell'1,4% a ripetenza nel proprio paese di origine.

Il ritardo riguarda più di un alunno straniero su 3 (37%). Il divario con i compagni che presentano un curriculum regolare può essere di 1, 2, 3 anni o addirittura maggiore e aumenta con il progredire del livello di scolarità: alle elementari 12 bambini hanno un ritardo di 1 anno rispetto all'età anagrafica; alle medie 36 alunni, il 60%, hanno un ritardo di 1 anno, il 27.1% (16) di due anni, il 6.8% (4) di tre anni e un caso presenta ritardo di 4 anni.

Il divario tra età e classe frequentata risulta meno evidente negli alunni stranieri nati in Italia: presentano, infatti, ritardo scolastico di 1 o 2 anni il 10% degli alunni nati in Italia, il 40% di quelli provenienti dalla Jugoslavia e il 40% degli alunni del Marocco.

I minori stranieri dovrebbero essere iscritti alla classe corrispondente all'età anagrafica per favorire la positiva interazione sociale e relazionale e al tempo stesso l'inserimento in un percorso di apprendimento adeguato: il collegio dei docenti può deliberare l'iscrizione ad una classe diversa tenendo conto delle competenze, abilità e livelli di preparazione dell'alunno (DPR 394/99 Art. 45).

(8) Un'indagine del Ministero della pubblica istruzione (1999) evidenzia, nel confronto tra alunni italiani e alunni con cittadinanza non italiana, una differenza della percentuale di promozione di 3 punti (99% vs 96%) alle scuole elementari, e 10 punti (96% vs 86%) alle scuole medie, a dimostrazione del maggior disagio e del più alto rischio di esclusione scolastica e sociale degli alunni stranieri.

Nella provincia di Vicenza la percentuale di ripetenti stranieri nell'anno scolastico 1998/99 è stata pari all'1,3% nelle scuole elementari e 9,8% nelle scuole medie, rispetto a valori dello 0,3% e del 3,8% per gli alunni italiani (11).

E' il carattere di stanzialità della migrazione che garantisce la continuità scolastica e riduce le difficoltà di apprendimento. Dall'analisi emerge che il 58.6% degli alunni era iscritto l'anno precedente alla stessa scuola, il 13.6% ad un'altra scuola della stessa zona (o comune), il 7.3% ad una scuola di un altro Stato estero e il 6.3% ad una scuola del Paese di origine. La mobilità locale, nazionale e transnazionale interessa sia gli allievi delle scuole elementari sia quelli delle scuole medie.

Per ricongiungersi alla famiglia spesso il bambino è costretto ad abbandonare sicurezze e abitudini del luogo in cui è nato e cresciuto, e dove, in genere, ha realizzato la prima fase della socializzazione. Emigrando il minore si trova in presenza di una nuova realtà e spesso i genitori rappresentano per lui degli adulti con cui deve ricostruire dei legami e dei rapporti affettivi. L'analisi della condizione sociale e familiare degli alunni stranieri è quindi una variabile fondamentale per definire la possibilità di inserimento e, in seguito, il successo scolastico.

L'integrazione scolastica dipende anche dalla relazione che si è instaurata tra la scuola e la famiglia: il 50% dei bambini delle scuole elementari e medie è seguito in modo adeguato dai genitori che presentano interesse per il lavoro scolastico del figlio. Nel 45% dei casi gli alunni partecipano in modo regolare alle attività di classe (Tab. 3).

La maggior parte dei ragazzi stranieri è cordiale nelle relazioni con i compagni di scuola (60.2%); il 10,2%, nelle scuole medie, risulta avere un rapporto conflittuale e oppositivo. La socializzazione extrascolastica riguarda il 30% degli alunni: il 14% dei bambini delle scuole elementari e il 42% di quelli delle scuole medie.

Il 51% segue l'insegnamento della religione cattolica: tutti i minori di cittadinanza italiana (figli di coppia mista); gli alunni provenienti da Paesi di tradizione cattolica (Filippine, Brasile, Perù); il 27% dei minori Ghanesi; il 53.5% degli alunni provenienti dall'ex Jugoslavia; l'80% di quelli provenienti dalla Romania; il 91% degli alunni albanesi; non seguono la religione cattolica i minori provenienti dal Marocco, Senegal, Bangladesh.

Dall'indagine sulle attività interculturali promosse dalla scuola è risultato che la maggior parte degli Istituti scolastici ha programmato, nel piano di offerta formativa (P.O.F.), progetti finalizzati all'immigrazione e individuato un docente-esperto; ha inoltre predisposto percorsi individualizzati per gli alunni stranieri con difficoltà linguistiche e organizzato corsi individuali o di piccoli gruppi per l'apprendimento dell'italiano come seconda lingua; ha realizzato attività di formazione per gli insegnanti. Il mediatore linguistico culturale è riconosciuto infine dalla scuola figura indispensabile per i processi di comunicazione con la famiglia e con i minori e per la realizzazione di progetti per il mantenimento della cultura e della lingua di origine.

(5) Uno studio del Censis (1999) ha evidenziato che il 40% delle scuole elementari (53% al Nord e 24% al Sud) e il 33% delle scuole medie (47% al Nord e 20% al Sud) hanno promosso attività interculturali: netto appare il divario Nord-Sud.

Tab. 2 SINTESI DELLO STUDIO

	Totale		Scuole elementari		Scuole medie	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
Alunni stranieri	191	7	83	8	108	6
Nati in Italia	50	26	33	40	17	16
Nati all'estero	141	74	50	60	91	84
Immigrati direttamente con la famiglia	12	16	3	23	9	14
A seguito di ricongiungimento familiare	64	84	10	77	54	86
Alunni con ritardo scolastico	71	37	12	15	59	55
Iscrizione iniziale in Italia non conforme all'età anagrafica	57	80	11	92	46	78
Ripetizioni in Italia	10	14	1	8	8	14
Ripetizioni nel Paese di origine	1	1	0	0	1	1
Stessa scuola di provenienza	112	59	54	65	58	54
Classe a tempo normale	20	11	7	8	13	12
Classe a tempo prolungato	64	34	37	45	27	25
Insegnamento della religione cattolica	97	51	31	37	57	53
Insufficiente conoscenza della lingua italiana	4	2	2	2	2	2
Conoscenza adeguata per buona parte delle attività didattiche	67	35	31	37	36	33
Conoscenza adeguata per tutte le attività didattiche	73	38	34	41	39	36
Frequenza a corsi individuali o a piccoli gruppi di italiano	78	41	30	36	47	44
Partecipazione ad attività extrascolastiche	58	30	12	15	45	42
Rapporto cordiale e collaborativo con i compagni	115	60	46	55	68	63
Rapporto corretto ma piuttosto chiuso	44	23	24	29	20	19
Rapporto conflittuale e oppositivo	16	8	5	6	11	10
La famiglia segue il lavoro scolastico del figlio	94	49	43	52	50	46
Portatori di handicap	1	100	0	0	1	100

Tab. 3 Partecipazione alle attività di classe

	< 10%		10-40%		40-70%		> 70%		n.c.		totale	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
Area linguistica (lingua italiana)	9	4,7	45	23,6	39	20,4	87	45,5	11	5,8	191	191
Area linguistica (lingua straniera)	9	4,7	33	17,3	35	18,3	87	45,5	27	14,1	191	191
Area logico matematica	12	6,3	42	22	34	17,8	91	47,6	12	6,3	191	191
Storia, geografia	16	8,4	39	20,4	39	20,4	83	43,5	14	7,3	191	191
Area espressivo artistico-musicale	7	3,7	31	16,2	39	20,4	100	52,4	14	7,3	191	191
Area motoria	7	3,7	21	11	28	14,7	123	64,4	12	6,3	191	191

Conclusioni

A conclusione della presentazione dei dati più significativi della ricerca, può essere utile proporre, in una schematizzazione essenziale, le linee fondamentali di strategie di intervento a favore dei minori immigrati:

- attivazione di programmi di sostegno linguistico (apprendimento dell'italiano come lingua seconda e valorizzazione della cultura e della lingua di origine a salvaguardia dell'identità culturale);
- promozione dell'alfabetizzazione degli adulti stranieri quale preconditione per sviluppare la comunicazione tra genitori e figli e facilitare la loro partecipazione alla vita scolastica e sociale;
- programmazione di percorsi didattici individualizzati per garantire ai minori immigrati pari opportunità formative;
- valutazione degli impedimenti di natura socio-culturale che si frappongono ad una fruizione piena delle opportunità che la scuola mette a disposizione per realizzare l'accoglienza e l'inserimento degli alunni stranieri;
- attivazione, con le istituzioni e le agenzie extrascolastiche operanti nel territorio, di collaborazioni per lo sviluppo dell'integrazione sociale;
- istituzione di Servizi di mediazione culturale e linguistica.

L'educazione interculturale implica capacità di dialogo, superamento di pregiudizi, solidarietà, una concezione culturale che vede le differenze come risorse su cui operare per rendere possibile una convivenza più aperta e meno conflittuale.

Successo scolastico, adeguatezza e stabilità del supporto familiare, buona integrazione della famiglia straniera nell'ambiente sociale, condizioni di vita in grado di garantire sicurezza e possibilità reali di sviluppare le proprie potenzialità e capacità sono i presupposti per il superamento delle situazioni di marginalità e di esclusione sociale.

Bibliografia

- 1) Caritas di Roma. *Immigrazione Dossier Statistico 2001*. Roma, Anterem edizioni
- 2) Agenzia Romana per il Giubileo (a cura di). *Migrazioni: Scenari per il XXI secolo*. Roma, 2000, pp.1383-1432
- 3) CNEL. Organismo nazionale di coordinamento per le politiche di integrazione sociale degli stranieri. Sintesi dei gruppi di lavoro, Roma, 1999.
- 4) Zincone G.(a cura di), *Secondo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia - 2000*. Il Mulino, Bologna, pp.243-277
- 5) Censis. *Rapporto sulla situazione sociale del paese 2000*. Franco Angeli editore, pp 34-39
- 6) Bolaffi G., *I confini del patto. Il governo dell'immigrazione in Italia*. Einaudi, Torino, pp 95-115
- 7) Presidenza del Consiglio. *Rapporto sulla condizione dei minori in Italia, 2000*. Dipartimento per gli Affari sociali.
- 8) Ministero della pubblica istruzione. *Alunni con cittadinanza non italiana. Anno scolastico 2000-2001*
- 9) Ministero della pubblica istruzione. *Le trasformazioni della scuola nella società multiculturale. 2001*
- 10) Favaro G., *Accoglienza e inserimento scolastico degli stranieri in "Il successo formativo e l'educazione interculturale"*. Corso di aggiornamento. Provveditorato degli studi di Vicenza a.s. 1998-1999
- 11) Pacchin M., *Il disagio scolastico degli alunni stranieri nella provincia di Vicenza*. Convegno. Bambini stranieri scuola e salute -Fondazione Cariplo per le iniziative e lo studio sulla multiethnicità, Milano, 5 novembre 1999
- 12) Giovannini G.(a cura di), *Allievi in classe stranieri in città*, ISMU, 1998, Franco Angeli
- 13) ISMU. *Insieme a scuola*. Quaderno 7/1997

Indagine sulla situazione scolastica degli alunni stranieri
studio multicentrico nazionale
anno scolastico 2000/2001

Coordinamento: *M.Pacchin*

Ufficio di Valutazione Epidemiologica Azienda Ulss n°6 Vicenza

Collaboratori del Gruppo di lavoro per il bambino immigrato della Società italiana di Pediatria:

M. Zaffaroni, G. Bona (Novara), M. Prodi (Modena), A. Bellocchi (Roma), L. Di Martino, M. Vetrella (Napoli), F. Cataldo (Palermo)

INTRODUZIONE

Gli alunni stranieri in Italia

La presenza di alunni stranieri nelle scuole italiane attesta il grado di stabilizzazione raggiunto dalle comunità di immigrati.

Nell'anno scolastico 2000/2001 gli alunni stranieri sono 147.406 e incidono per l'1,8% sul totale della popolazione scolastica (7). Sono il 2,9% degli alunni del Nord-Ovest; il 3,2% di quelli del Nord-Est; il 2,5% del Centro; lo 0,4% del Sud. La presenza è più consistente nelle aree del Nord del Paese (64,8%), dove più forti sono le potenzialità occupazionali, rispetto al Centro (25,7%) e al Sud (9%), luogo di primo arrivo e di transito. Nelle scuole materne sono 20.000, il 2,3% della popolazione scolastica, nelle scuole elementari 60.959 (2,4%), e nelle scuole medie 35.147 (2,2%).

Provengono per il 40% dall'Europa non comunitaria (60.263), per il 28% dall'Africa (42.328), per il 15% dall'Asia (23.000), per l'11% dall'America (17.498), per il 2,7% dall'Unione Europea (4.079). Le cittadinanze sono 184; gli stati più rappresentati sono l'Albania con 25.050 alunni, il Marocco (23.052), la Ex-Jugoslavia (16.225), la Cina (8.659) e la Romania (6.096). Le lingue parlate sono 78; le religioni professate 18.

Nelle tab. 1-4 vengono rappresentate le realtà nazionali, regionali e provinciali comprensive delle aree di riferimento dello studio.

GLI ALUNNI STRANIERI IN ITALIA. DISTRIBUZIONE TERRITORIALE.

Area	V.A.	%	Variazione % 1999/00-2000/01
Nord-Ovest	54.934	37,3	25,7
Nord-Est	40.507	27,5	20,5
Centro	37.814	25,7	20,8
Sud	9.795	6,6	22,9
Isole	4.356	2,9	38,5
ITALIA	147.406	100,0	23,1

GLI ALUNNI STRANIERI IN ALCUNE REGIONI ITALIANE

Regione	V.A.	%	PROVENIENZA (%)				
			Europa		Africa	America	Asia
			Ue	Non Ue			
Piemonte	13.521	2,6	2,3	39	38,4	11,1	8,9
Veneto	17.396	2,8	2,1	46,8	32	6,8	11,4
Emilia Romagna	17.662	3,8	1,9	33,4	41,4	6	17
Lazio	14.635	2,0	2,9	46,7	14,9	17	18
Campania	1.940	0,2	3,9	47	22	9,4	16,8
Sicilia	3.708	0,4	3,1	28,8	40,6	8,3	18,6
ITALIA	147.406	1,8	2,7	40,8	28,7	11,8	15,6

GLI ALUNNI STRANIERI IN ALCUNE PROVINCE ITALIANE

Provincia	V.A.	%	PROVENIENZA (v.a.)				
			Europa		Africa	America	Asia
			Ue	Non Ue			
Novara	1.191	2,6	33	464	503	78	109
Vicenza	4.409	3,8	42	2.079	1.375	391	522
Modena	3.772	4,5	72	787	2.166	150	597
Roma	12.388	2,4	357	5.400	1.817	2.287	2.479
Napoli	897	0,2	53	350	140	121	233
Palermo	1.119	0,4	53	192	360	87	422

NAZIONALITA' PIU' RAPPRESENTATE

Provincia	N° Cittadinanze	Stato più rappresentato	%
Novara	56	Albania	30
Vicenza	92	Jugoslavia	22
Modena	82	Marocco	34

Provincia	N° Cittadinanze	Stato più rappresentato	%
Roma	136	Romania	10
Napoli	48	Cina	16
Palermo	43	Sri Lanka	17

Obiettivi dello studio

Confrontare alcune realtà nazionali in relazione alla situazione degli alunni stranieri e fornire indicazioni per un orientamento delle politiche scolastiche.

Variabili analizzate: paese di provenienza, tempo di immigrazione dell'alunno e del nucleo familiare, caratteristiche della scolarizzazione e della frequenza scolastica, conoscenza della lingua italiana per la comunicazione e l'apprendimento, grado di partecipazione nelle diverse aree disciplinari, integrazione e socializzazione nella scuola, partecipazione ad attività extrascolastiche, rapporto scuola/genitori, iniziative didattiche di tipo interculturale nella scuola e attività di formazione specifica per gli insegnanti.

Metodologia del lavoro

Istituzione di un gruppo di lavoro formato dai referenti per i problemi dell'immigrazione di alcuni istituti scolastici della provincia di Vicenza.

Predisposizione di una scheda/ questionario per la raccolta dei dati

Realizzazione in via sperimentale del progetto nella provincia di Vicenza.

Individuazione dei referenti pediatri e degli istituti scolastici per attivare la ricerca a livello nazionale.

Lo studio multicentrico nazionale è stato realizzato con la collaborazione del gruppo di lavoro nazionale sul bambino immigrato della Società italiana di Pediatria. Hanno aderito allo studio 21 scuole elementari e 17 scuole medie distribuite nelle province di Vicenza, Novara, Modena, Roma, Napoli, Palermo. L'analisi rappresenta una descrizione della realtà scolastica di un campione di scuole italiane attraverso frequenze e percentuali che comunque devono tener conto, per alcune province, dell'esiguità campionaria. Le scuole e gli alunni coinvolti nella ricerca sono sinteticamente riportati nella seguente tabella.

PROVINCIA	N° ISTITUTI	ALUNNI ISCRITTI	ALUNNI STRANIERI ISCRITTI	%STRANIERI SUL TOTALE	ALUNNI STRANIERI VALUTATI
VICENZA	9	2.998	203	6,7	191
Scuole elementari	2	1.001	83	8,1	83
Scuole medie	7	1.997	120	6,1	108
NOVARA	3	611	35	5,7	29
Scuole elementari	3	611	35	5,7	29
Scuole medie	-	-	-	-	-
MODENA	14	4.065	233	5,7	203
Scuole elementari	9	1.858	115	6,1	112
Scuole medie	5	2.207	118	5,3	91
ROMA	2	782	31	3,9	30
Scuole elementari	2	782	31	3,9	30
Scuole medie	-	-	-	-	-
NAPOLI	6	2.080	25	1,2	24
Scuole elementari	3	509	11	2,1	11
Scuole medie	3	1.571	14	0,9	13
PALERMO	4	833	52	6,2	43
Scuole elementari	2	566	38	6,7	29
Scuole medie	2	267	14	5,2	14
Totale elementari	21	5.327	313	5,8	294
Totale medie	17	6.042	266	4,4	226
TOTALE	38	11.369	579	5,0	520

Risultati.

Incidenza degli alunni stranieri sulla popolazione scolastica

Lo studio ha interessato 520 alunni stranieri: 294 iscritti nelle scuole elementari e 226 nelle medie. Rappresentano il 5% della popolazione scolastica: il 5,8% degli alunni delle scuole elementari e il 4,4% degli iscritti nelle medie. L'incidenza varia a seconda delle province considerate: è superiore al dato medio nelle scuole elementari delle province di Vicenza, Modena e Palermo; inferiore a Roma e a Napoli.

Provincia	Scuole elementari		Scuole medie	
	Stranieri	Incid. %	Stranieri	Incid. %
Vicenza	83	8,1	108	6,1
Novara	29	5,7		
Modena	112	6,1	91	5,3
Roma	30	3,9		
Napoli	11	2,1	13	0,9
Palermo	29	6,7	14	5,2

E' possibile valutare l'entità del fenomeno migratorio sulla base del numero di classi con una percentuale superiore al 10% o al 20% di alunni stranieri: le classi con frequenze elevate di bambini immigrati si riscontrano nelle province di Vicenza, Modena e Palermo.

Provincia	N°Tot. Classi	N° Classi >10%	N° Classi >20%
Vicenza	138	18	5
Novara	48	2	-
Modena	187	24	1
Roma	37	-	-
Napoli	98	-	-
Palermo	46	4	2

Alunni stranieri per luogo di nascita

In media, gli alunni stranieri nelle scuole elementari sono nati in Italia per il 41,7% e nati all'estero per il 54,3%: si discosta il dato di Roma, con una percentuale inferiore di nati in Italia, (16,6%). Gli alunni stranieri nelle scuole medie sono per il 18,5% nati in Italia e per il 80,5% nati all'estero, con minimi scostamenti se si considerano le diverse province.

La distribuzione del luogo di nascita risulta diversa nei due tipi di scuole: i bambini che hanno vissuto in prima persona l'esperienza migratoria hanno un'età superiore a quella elementare, mentre i figli di coppie miste o di stranieri, che sono nati in Italia, risultano iscritti in misura maggiore alla scuola primaria.

Provincia	Scuole elementari			Scuole medie		
	Totale	% nati Italia	% nati est.	Totale	% nati Italia	% nati est.
Vicenza	83	39,8	60,2	108	15,7	84,3
Novara	29	58,6	41,3			
Modena	112	54,4	39,3	91	21,9	74,7
Roma	30	16,6	76,6			
Napoli	11	36,3	63,6	13	15,3	84,6
Palermo	29	44,8	44,8	14	21,4	78,5

Alunni stranieri nati da coppia mista

I nati da coppia mista, formata da un genitore straniero e da uno italiano, sono presenti in media per l'1,5% nelle scuole elementari, e per il 4,1% nelle scuole medie. Le frequenze sono molto basse, addirittura assenti nelle scuole elementari di Roma, Napoli, Palermo e Vicenza, e nella scuola media di Napoli.

Provincia	Scuole elementari			Scuole medie		
	Totale	Nati da coppia mista	%	Totale	Nati da coppia mista	%
Vicenza	83	0	0,0	108	9	8,3
Novara	29	2	6,8			
Modena	112	3	2,6	91	1	1,0
Roma	30	0	0,0			
Napoli	11	0	0,0	13	0	0,0
Palermo	29	0	0,0	14	1	7,1

Alunni stranieri per Paese di nascita

Complessivamente, nelle scuole elementari il 41,7% degli alunni stranieri è nato in Italia; nell'Est Europa il 28,4% e in Africa il 13,5%; nelle scuole medie prevalgono gli alunni nati in Africa (31,5%), quelli nati in Italia sono il 18,5% e nell'Est Europa il 13%. Esistono delle differenze a livello provinciale: a Vicenza la maggioranza dei bambini stranieri proviene dall'Est Europa (dall'Ex-Jugoslavia, 64 su 191 bambini); a Novara gli alunni stranieri sono nati in prevalenza in Italia (17 su 29, 58,6%), seguono i bambini nati in Africa (9 su 29, di cui 6 dal Marocco); nella provincia di Modena il 31% proviene dall'Africa (63 su 203, in particolare Marocco, 47), il 40% è nato in Italia (81) e 31 provengono dall'Europa dell'Est.

A Roma 22 alunni su 30 (73,3%) sono originari dei Paesi dell'Europa dell'Est, in particolare Albania (10) e Romania (10); a Palermo prevalgono i nati in Italia (16 su 43) e in Africa (14 su 43).

A Napoli su 11 alunni delle scuole elementari, 4 sono nati nell'Est Europa e 4 in Italia, su 13 alunni delle scuole medie, 6 provengono dal Sud America, 2 dall'Asia e 2 dall'Italia.

Provincia	Scuole elementari					
	Totale	Est Europa (%)	Africa (%)	Asia (%)	Sud America (%)	Italia (%)
Vicenza	83	31,3	8,4	9,6	7,2	39,8
Novara	29	3,4	31,0	3,4	0,0	58,6
Modena	112	12,5	17,8	0,9	1,7	54,4
Roma	30	73,3	0,0	0,0	0,0	16,6
Napoli	11	36,3	0,0	0,0	0,0	36,4
Palermo	29	13,8	24,1	3,4	0,0	44,8

Provincia	Scuole medie					
	Totale	Est Europa (%)	Africa (%)	Asia (%)	Sud America (%)	Italia (%)
Vicenza	108	33,3	28,7	9,2	12,0	15,7
Modena	91	18,6	47,2	5,5	2,1	21,9
Napoli	13	0,0	0,0	15,3	46,1	15,3
Palermo	14	0,0	50	28,5	0,0	21,4

Alunni per anno di ingresso in Italia

In tutte le province considerate nello studio la maggior parte dei bambini stranieri sono immigrati in Italia di recente, in particolare nel periodo 1998-2001.

Scuole elementari												
	Vicenza		Novara		Modena		Roma		Napoli		Palermo	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
1988-89	0	0	-	-	0	0	-	-	2	28,4	-	0
1990-91	1	2	-	-	0	0	-	-	-	-	-	0
1992-93	1	2	-	-	2	4,5	-	-	-	-	-	0
1994-95	3	6	-	-	3	6,8	2	8	-	-	-	0,0
1996-97	7	14	2	16,6	6	13,6	1	4	-	-	1	7,6
1998-99	20	40	1	8,3	12	27,2	1	4	-	-	2	15,3
2000-01	7	14	2	16,6	10	22,7	5	20	1	14,2	-	0
n.c.	10	20	7	58,3	11	25	16	64	4	57,1	10	76,9
Totale	50	100	12	100	44	100	25	100	7	100	13	100

Scuole medie									
	Vicenza		Modena		Napoli		Palermo		
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	
1988-89	2	2,2	1	1,4	-	-	1	9,0	
1990-91	8	8,8	2	2,9	-	-	0	0	
1992-93	6	6,6	5	7,3	1	9,0	2	18,1	
1994-95	12	13,2	4	5,8	-	-	0	0	
1996-97	8	8,8	6	8,8	-	-	2	18,1	
1998-99	42	46,2	12	17,6	4	36,3	3	27,2	
2000-01	10	11,0	18	26,4	4	36,3	0	0	
n.c.	3	3,3	20	29,4	2	18,1	3	27,2	
Totale	91	100	68	100	11	100	11	100	

Alunni stranieri per modalità di arrivo in Italia

Nelle scuole elementari e nelle scuole medie la modalità di arrivo prevalente in Italia dei bambini stranieri è in seguito a ricongiungimento familiare.

Provincia	Scuole elementari			Scuole medie		
	Totale*	Ricong.fam.	Con la famiglia	Totale*	Ricong.fam.	Con la famiglia
Vicenza	50	10	3	91	54	9
Novara	14	6	0			
Modena	28	23	5	21	16	5
Roma	9	2	2			
Napoli	6	0	1	11	5	2
Palermo	13	2	0	11	9	0

*per alcune scuole i dati non sono completi

Caratteristiche della famiglia

Mediamente il 92,4% e l'80% degli alunni stranieri, rispettivamente delle scuole elementari e medie, vive in un nucleo familiare con la presenza di ambedue i genitori. Si segnala a Napoli la presenza di 9 bambini che vivono con la sola madre.

Presenza del nucleo familiare				
Provincia	Scuole elementari		Scuole medie	
	Totale	Entrambi i genitori (%)	Totale	Entrambi i genitori(%)
Vicenza	83	97,6	108	95,4
Novara	29	100		
Modena	112	99,1	91	82,5
Roma	30	90		
Napoli	11	68	13	46,2
Palermo	29	100	14	93

Ritardo scolastico

Nelle scuole elementari il ritardo scolastico, inteso come divario tra età anagrafica ed età scolare, riguarda il 27,8% degli alunni stranieri, mentre una percentuale molto superiore di alunni stranieri è in ritardo nelle medie (45%).

Si nota che a Roma, su 30 alunni iscritti, 16 sono con ritardo scolastico; a Napoli sono 5 su 11 i bambini delle elementari e 3 su 13 quelli delle medie.

Gli anni di ritardo aumentano con il progredire del livello di scolarità: infatti, alle elementari, per quasi tutte le province, la maggior parte dei bambini stranieri presenta un ritardo di un anno, più anni alle scuole medie.

Provincia	Scuole elementari		Scuole medie	
	Totale	% ritardo	Totale	% di ritardo
Vicenza	83	14,5	108	54,6
Novara	29	11,3		
Modena	112	10,7	91	52,7
Roma	30	53,3		
Napoli	11	45,0	13	23,0
Palermo	29	27,5	14	50,0

Provincia	Scuole elementari		Scuole medie	
	1 anno (%)	+ 1 anno (%)	1anno(%)	+ 1 anno (%)
Vicenza	100,0	0,0	61,0	35,6
Novara	33,3	66,7		
Modena	100,0	0,0	70,8	29
Roma	93,7	6,2		
Napoli	100,0	0,0	33,3	33,3
Palermo	50,0	50,0	14,2	85,7

Causa del ritardo

Per il 77,7% e per il 57,7% degli alunni stranieri il ritardo è da riferirsi a iscrizione iniziale non conforme all'età anagrafica rispettivamente nelle scuole elementari e medie.

S. elementari		Iscrizione non conforme		RipetENZE in Italia	
Provincia	Totale	v.a.	%*	v.a.	%*
Vicenza	12	11	91,7	1	8,3
Novara	5	5	100,0	-	-
Modena	9	5	41,6	4	33,3
Roma	16	16	100,0	-	-
Napoli	5	5	100	0	0
Palermo	8	4	50	4	50

S. medie		Iscrizione non conforme		RipetENZE in Italia	
Provincia	Totale	v.a.	%*	v.a.	%*
Vicenza	54	46	78	8	13,6
Modena	47	30	62,5	17	35,4
Napoli	1	1	33,3	-	-
Palermo	5	4	57	1	14,2

* le percentuali sono sul totale riga

Scuola di provenienza

Complessivamente il 66,6% degli alunni iscritti alle scuole elementari era iscritto l'anno precedente nella stessa scuola, il 7,5% nella scuola del paese di origine e nel 2,4% in una scuola di un altro stato estero. Si osserva che a Roma sono 6 (20%) gli alunni stranieri che il precedente anno frequentavano le scuole elementari nel proprio paese d'origine, e una percentuale elevata si riscontra anche a Napoli (4 alunni su 13 nelle scuole medie). Notevole è la mobilità scolastica nelle scuole elementari della provincia di Vicenza, dove il 20,5% degli alunni proviene da una scuola estera.

Provincia	Scuole elementari			Scuole medie		
	Stessa scuola (%)	Paese di orig. (%)	Stato Est. (%)	Stessa scuola (%)	Paese di orig. (%)	Stato Est. (%)
Vicenza	65,1	7,2	13,3	53,7	5,6	2,8
Novara	62,0	0,0	0,0			
Modena	67,8	5,3	0,9	48,3	16,4	0,0
Roma	63,3	20,0	0,0			
Napoli	72,7	9,0	0,0	38,5	30,7	0,0
Palermo	68,9	3,4	0,0	85,7	0,0	0,0

* i dati mancanti sono da riferire ad alunni che provengono da altre scuole italiane

Frequenza del tempo normale o prolungato

Si riscontrano percentuali più elevate di alunni che frequentano classi a tempo prolungato, sia alle elementari che alle scuole medie.

Provincia	Scuole elementari		Scuole medie	
	Tem. Norm. (%)	Tem. Prol. (%)	Tem. Norm. (%)	Tem. Prol. (%)
Vicenza	8,4	44,6	12,0	25,0
Novara	6,2	82,7		
Modena	15,1	33,0	47,2	52,7
Roma	23,3	76,7		
Napoli	18,1	72,7	53,8	30,7
Palermo	68,9	0,0	64,2	0,0

Assenze scolastiche maggiori dei 20 giorni

Si notano differenze tra le scuole del Centro-nord e quelle del Sud: per le province settentrionali la percentuale degli alunni stranieri assenti per più di 20 giorni è del 3-4%; in quelle meridionali, le percentuali sono molto elevate (a Palermo 9 ragazzi su 29).

Prov.	Scuole elementari		Scuole medie	
	Totale	% alunni con ass. mag. dei 20 gg.	Totale	% alunni con ass. mag. dei 20 gg.
Vic.	83	3,6	108	3,7
Nov.	29	10,3		
Mod.	112	4,5	91	1,1
Ro.	30	3,3		
Na.	11	18,8	13	0,0
Pa.	29	31,0	14	7,1

Conoscenza della lingua italiana

La maggioranza degli alunni stranieri, sia delle scuole elementari che medie, ha una conoscenza sufficiente o adeguata della lingua italiana: il 2-3% ha competenze linguistiche del tutto insufficienti, (a Modena e a Palermo le percentuali sono del 5,4% e 6,8%, rispettivamente nelle scuole medie ed elementari).

Provincia	Scuole elementari					
	Nulla		Sufficiente per comunicare		Adeguata per imparare	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
Vicenza	2	2,4	16	19,3	65	78,3
Novara	0	0,0	6	20,6	20	68,8
Modena	1	0,9	19	16,9	89	79,3
Roma	1	3,3	7	23,3	21	69,9
Napoli	0	0,0	1	9,0	9	81,7
Palermo	2	6,8	10	34,4	16	55,1

Scuole medie						
Provincia	Nulla		Sufficiente per comunicare			Adeguata per imparare
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
Vicenza	2	1,9	30	27,8	75	69,4
Modena	5	5,4	25	27,4	55	60,3
Napoli	0	0,0	4	30,7	8	61,4
Palermo	0	0,0	2	14,2	11	78,5

Corsi individuali o a piccoli gruppi di lingua italiana

Si notano differenze nella frequenza di corsi per l'apprendimento della lingua italiana tra le regioni del Nord e del Sud, in particolare nelle scuole elementari: a Vicenza e a Modena si riscontrano percentuali superiori al 30%, mentre per le altre province non si raggiunge il 10%. I corsi di lingua italiana non sono ritenuti necessari dalla maggior parte degli insegnanti delle scuole sia elementari che medie; rilevante è il dato di Palermo in cui nessun ragazzo straniero delle elementari partecipa a corsi di italiano.

Provincia	Scuole elementari		Scuole medie	
	Si (%)	Non necessari (%)	Si(%)	Non necessari (%)
Vicenza	36,1	50,6	43,5	44,4
Novara	6,8	58,6		
Modena	33,0	46,4	37,3	46,1
Roma	6,6	46,6		
Napoli	9,0	72,7	15,3	53,8
Palermo	0,0	44,8	50,0	42,8

Insegnamento della religione cattolica

Elevate sono le percentuali degli alunni stranieri che si avvalgono dell'insegnamento della religione cattolica. In particolare nella provincia di Vicenza: il 50%; a Napoli su 28 alunni, 24 (85,7%) seguono la lezione di religione; a Roma, il 66,6% degli alunni delle scuole elementari (20 su 30).

Provincia	Scuole elementari		Scuole medie	
	Totale	% avvale insegnamento religione cattolica	Totale	% avvale insegnamento religione cattolica
Vicenza	83	37,3	108	52,8
Novara	29	34,4		
Modena	112	28,5	91	34,0
Roma	30	66,6		
Napoli	11	81,8	13	84,6
Palermo	29	20,6	14	50,0

Rapporto con i compagni

Il rapporto tra alunni stranieri e italiani spesso risulta cordiale e collaborativo in tutte le province considerate e per entrambi i tipi di scuola; è conflittuale e oppositivo in percentuali che variano a seconda della provincia considerata: in particolare si raggiunge il 31% a Novara, il 19% a Modena e il 16% a Roma nelle scuole elementari.

Provincia	Scuole elementari		Scuole medie	
	Cordiale e collaborativi (%)	Conflittuale e oppositivo (%)	Cordiale e collaborativi (%)	Conflittuale e oppositivo (%)
Vicenza	55,4	6,0	63,0	10,2
Novara	65,5	31,0		
Modena	55,3	18,7	49,4	12,0
Roma	50,0	16,6		
Napoli	54,4	9,0	84,6	0,0
Palermo	41,3	6,8	28,5	7,1

Partecipazione ad attività extrascolastiche

(% di Partecipazione)		
Provincia	Scuole elementari	Scuole medie
Vicenza	14,5	41,7
Novara	27,5	
Modena	28,5	31,8
Roma	13,3	
Napoli	9,0	30,7
Palermo	20,0	78,5

Partecipazione dei genitori alle attività scolastiche del figlio

È superiore per gli alunni delle scuole elementari (mediamente del 56,5%) rispetto a quelli delle scuole medie (45%). A Napoli 9 famiglie su 11 (81,8%) seguono il lavoro scolastico del figlio alle scuole elementari, e 8 su 13 (61,5%) alle medie.

(% di Partecipazione)		
Provincia	Scuole elementari	Scuole medie
Vicenza	51,8	46,3
Novara	55,1	
Modena	52,6	38,5
Roma	53,3	
Napoli	81,8	61,5
Palermo	44,8	35,7

Alunni stranieri portatori di handicap

Complessivamente tra i 520 alunni stranieri esaminati, 4 (0,76%) presentano handicap.

Le politiche della scuola

La maggior parte degli istituti scolastici delle province settentrionali ha programmato nel Piano di Offerta Formativa (P.O.F.) progetti finalizzati all'integrazione; ha predisposto percorsi individualizzati per gli alunni stranieri con difficoltà linguistiche, ha formato gruppi di lavoro e ha individuato un docente-esperto per le attività interculturali; ha infine realizzato attività di formazione per gli insegnanti. Nelle province del Centro-sud il problema dell'immigrazione è stato discusso nel Collegio Docenti ed è stato programmato nel P.O.F., ma non sempre si riscontrano l'individuazione del docente-esperto e la formazione specifica per gli insegnanti, e non sistematicamente sono predisposte attività di accoglienza per l'inserimento dei nuovi alunni stranieri e corsi di lingua italiana. Il mediatore linguistico culturale è riconosciuto dalle scuole di tutte le province figura indispensabile per i processi di comunicazione e per lo sviluppo dell'educazione interculturale ed è presente nella maggior parte degli istituti scolastici.

Considerazioni

La popolazione straniera in Italia si presenta fortemente differenziata sia per il considerevole numero di etnie presenti, che per le modalità di immigrazione, di insediamento e per la mobilità territoriale.

La distribuzione è caratterizzata da una più forte capacità di attrazione delle regioni del Nord a maggior sviluppo economico e produttivo: nelle regioni settentrionali, infatti, vive il 54% degli immigrati; il Sud con l'11% e le Isole con il 5% rappresentano spesso solo una meta provvisoria per i successivi spostamenti e sono quindi meno caratterizzate da processi di stabilizzazione. Questa distribuzione è rappresentativa della situazione degli alunni stranieri presenti nelle scuole italiane: 64% al Nord, 6% al Sud e 3% nelle Isole. Le scuole in cui si riscontra una percentuale di incidenza di alunni stranieri superiore alla media nazionale sono quelle del Nord e del Centro.

La meno elevata incidenza di alunni stranieri sulla popolazione scolastica nel Sud può essere correlata alla maggior presenza, in valori assoluti, di minori di nazionalità italiana (7). Infatti, l'andamento dei tassi di fecondità evidenzia come il modello riproduttivo presente nel Sud si differenzi rispetto a quello del Nord: numero medio di figli per donna pari a 1,5% al Sud e 1 nelle regioni settentrionali. Campania e Sicilia hanno tassi di natalità superiori alla media nazionale e una più alta percentuale di popolazione al di sotto dei 14 anni, rispettivamente del 19% e 18% rispetto al Veneto, 13%.

L'aumento dei flussi migratori e l'incremento demografico degli immigrati residenti (tasso di natalità quasi doppio rispetto a quello nazionale e una giovane struttura per età) fanno prevedere un sicuro aumento degli alunni con cittadinanza non italiana che, secondo stime (7) potrebbero incidere, con una numerosità di 300 mila-600 mila alunni, per il 4%-6% sul totale della popolazione scolastica nell'anno 2016/17.

La legislazione garantisce ai minori stranieri, anche se irregolari, pieno diritto all'istruzione scolastica. Il quadro di riferimento normativo e la programmazione scolastica tendono a valorizzare le diversità, a salvaguardare le culture di origine, a riconoscere nuove forme di convivenza. L'art. 36 della L. 40/98 recita: "la comunità scolastica accoglie le differenze

linguistiche e culturali come valore da porre a fondamento del rispetto reciproco, dello scambio tra culture e della tolleranza; a tal fine, promuove e favorisce iniziative volte all'accoglienza, alla tutela della cultura e della lingua di origine e alla realizzazione di attività interculturali comuni”.

Lo studio multicentrico sulla situazione scolastica dei minori stranieri mette a confronto la realtà di scuole inserite in diverse aree geografiche del paese sulla base di alcuni indicatori socio-demografici e di integrazione scolastica e sociale. Sono state inoltre analizzate le iniziative didattiche di tipo interculturale realizzate dalle scuole e le attività di formazione dei docenti. L'indagine ha coinvolto 21 scuole elementari e 17 scuole medie delle province di Vicenza, Novara, Modena, Roma, Napoli e Palermo e ha interessato 520 alunni stranieri. L'incidenza degli alunni di cittadinanza non italiana sulla popolazione scolastica è omogenea al quadro generale dei flussi migratori: Vicenza e Modena presentano un numero significativo di classi con una percentuale superiore al 10% di alunni stranieri. In tutte le province gli alunni presenti nelle scuole medie sono per la maggior parte nati all'estero (80%) e sono immigrati di recente; i nati in Italia sono presenti soprattutto nelle scuole elementari: a Novara 17 su 29; a Modena 61 su 112; a Palermo 13 su 29: anche il Sud è ormai da considerare “area di insediamento”.

I minori nati all'estero arrivano in Italia, nella maggioranza dei casi e in tutte le province per ricongiungimento familiare (80%). Più evidente al Sud la presenza di alunni in famiglie monoparentali formate dalla madre sola con i figli: a Napoli 9 bambini su 24, il 37%. Sono situazioni familiari particolarmente vulnerabili, a elevato rischio sociale e di marginalità.

La mobilità locale nazionale e transnazionale interessa gli alunni sia delle scuole elementari che medie di tutte le province e implica difficoltà nell'assicurare la “continuità didattica”.

I minori stranieri dovrebbero essere iscritti alla classe corrispondente all'età anagrafica (DPR 394/99 Art.45) per favorire una positiva interazione sociale e relazionale.

Il ritardo scolastico è da riferirsi nell'80% dei casi ad iscrizione iniziale non conforme all'età anagrafica nelle scuole elementari, nel 60% nelle scuole medie. Gli anni di ritardo aumentano con il progredire del livello di scolarità, in tutte le province.

Da un'indagine del Ministero della pubblica istruzione (8) è emerso, a dimostrazione del maggior disagio e del più alto rischio di esclusione scolastica e sociale degli alunni di cittadinanza non italiana, che la percentuale di promossi stranieri nell'anno scolastico 1998/99 è stata pari al 96% nelle scuole elementari e all' 86% nelle medie, rispetto al 99% e 96% degli alunni italiani.

La conoscenza della lingua italiana è generalmente adeguata, anche per l'apprendimento, sia nelle scuole elementari che nelle scuole medie. Si notano differenze nella frequenza dei corsi per l'apprendimento della seconda lingua tra le regioni del Nord e del Sud: il modello organizzativo prevalente nelle scuole elementari del Sud non prevede sostegno linguistico; molti sono i docenti, sia al Nord che al Sud che non ritengono necessari corsi per l'apprendimento della nuova lingua.

La socializzazione con i compagni è complessivamente buona, anche se elementi di conflittualità sono presenti in percentuali che variano nelle diverse aree geografiche e nei diversi ordini di scuola. Fattori culturali e comportamentali possono favorire l'integrazione e la capacità di socializzazione e di adattamento: “...più importante dell'area di provenienza appare il modo in cui l'alunno straniero interpreta e adatta la propria cultura di appartenenza in relazione a quella del paese ospitante”(8). La partecipazione ad attività socializzanti extrascolastiche è più frequente tra gli alunni delle scuole medie (50%).

Percentuali elevate di frequenza scolastica irregolare si notano al Sud. Nelle regioni meridionali l'evasione dell'obbligo scolastico è un fenomeno presente anche fra gli alunni di nazionalità italiana e deve quindi essere affrontato con strumenti di carattere generale e strutturale (3).

Sono stati rilevati quattro casi di alunni stranieri con handicap, 0,7%, dato inferiore alla media nazionale (2%).

Dall'analisi delle politiche educative messe in atto per l'integrazione degli alunni stranieri è emerso un quadro complessivamente positivo, anche se esistono differenze tra le realtà regionali. Il mediatore linguistico-culturale, previsto dal DPR 394/99 Art. 45, è riconosciuto dalle scuole di tutte le province figura indispensabile per i processi di comunicazione, di accoglienza e per lo sviluppo dell'educazione interculturale. La mediazione tra servizi educativi e famiglia deve far parte, comunque, di una politica complessiva per l'inserimento sociale del nucleo familiare.

Conclusioni

La scuola è il luogo privilegiato dell'integrazione e dell'incontro con le differenze. Gli alunni stranieri hanno modelli culturali, caratteristiche personali e percorsi di vita differenti, domande diverse che richiedono all'istituzione scolastica nuovi progetti educativi e nuove modalità di relazione sia sul piano didattico che della integrazione sociale. Saranno necessari quindi specifici programmi di ricerca e nuovi indicatori di valutazione, di osservazione e di lettura delle diverse realtà.

Bibliografia

- 1) Caritas di Roma. *Immigrazione Dossier Statistico 2001*. Roma, Anterem edizioni
- 2) Agenzia Romana per il Giubileo (a cura di). *Migrazioni: Scenari per il XXI secolo*. Roma, 2000, pp.1383-1432
- 3) CNEL. Organismo nazionale di coordinamento per le politiche di integrazione sociale degli stranieri. Sintesi dei gruppi di lavoro, Roma, 1999.
- 4) Zincone G. (a cura di), *Secondo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia - 2000*. Il Mulino, Bologna, pp.243-277
- 5) Bolaffi G., *I confini del patto. Il governo dell'immigrazione in Italia*. Einaudi, Torino, pp 95-115
- 6) Presidenza del Consiglio. *Rapporto sulla condizione dei minori in Italia, 2000*. Dipartimento per gli Affari sociali.
- 7) Ministero della pubblica istruzione. *Alunni con cittadinanza non italiana. Anno scolastico 2000-2001*
- 8) Ministero della pubblica istruzione. *Le trasformazioni della scuola nella società multiculturale. 2001*
- 9) Favaro G., *Apprendere nella migrazione. Bambini e ragazzi stranieri a scuola*. Convegno. Bambini stranieri scuola e salute -Fondazione Cariplo per le iniziative e lo studio sulla multietnicità, Milano, 5 novembre 1999
- 10) Giovannini G.(a cura di), *Allievi in classe stranieri in città*, ISMU, 1998, Franco Angeli
- 11) SMU. *Insieme a scuola*. Quaderno 7/1997

Ministero della pubblica istruzione, *La dispersione scolastica*, 1996

L'ambulatorio dedicato alle donne vittime di sfruttamento sessuale Progetto Roxana

La nostra esperienza

Nel mese di giugno 2000, secondo gli accordi previsti all'interno della convenzione stipulata dalla Associazione Eu-genia con l'Amministrazione Provinciale di Foggia e con l'Azienda Ospedaliero Universitaria, ha iniziato la sua attività l'Ambulatorio ostetrico ginecologico dedicato alle donne vittime di sfruttamento sessuale come negli intenti del Progetto ROXANA.

Tale convenzione stabilisce funzioni, competenze specifiche, modalità operative e tempi di durata.

L'ambulatorio in oggetto è stato alloggiato, grazie alla disponibilità dell'Azienda Ospedaliero Universitaria, nei locali seminterrati dell'Ospedale di Maternità (utilizzando arredi e materiali di recupero messi gentilmente a disposizione della stessa e integrati dall'Associazione Eu-genia) al fine di garantire un accesso per quanto possibile diretto e riservato ai soggetti interessati e agli operatori di strada che le accompagnano.

Dopo un iniziale programma di accoglienza in giorni prestabiliti (una mattina ed un pomeriggio a settimana come richiesto nella convenzione) si è passati, previa comunicazione agli operatori coinvolti, ad una formula più elastica: apertura fissa in una mattinata e possibilità di prestazioni su "chiamata" (che sono state sempre garantite dalle operatrici sanitarie), al fine di favorire l'accesso dei soggetti in difficoltà e la collaborazione con gli operatori della coop. "Compagni di strada" che opera sul nostro territorio in sinergia con la coop. "Xenia".

L'attività dell'ambulatorio è stata organizzata su due differenti livelli: uno finalizzato all'informazione e alla prevenzione (rientra in questo primo livello l'obiettivo minimo della riduzione del danno di cui parleremo in seguito) e l'altro agli aspetti diagnostici e terapeutici che emergono dopo i primi contatti.

Il primo livello - **informazione e prevenzione** - è stato ottenuto mediante la formulazione di una serie di opuscoli informativi curati dalla Associazione Eu-genia sui problemi di interesse immediato per le donne in oggetto (informazione circa l'esistenza del progetto e dell'ambulatorio stesso, caratteristiche e vie di trasmissione del virus HIV, utilizzo corretto del preservativo ecc.) e mediante i ripetuti e informali colloqui svolti con le utenti su molti altri temi emersi dopo i primi contatti (contraccezione, igiene, alimentazione ...)

Dopo la compilazione di una "cartella clinica", mediante colloquio con le operatrici, si prospetta alle donne utenti la possibilità di effettuare un protocollo di esami ematochimici, microbiologici e citologici studiato al fine di ottenere un primo quadro di massima sullo stato di salute e sulla presenza di alcune fra le principali affezioni tipiche della professione.

Ai fini dell'obiettivo minimo della **riduzione del danno** abbiamo affrontato, con tutte le donne che si sono rivolte al nostro ambulatorio, il tema della contraccezione orale come integrazione all'uso del profilattico (inteso più come un presidio indispensabile contro la diffusione delle malattie sessualmente trasmesse). La grande maggioranza di loro si è mostrata sensibile e recettiva. Inoltre abbiamo contribuito alla diffusione di presidi sanitari minimi (lavande esterne ad azione antibatterica, creme lubrificanti a blanda azione

protettiva, profilattici ecc.) accompagnando tutto questo ad una costante azione di informazione .

Il livello **diagnostico-terapeutico** è stato garantito attraverso il coinvolgimento di differenti specialisti e in alcuni casi si è fatto ricorso al ricovero ospedaliero per terapie mediche e chirurgiche ed anche in questi casi si è riuscite a garantire un sostegno attivo alle pazienti.

Due ragazze hanno frequentato l'ambulatorio per proteggere e seguire la loro gravidanza , una delle quali ha intrapreso un programma di protezione sociale.

L'accesso delle donne ai servizi ambulatoriali e specialistici offerti dalla Azienda Ospedaliera è stato reso possibile attraverso i seguenti passaggi:

contatto degli operatori di strada – attribuzione del codice STP alle donne soggetto che vengono accompagnate presso gli uffici ASL territoriali dagli operatori stessi con molta discrezione - accesso all'ambulatorio e colloquio preliminare – passaggio per l'ambulatorio istituito dalla Caritas presso il "Conventino" per ricevere le impegnative del SSN – passaggio dalla cassa TICKET per le procedure relative alla Autocertificazione di indigenza - definitivo accesso all'ambulatorio per iniziare l'iter secondo i criteri sopracitati.

Una considerazione scaturisce dalla osservazione di questo itinerario : la funzione del lavoro svolto dalle operatrici si può sicuramente configurare in sovrapposizione con settori di intervento precipui del SSN (dato inconfutabile come evidenziano i passaggi che abbiamo descritto precedentemente) ma appare al tempo stesso evidente come la differenziazione delle sedi operative delle ASL competenti all'assistenza e la complessità dei passaggi possano rappresentare una **barriera** che, aggiunta a quella della clandestinità e della emarginazione, può diventare **totale**, limitando di fatto l'accesso alla assistenza di queste donne solo ai casi di estrema emergenza, il ruolo, quindi, dell' ambulatorio è sempre più diventato quello di prezioso momento "facilitatore" sul piano più ampiamente sociale come poi vedremo meglio .

Questa riflessione rappresenta una base di partenza per la riorganizzazione del lavoro futuro ed è anche uno dei motivi di autovalutazione positiva riguardo al raggiungimento degli obiettivi .

Un altro importante elemento di riflessione è rappresentato , a nostro giudizio, da un obiettivo che già era presente negli intenti di partenza ma che è salito sicuramente ai primi posti delle priorità per la sua grande importanza : il valore del "**prendersi cura**" nel successivo sviluppo di una relazione che, ci auguriamo, sia finalizzata alla liberazione del soggetto dalle sue condizioni di sfruttamento.

Da questo punto di vista il lavoro svolto all'interno dell'ambulatorio ha stabilito di fatto connessioni nuove e preziose fra gli operatori di settori diversi e ha reso possibile a volte l'apertura di nuove forme di intervento.

Prendersi cura è sicuramente una formidabile testimonianza di disponibilità all'**accoglienza** della persona e proprio perché si esprime con un *linguaggio gestuale e tangibile* risulta comprensibile al di là di ogni barriera linguistica e sociale.

Se in un primo momento avevamo dato per scontato che l'ambiente - ambulatorio fosse strutturato in forma *povera* ritenendolo corrispondente alle possibilità a nostra disposizione, successivamente i nostri sforzi per renderlo accogliente nelle piccole cose (agli occhi di donne che di accogliente nella loro vita hanno visto veramente poco !) sono stati ricompensati dalla sensazione che esse si mostrassero molto contente di essere lì. Dopo un brevissimo momento di osservazione "diffidente" le ragazze appaiono, in genere, molto a

loro agio , desiderose di sostare a chiacchierare, propense a lasciarsi andare e a stabilire una evidente relazione di tipo affettivo ed “aperto”.

Purtroppo bisogna accettare il fatto che, non sempre e soprattutto *non automaticamente*, questo primo approccio sia sufficiente ad aprire una “crisi” verso prospettive di liberazione. Abbiamo attivato un numero di telefonia mobile - denominato HOSPITAL HELP - che diamo anche alle nostre “pazienti” per rendere semplice e veloce il servizio di consulenza e aiuto.

**attività dell’ambulatorio ostetrico - ginecologico
sintesi dei dati dal 01/06/2000 al30/04/2002**

DONNE ASSISTITE	Tot n° 53
NAZIONI DI PROVENIENZA	
Nigeria	“ 26
Colombia	“ 11
Rep. Domenicana	“ 3
Albania	“ 3
Moldavia	“ 3
Romania	“ 2
Ucraina	“ 2
Russia	“ 1
Kosovo	“ 1
Slovacchia	“ 1
ETA’ compresa tra i 19 ed i 42 anni	
aa 18-25	tot. n° 22
aa 26-35	“ 24
aa 36-45	“ 7
accompagnate dalla coop. Xenia	Tot n° 19
“ “ “ “ Compagni di strada	“ 21
“ “ “ da una amica che ci conosce	“ 12
“ “ “ Questura	“ 1
Donne in comunità di accoglienza	tot. n° 14

metodo contraccettivo adoperato al momento dell'accesso:

profilattico	tot. n° 29
contraccettivo orale	" 3
IUD	" 2

"positività" rilevate:

HIV	1
Hbs Ag	2
HCV Ab	1
VDRL-TPHA	6
MICETI	9
TRICOMONAS	4
NEISSERIA	1
CHLAMYDIA	3
MYCOPLASMA	18

Campagna vaccinale in favore di bambini nomadi presenti a Roma G. Baglio^o e il Gruppo Regionale Immigrazione e Salute – Area Zingari*

^o Agenzia di Sanità Pubblica Regione Lazio

* Il gruppo è formato da oltre 50 operatori delle ASL di Roma, del privato sociale e del volontariato

Introduzione

Nell'ambito di una più vasta iniziativa sul “diritto alla salute per tutti”, su proposta del GRIS (Gruppo regionale immigrazione e salute - area zingari), è in corso una campagna di vaccinazioni in favore della popolazione zingara presente a Roma.

L'iniziativa muove da alcune considerazioni epidemiologiche.

In primo luogo, i pochi dati disponibili concorrono a tratteggiare un quadro di bassa copertura vaccinale a carico della popolazione zingara.

Inoltre, le precarie condizioni di vita di questa popolazione sono in grado di determinare un maggior rischio di esiti negativi per la salute associati alla comparsa e alla diffusione di malattie prevenibili con vaccino.

Infine, la maggiore precocità delle infezioni, legata al sovraffollamento e al particolare assetto alloggiativo, costituisce un ulteriore elemento di rischio.

Sulla base di tali considerazioni, è stata avviata la campagna di vaccinazioni con il duplice intento di:

- a) ottenere in tempi rapidi una copertura adeguata a bloccare i potenziali epidemici, intervenendo sui nodi critici della circolazione delle infezioni;
- b) migliorare per il futuro l'accessibilità dei servizi da parte della popolazione zingara, instaurando un rapporto duraturo di reciproca fiducia e confidenza tra utenti e operatori, ben al di là di questa specifica iniziativa.

Aspetti metodologici e organizzativi

La campagna di vaccinazioni è rivolta ai bambini zingari di età compresa tra 0 e 14 anni, distribuiti in 34 insediamenti presenti sul territorio del Comune di Roma e stimati intorno alle 3000 unità.

L'obiettivo è quello di garantire a tutti le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate previste dal calendario vaccinale in vigore nel Lazio.

Un capillare lavoro preparatorio, che ha coinvolto attraverso il GRIS, le 5 ASL di Roma e diverse Associazioni del privato sociale e volontariato (Caritas, Arci, Capodarco, Opera Nomadi, 3 febbraio, Namastè...), con il coordinamento tecnico dell'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio e il supporto metodologico dell'Istituto Superiore di Sanità, ha consentito di acquisire in via preliminare una mappatura degli insediamenti nomadi e un primo censimento della popolazione bersaglio.

Il passo successivo è stato quello di istituire un'anagrafe vaccinale informatizzata, al fine di documentare la situazione vaccinale immediatamente precedente l'intervento e, a fine campagna, di valutarne l'impatto in termini di copertura raggiunta.

Altri momenti salienti della fase preparatoria sono stati gli incontri di formazione per gli operatori sanitari coinvolti, ad opera del Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università La

Sapienza di Roma e della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni ed in seguito direttamente dal GRIS coinvolgendo l'amministrazione comunale; e l'attività di informazione e sensibilizzazione della popolazione zingara rispetto all'importanza delle vaccinazioni e alle modalità di intervento nei campi.

Ulteriori aspetti organizzativi specifici (equipaggiamento delle ambulanze, reperimento dei vaccini, costituzione delle équipes e calendarizzazione degli interventi nei campi) sono stati affrontati dalle singole ASL competenti per territorio.

Le scelte organizzative della campagna vaccinale sono state, in ogni caso, improntate alla massima flessibilità e al massimo grado di coinvolgimento delle strutture sociosanitarie pubbliche e del privato sociale, a vario titolo già impegnate in attività di prevenzione e assistenza agli zingari.

Da un punto di vista operativo, nella maggior parte dei casi si è scelto di vaccinare i bambini direttamente nei campi, secondo le modalità dell'*offerta attiva*. Per alcuni insediamenti è stata, invece, adottata una strategia differente, di orientamento ai centri e di pianificazione di percorsi assistenziali facilitati.

Sono previste in tutto 3 settimane di vaccinazioni, la prima già trascorsa in marzo; le altre due in maggio e in ottobre.

Risultati preliminari

I dati dell'anagrafe vaccinale, relativi alla situazione precedente la prima settimana, confermano un livello di copertura complessivamente basso a carico della popolazione nomade anche se le prime rilevazioni "sul campo" ci fanno ritenere che il dato attuale descriva una situazione peggiore di quella che sia in realtà per una non completa rilevazione "sulla carta" delle dosi già somministrate.

La figura 1 riporta la percentuale di bambini non vaccinati, per classi d'età e ASL territorialmente competente. Si può notare un'ampia variabilità tra le diverse aziende e la tendenza per le età più avanzate ad avere una maggiore copertura.

Nel corso della prima settimana sono stati vaccinati oltre 1.100 bambini, con interventi di offerta attiva in 23 insediamenti e con azioni di orientamento e pianificazione dei percorsi assistenziali in altri 9 campi.

L'intervento ha visto impegnate circa 70 équipes per un totale di 124 operatori pubblici, di cui 82 medici e 42 tra infermieri e assistenti sanitari; e 58 operatori del privato sociale e volontariato (Caritas, Arci, Capodarco, Opera Nomadi e Sovrano Ordine di Malta), come riportato nella tabella 1.

L'analisi preliminare dei dati relativi al livello di copertura raggiunto dopo la prima settimana confermano un buon recupero, soprattutto a carico dei bambini più piccoli. La figura 2 riporta le differenze tra le percentuali di bambini non vaccinati prima e dopo l'intervento, per classi d'età e ASL. Si evidenzia un miglioramento più marcato per la ASL RMB, che partiva da una situazione peggiore, e per la classe 12-24 mesi.

Naturalmente, una valutazione più approfondita della situazione, insieme a un bilancio complessivo della campagna, potrà essere fatta solo a conclusione della terza settimana di vaccinazioni.

Conclusioni

Questa iniziativa che ha visto il patrocinio del Presidente della Regione Lazio, la fattiva collaborazione dell'Assessorato alla Sanità della Regione e dell'Assessorato Politiche

Sociali e Promozione della Salute del Comune di Roma, si presenta nel panorama sanitario nazionale come unica nel suo genere per attori coinvolti, risorse mobilitate e valenza innovativa in termini di Sanità Pubblica.

Peraltro, il livello di collaborazione sia in ambito istituzionale che da parte dell'associazionismo fa intravedere per il futuro la possibilità di sperimentare nuovi modelli operativi integrati "pubblico – privato sociale" per la promozione di percorsi assistenziali e preventivi particolarmente orientati alle fasce più deboli della nostra popolazione.

Figura 1 - Percentuale di bambini non vaccinati per classi d'età e ASL territorialmente competente, prima della campagna

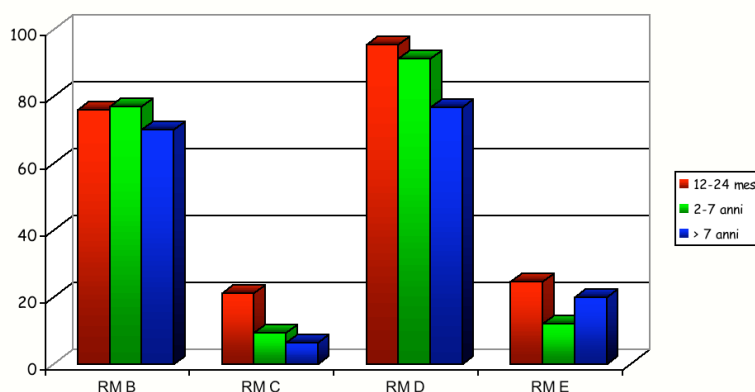


Figura 2 - Differenza tra le percentuali di bambini non vaccinati prima e dopo l'intervento, per ASL competente e classi d'età

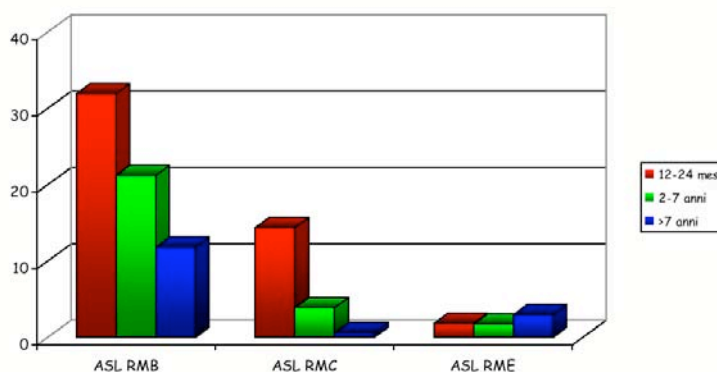


Tabella 1 – Inseidamenti presenti, numero di bambini vaccinati e di operatori impegnati nella campagna vaccinale, per ASL territorialmente competente

ASL	Inseidamenti presenti		Bambini presenti		Bambini vaccinati		Personale ASL			Operatori del Associazion
	N	%	N	%	N	% sui presenti	medico	non medico	totale	
RM A	3	9,0	75	2,6	-	-	2	-	2	2
RM B	17	51,5	1458	50,3	485	33,3	57	23	80	21
RM C	6	18,3	670	23,1	283	42,2	12	9	21	12
RM D	4	12,2	354	12,2	288	81,4	9	8	17	12
RM E	3	9,0	339	11,7	58	17,1	2	2	4	11
Totale	33	100,0	2896	100,0	1114*	38,5*	82	42	124	58

* Mancano i dati relativi alla ASL RM A.

Tra la povertà di Manila

Giacomo Vernengo

Considerazioni di un medico volontario

Per sei mesi sono stato coinvolto in un impegno di volontariato che ho svolto nelle Filippine, a Manila, una delle città più grandi del mondo, dove però esiste un altissimo tasso di poveri e quindi di necessità.

La mia è stata un'esperienza molto forte, perché mi ha dato la possibilità di valutarmi nelle ragioni che mi hanno spinto a spostarmi da un posto tranquillo e sicuro, della provincia siciliana, ad una città caotica e paradossale come Manila, dove la vita è veramente complessa e difficile.

Si intuisce subito, fin dai primi giorni, che si tratta di una società classista dove i privilegi della fascia benestante vengono pesantemente pagati da un enorme numero di persone povere, vulnerabili sotto tutti i punti di vista.

La prima cosa che risalta è la mancanza di libertà e la necessità che spinge il 60% della popolazione a trovare qualsiasi soluzione per sopravvivere.

Qui il maggiore bisogno per la situazione sanitaria riguarda i bambini. Molti bambini non hanno una nutrizione appropriata e le Filippine sono incluse fra i dieci paesi con malnutrizione infantile per bambini sotto i cinque anni. Il 10% di bambini sotto i sei mesi presenta deficienza di vitamina A, il nutriente necessario a prevenire difetti corneali e cecità notturne; 10 milioni di bambini sono in pericolo per malattie come polmonite, diarrea, meningite, dengue, morbillo, tubercolosi e bronchite.

Basandosi sulla statistica del Ministero della Salute, otto bambini su dieci sono sottopeso.

Le Filippine hanno una delle più alte incidenze di mortalità infantile sotto i cinque anni.

Nel 2000 la mortalità era di 37,6 ogni mille nati vivi. I bambini che sopravvivono saranno parte di una società destinata alla povertà.

Questo è un circolo vizioso, perché un popolo ammalato avrà difficoltà a svilupparsi ed essere produttivo.

Il 60% di 75 milioni di popolazione si trova attualmente al di sotto della soglia di povertà ed il processo di globalizzazione ha intensificato la crisi.

Naturalmente la motivazione del perché si mantenga tutto questo trova spiegazione nel fatto che tutti i servizi sociali sono privati e lo Stato è quasi assente, cosicché l'accessibilità ad educazione, salute, trasporti, ecc., è condizionata dal guadagno e dal reddito che qui è fra i più bassi del mondo.

Nel mantenimento di questo stato di cose gioca un ruolo di complicità la Cooperazione Internazionale, incapace di intervenire seriamente, e la Chiesa, molto presente numericamente, ma impegnata più nella gestione di business che in reali attività da rivolgere ai bisogni ed alle necessità. Tutto questo è palese e chiaro, anche se non si può mai generalizzare e si possono invece incontrare volontari, preti o religiosi capaci di contrariare l'affermazione precedente.

Il mio lavoro fondamentale consisteva nel fornire all'unico ospedale governativo delle Filippine una lunga serie di apparecchiature necessarie a creare le divisioni di Neonatologia e Pediatria e di dare le informazioni per poterle adoperare; inoltre mi dovevo occupare della formazione del personale medico e paramedico con corsi, incontri scientifici, fornitura di libri ed altro materiale.

Nello stesso tempo verificavo il lavoro svolto da medici e infermieri in diversi rioni ("barangay"), organizzando ambulatori rivolti ai poveri; seguivo un'attività a favore dei bambini di strada, che sono tantissimi, preda di facili traffici sessuali o di organi, tramite una "unità mobile".

A metà luglio 2000 succede la tragedia di Payatas, la frana di una montagna di immondizie che si trova nell'area urbana e che provoca 286 morti e un mai precisato numero di feriti.

Mi sono sentito in dovere di intervenire con diverse "medical missions" sul posto della tragedia, organizzando, assieme ad un gruppo locale (Salinlahi Foundation), aiuti rivolti ai bambini.

Tutto questo lavoro mi ha dato sicuramente tanta gratificazione ed energia e posso senz'altro dire di avere svolto una bella attività, anche se sono rimasto molto amareggiato dalla mancata collaborazione da parte della Cooperazione Italiana così come dalla scarsa partecipazione delle istituzioni religiose.

Naturalmente le mie sono opinioni personali, che non mi hanno portato ad allontanarmi dal volontariato, ma anzi mi hanno permesso di acquisire maggiore capacità nei progetti svolti successivamente.

E' chiaro che il volontariato può essere svolto dappertutto, ma è sicuramente prioritario nei posti in cui le necessità sono macroscopiche e pochi sono disposti ad andarci.

La mia si può definire un'esperienza sorprendente per una serie di scoperte che ho potuto effettuare o riscontrare personalmente.

La più sorprendente è come l'uovo di Colombo, cioè la risposta al perché esistano i poveri e come mai ci siano paesi definiti emergenti che ancora richiedono tanta assistenza da parte nostra.

La risposta è semplice: non è per caso, ma per volontà socio-politica; mantenere questi paesi nelle condizioni in cui si trovano vuol dire poter contare sempre su mano d'opera quasi a costo zero per i paesi occidentali o imperialistici, e tutto questo lo si nota nell'inefficacia degli aiuti umanitari che spesso sono solo apparenti.

A conclusione delle mie considerazioni, mi ritrovo piuttosto provocatorio, ma la mia è una provocazione non basata su critica sterile, bensì dettata dal desiderio fortissimo di rafforzare e rinvigorire le risorse e la professionalità investite nel volontariato e nelle attività umanitarie.

Il luogo delle origini: nascere e crescere stranieri a Reggio Emilia:
corso di preparazione alla nascita per donne arabe
M. Manghi (Pediatria AUSL RE) –P. Bevolo (psicologa AUSL RE)
C. Gemmi (ostetrica AUSL RE)

I servizi sanitari che nella AUSL di Reggio Emilia si occupano di nascita hanno sempre avuto come presupposto del loro lavoro la piena consapevolezza che una buona relazione primaria genitore-bambino sia premessa fondamentale alla futura salute psicofisica del bambino stesso; e inoltre che sia sempre più necessario offrire forme di sostegno alla genitorialità che permetta di integrare gli aspetti sanitari con quelli psicologici e sociali.

Per questo motivo i corsi di preparazione alla nascita col passare degli anni si sono arricchiti di nuove figure professionali come la pediatra e la psicologa, si sono estesi anche al coniuge, sono

Proseguiti anche nel post-partum permettendo così ai genitori di sentirsi accompagnati, tutelati e riconosciuti nelle loro iniziali difficoltà di identificazione nel ruolo genitoriale dando loro la possibilità di affrontare meglio i problemi che inevitabilmente insorgono.

Se tutto ciò è valido per le madri e i padri italiani, lo è ancor più per le madri e i padri stranieri che vivono un'esperienza totalmente sradicata dalle loro origini, dalle loro abitudini - dalla loro cultura-

Le donne straniere e i loro mariti, però, non partecipano ai corsi di preparazione alla nascita sperimentando la gravidanza in una condizione di solitudine e di isolamento sia linguistico sia culturale.

La presenza straniera a Reggio Emilia è diventato molto importante. Al 31-12-2000 si contavano 18980 residenti pari al 4,2% della popolazione.

La maggior parte dei bambini e ragazzi di età inferiore ai 19 anni nasce in Italia.

Il 98% dei neonati è nato in Italia, il numero di nati stranieri nel 2000 è stato di 520 unità su 4475 nati pari all'11%

La distribuzione per nazionalità vede al 1° posto il Marocco, poi India, Albania, Pakistan, Cina.

Ma le straniere non frequentano i corsi. Per questo motivo nel corso del 2000 e 2001, sono state realizzate due esperienze di corso di preparazione alla nascita rivolto a donne di lingua araba, con la presenza della mediatrice culturale (anche lei madre di 2 bambini di cui uno neonato)

L'obiettivo era appunto quello, attraverso un incontro fra loro in lingua, di facilitare la conoscenza e l'accesso ai servizi socio-sanitari, nonché per noi operatori l'approfondimento della conoscenza dei loro modelli culturali relativi alla nascita, al parto, all'educazione dei figli.

La progettazione dei corsi si è realizzata in collaborazione col Centro per le famiglie del Comune di Reggio Emilia che aveva il fine di far partecipare queste donne anche agli incontri del post-partum insieme alle famiglie italiane, favorendo così una loro integrazione nel contesto sociale.

Ma vedremo come questo obiettivo sia difficilmente raggiungibile. Dopo il primo corso sperimentale, il 2° è stato frequentato in modo più stabile e le donne apparivano fortemente motivate. Erano 10 donne di diversa provenienza (egiziane, marocchine, algerine e tunisine)

Prima di iniziare questo Corso è stata contattata la Presidente della Lega Islamica femminile per proporre l'esperienza: lei ha accettato di diffondere il materiale informativo e in un certo senso di legittimarci, mentre ha rifiutato di "legittimare" gli incontri del post-partum ove sicuramente sarebbero stati presenti uomini. Ma veniamo ai corsi:

Negli incontri la discussione e le domande sono state ricche e numerose.

Pur non conoscendosi prima, le donne hanno familiarizzato e c'è stato spesso un clima abbastanza intimo e di chiacchiericcio "stretto" in arabo, a volte la mediatrice si dimenticava di tradurre come se noi già sapessimo ciò di cui si parlava.

Mi ha colpito spesso la loro disposizione nella stanza, tutte vicine, raccolte a cerchio aperto e quasi a contatto fisico, gradualmente la distanza tra loro si è ridotta. Pensavo alle donne italiane che spesso usano un materasso per una, occupano tutto lo spazio della palestra ma sono molto distanti e distanziate tra loro, anche emotivamente e sul piano dei contenuti.

Sembrava esserci tra queste donne un senso di naturalità rispetto alla nascita ed al loro futuro ruolo di madri meno ambivalente che tra le donne italiane ed una solidarietà "tra donne" che rendeva più spontaneo e intimo lo scambio e la confidenza, la comunicazione.

Le domande ed i temi trattati ripercorrevano in modo abbastanza simile gli argomenti trattati nel corso con le donne italiane (dal punto di vista psicologico sonno, "vizi", pianto) anche se sembrava emergere una consapevolezza abbastanza chiara delle concrete difficoltà della crescita, una minore idealizzazione del bambino ed una maggior libertà nell'esprimere i sentimenti ambivalenti di fatica, fastidio, preoccupazione rispetto alle donne italiane.

Con loro si è proposto di immaginare una giornata col bambino a tre mesi di vita:

Ilhem

Dopo la nascita immagino un vita nuova, piena di vivacità e di stanchezza però la immagino bella, perché c'è un essere umano che ha bisogno di te. Immagino mia figlia calma, mi sveglio al mattino prima di lei per lavorare in casa e servire il marito, ma appena sento il suo pianto lascio tutto e corro da lei a darle quello di cui ha bisogno, pulirle il corpo, cambiare i vestiti e allattarla e durante ciò l'accarezzo e parlo e gioco con lei finché dorme, dopo torno ai miei lavori. Questo nei momenti tranquilli, però se le capita di aver male lascerò tutto e le starò vicina.

Sono contraria al portare il bambino sempre in braccio perché si abitua, però mi piace giocare con lei e anche portarla in braccio quando piange. Spero che dorma tutta la notte e spero che venga la mia mamma per aiutarmi la notte perché non sopporto di non dormire di notte.

Nadia

Vorrei un bimbo calmo

Vorrei un bimbo vicino a me

Spero che sia sempre con me

Spero di essere una mamma brava

Rachida (scrive in italiano)

Cosa posso immaginare su quello che sarà la mia bimba. Normale che immaginerò delle belle cose che spero siano vere.

*Ecco, penso che prima cosa mia bimba sarà una bellissima bimba, con delle belle occhi e capelli e che sarà calma, non piangi molto (spero di fondo di cuore perché mi rende nervosa sentire piangere un bambino) ma può darsi che cambiano le cose dopo e per la giornata: la mattina c'è da fare il bagno e allattare il bambino, nel corso della giornata devo trovare un momento per giocare e parlare con lei perché ho sentito che ci vuole parlare molto con i bambini.
Spero che sarò una brava mamma.*

Sana

Pensa a lungo, parla molto con le altre ma non riesce a scrivere nulla

Si leggono e si commentano insieme le loro frasi, si parla dei nomi che intendono dare ai loro bimbi. Sana dice che ha in mente un nome che le piace per il suo bimbo, Wehel, che è anche il nome di un attore, molto bello e giovane ma il consolato marocchino non consente questo nome.

Il bimbo di Nadia si chiamerà Mohamed, ha scelto suo marito; per le femmine c'è ancora qualche incertezza. I nomi sono molto evocativi, significano Fede, Speranza, Porta del Paradiso.

La ricerca del nome fa emergere la necessità di scegliere un nome che rispecchi le loro tradizioni ma allo stesso tempo si possa scrivere e pronunciare bene in italiano, che non si presti ad equivoci e storpiature. Nadia racconta l'episodio buffo di una sua amica, Assma, che veniva chiamata in ospedale "asma". Ridono su altri nomi pronunciati male ma alla fine Rachida commenta dicendo che per loro è più difficile allevare i figli perché devono sempre pensare e trovare un equilibrio per non dimenticare la loro cultura, trasmetterla ai figli e allo stesso tempo fare in modo che loro si inseriscano qui senza problemi.

Si parla anche della ripresa del lavoro, Rachida e Sana lavorano e forse dopo i primi mesi, anche per problemi economici (mutuo casa), dovranno riprendere il lavoro.

All'ultimo incontro portano tutte dolci da mangiare insieme e Rachida porta addirittura la macchina fotografica e scatta alcune foto in una atmosfera molto piacevole e cordiale.

Ci si lascia dandosi appuntamento per dopo il parto.

200 milioni di nuovi schiavi nel mondo

A. Morrone, L. Toma, G.Franco, O. Latini

(Principali caratteristiche socio-demografiche relative alla nostra casistica di donne schiavizzate)

Dal 1°Gennaio 1997 al 1°Aprile 2002 sono state registrate 3.437 prime visite effettuate su prostitute straniere.

La distribuzione percentuale dei Paesi di provenienza risulta essere la seguente: Nigeria (13,9%), Albania (13,1%), Moldavia (12,2%), Ucraina (11,0%), Bosnia (10,1%), Russia (9,0%), Romania (8,7%), Slovenia (7,8%), Polonia (5,7%), Ungheria (2,4%), Brasile (2,0%), Perù (1,3%), Colombia (1,0%); altri o informazione mancante nell'1,8% dei casi.

Nella maggior parte dei casi (98,8%) le donne da noi visitate ed intervistate con un breve questionario, somministrato o dai mediatori interpreti interculturali o dagli psicologi del nostro servizio, sono entrate in Italia in maniera clandestina o con un visto di soggiorno turistico poi scaduto e non più rinnovato.

Il 79,8% delle donne ha dichiarato di essere arrivato in Italia negli ultimi due anni e, tra queste, il 91,8% (soprattutto nigeriane ed albanesi) era cosciente del fatto che, una volta arrivate in Italia avrebbero dovuto prostituirsi per risarcire il debito contratto al momento della partenza. In questa stessa fascia di popolazione – sempre all'interno delle due nazionalità più rappresentate – si riscontra anche un cambiamento delle rispettive regioni di provenienza: le donne nigeriane e albanesi sembrano, infatti, provenire non più dai grandi centri urbani come in passato, ma da piccoli villaggi rurali dell'interno. Fatto che fa pensare ad un riadeguamento delle strategie di reclutamento da parte dei trafficanti, in quanto nelle città probabilmente il gioco comincia ad essere scoperto e pertanto può diventare troppo rischioso.

Lo stato civile delle donne trafficate, che rappresentano la stragrande maggioranza delle nostre pazienti, è quello di nubile nel 79,8% dei casi. Questa condizione, d'altronde, è quella che permette ai trafficanti di attivare con maggior facilità strategie di adescamento, di aggancio e di coinvolgimento, sia delle donne più sprovviste che di quelle più attente. La modalità di adesione al progetto di trasferimento all'estero prevede generalmente una base minima di collaborazione tra le parti interessate, negli altri casi si tratta di un vero e proprio rapimento di persone (riferito dal 9,7% delle donne da noi intervistate). Anche la collaborazione comunque si caratterizza attraverso differenti gradi di raggio e pertanto di forme variegata di dolo da parte dei trafficanti e/o protettori.

In genere sono le donne sole che possono essere raggirate con promesse matrimoniali vantaggiose all'estero, oppure con promesse di facili carriere artistiche o professionali di prestigio. A questa categoria appartengono principalmente una parte delle ragazze nigeriane e una parte di quelle albanesi, seguite a distanza dalle ragazze provenienti dall'Est e dall'America Latina. Solo una minoranza (18,9%) ha un altro stato civile, in particolare quello di sposata/convivente e in secondo luogo quello di divorziata/separata o vedova. In questa condizione si riscontrano soprattutto le donne Latino-americane, seguite da gruppi minoritari di donne provenienti dalla Polonia, dalla Russia, dalla Bosnia e dalla Slovenia.

All'interno di questi gruppi si riscontra la presenza di figli, in parte soggiornanti in Italia e in parte rimasti nel paese di origine. La presenza dei figli è motivo di forte preoccupazione per le donne, in quanto possono divenire oggetto di ricatto da parte dei trafficanti. La pratica del ricongiungimento familiare per vie ufficiali non è compatibile con la professione svolta, per attivarla servono, infatti, un contratto di lavoro e la possibilità di comprovare l'ammontare del reddito percepito, nonché un domicilio abituale e una determinata metratura dell'abitazione.

Questa ulteriore complicazione spinge le interessate verso soluzioni di ricongiungimento attraverso l'utilizzazione di strade irregolari, aumentando in tal maniera il grado di soggezione con i trafficanti e i "protettori" in quanto cresce la dipendenza economica.

Per quanto riguarda l'età delle donne si riscontrano variazioni evidenti a secondo della nazionalità di appartenenza. Mediamente le più giovani - al primo ingresso - sono quelle che appartengono al gruppo albanese e a quello nigeriano. La classe di età maggiormente rappresentata all'interno di questi due gruppi è quella minorile (14-18), con la presenza, comunque, anche della classe 19-24 e in misura alquanto marginale quelle superiori. Al contrario per le donne provenienti dall'Europa dell'Est l'età è generalmente più alta (24-30), come anche quella delle donne Latino-americane.

Per definire il grado di scolarizzazione abbiamo usato indicatori indiretti basati sul numero di anni di frequenza e su altre variabili rapportabili al sistema italiano. Dalle informazioni acquisite emergono delle corrispondenze con le donne immigrate più in generale, sia per quanto concerne i livelli di scolarizzazione in rapporto alle nazionalità di origine, sia per quanto riguarda altre variabili come l'età e l'area di provenienza urbana o rurale. In generale si riscontra la presenza di donne che hanno frequentato - mediamente - almeno dieci anni di scuola; numero di anni che corrisponde, in base al "modello" italiano, ad un titolo di studio conseguito di tipo medio-basso: vale a dire una licenza media inferiore con l'aggiunta di una frequenza biennale di una scuola media superiore (ad esempio, un Liceo).

Questo sta a significare che a fianco ad alcune donne che non hanno frequentato nessuna scuola, ce ne sono delle altre che al contrario l'hanno frequentata anche a vari livelli di complessità e grado.

La maggior parte delle donne (76,7%) da noi esaminate ha frequentato le scuole fino all'ottavo anno (corrispondente al conseguimento del titolo di Terza media), seguita da quella caratterizzata da frequenze che arrivano fino al tredicesimo anno (corrispondente al conseguimento di un diploma liceale).

Alle due estremità si posizionano le componenti che non hanno mai frequentato nessuna scuola e quelle, al contrario, che hanno conseguito diplomi di laurea e, in rari casi, anche diplomi di specializzazione. Queste tipologie di donne si riscontrano trasversalmente all'interno delle differenti nazionalità, con una incidenza ovviamente differente all'interno di ciascuna di esse.

In relazione ai gruppi nazionali più rappresentati, si riscontra:

- **a.** per quanto riguarda il gruppo nigeriano c'è una significativa presenza di donne non scolarizzate, ovvero che non hanno frequentato nessuna scuola; in particolare quelle arrivate negli ultimi due anni dalle aree agricole-rurali del Sud (ad esempio, Benin city, Warry e villaggi come Calabar e Yoruba) e del Nord Est (ad esempio, l'area di Makurdi e Yola) in età compresa tra i 15-20 anni. Mentre tra quelle arrivate nei primi anni Novanta - in particolare da Lagos e da Ibadan - si registrano donne scolarizzate a differenti livelli, con preponderanza per quelli medio-bassi;

- **b.** per quanto riguarda il gruppo albanese si registra la presenza di giovani donne con livelli di scolarizzazione medio-alti (specialmente per le più grandi, cioè quelle che superano attualmente i 20-22 anni) e addirittura alti (cioè in possesso di laurea) per quelle ancora più grandi (25-27 ed oltre). Anche in questo caso la provenienza dalle grandi città o dalle aree rurali influisce sui livelli di scolarizzazione. Infatti, nelle prime ondate di donne albanesi provenienti da Tirana, Durazzo e Valona (ovvero dalle città costiere), la presenza di scolarizzate era piuttosto diffusa e in possesso di titoli di studio anche medio-alti; mentre nelle ondate successive si registrano delle flessioni in relazione ai livelli di scolarità delle interessate, per la provenienza dai paesi e dai villaggi dell'entroterra (ad esempio, di Fier, di Berati e di Bulkize);

- **c.** per quanto riguarda i gruppi latino-americani e quelli dell'Est europeo si registrano alcune inattese similitudini, sia per le fasce di età che per la provenienza urbana delle interessate, ed anche per un maggior grado di autonomia che esprimono nell'esercizio della professione. Nel gruppo latino-americano si riscontra la più alta percentuale di donne che non esercitano la professione in strada. I titoli di studio si attestano mediamente su livelli medio-alti (con presenze di laureate); fanno eccezione le peruviane, nel senso che si registrano anche presenze significative con scarsi livelli di scolarizzazione, specialmente tra le ultime arrivate.

Relativamente alla posizione lavorativa che le donne avevano nel paese di origine le informazioni acquisite non sono sufficienti a delineare profili adeguati. Emergono tuttavia alcuni profili differenti a seconda della provenienza, ad esempio: braccianti agricole tra le Nigeriane o le Albanesi oppure insegnanti ed operaie tra le donne dell'Est in generale o artigiane (sarte) e cameriere di ristoranti tra le Colombiane.

Si registrano inoltre ex studentesse (specialmente tra le albanesi, le bosniache e le slovene) tra le più giovani e nubili, nonché casalinghe tra le donne divorziate, separate o vedove; pochi sono i casi registrati di donne che già si prostituivano nel paese di origine, mentre si rilevano casi di donne che lavoravano nei night, nei bar notturni e nelle discoteche delle grandi città.

Il profilattico viene usato sempre con regolarità sul lavoro dal 91,4% delle donne da noi intervistate; le stesse però dichiarano di utilizzarlo raramente o quasi mai con il loro partner abituale anche durante i primi sei mesi del rapporto di coppia. L'8,6% delle donne che hanno dichiarato di non aver sempre utilizzato il "condom" provengono prevalentemente dall'Africa, seguite a notevole distanza da quelle provenienti dall'Europa dell'Est.

Black is beautiful?
A proposito di ocronosi esogena
A. Morrone, G. Franco, L. M. Muscardin

Servizio di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale

Istituto San Gallicano-IRCCS - Roma

L'ocronosi o alcaptonuria è una malattia autosomica recessiva causata dall'assenza dell'ossidasi dell'acido omogentisico, che porta all'accumulo di questa sostanza e al suo legame alle fibrille collagene. La diagnosi può essere posta a uno stadio abbastanza precoce per la presenza di urine scure sui pannolini ma frequentemente i sintomi non sono evidenti fino alla terza o quarta decade quando viene posta clinicamente o con test urinari. In assenza di segni clinici di alcaptonuria, si può porre diagnosi di ocronosi esogena.

Nelle persone di cute scura è molto frequente il ricorso all'utilizzo di prodotti depigmentanti, nel tentativo di schiarire il colorito della cute, a scopi cosmetici. Abbastanza spesso, però, l'utilizzo di queste sostanze conduce a una condizione opposta, con l'insorgenza di pigmentazione brunastra nella sede di applicazione, soprattutto se tali prodotti vengono usati quotidianamente e per lunghi periodi.

Gli Autori descrivono due casi di iperpigmentazione a livello del volto che, all'indagine istologica, ha rivelato la sua natura di ocronosi esogena. L'anamnesi ha rivelato che in entrambi i casi, le pazienti erano solite applicare da molto tempo e per lunghi periodi prodotti cosmetici a base di idrochinone. I casi appaiono interessanti non soltanto per ragioni dermatologiche ma anche per ragioni culturali, in quanto ancora oggi, soprattutto per le persone che provengono dai Paesi dell'Africa, rendere la pelle più "chiara" significa renderla più "bella".

Bibliografia

- 1) KRAMER K.E. ET AL. *EXOGENOUS OCHRONOSIS*, J AM ACAD DERMATOL, 2000, 42, 869-71
- 2) van offel jf, declerck ls, francx lm, stevens wj. *the clinical manifestations of ochronosis: a review*. acta clin belg 1995;50:358-62.
- 3) SNIDER F.L., THIERS B.H., *EXOGENOUS OCHRONOSIS*, J AM ACAD DERMATOL.,1993,28,662-4

Use of condom by immigrate prostitutes and their clients

L. Toma, A. Morrone, G. Franco, O. Latini, P. D'Amico

Introduction: Assessment of behaviour at risk from HIV-infection and other Sexually Transmitted Diseases (STD) in high risk subjects, such as prostitutes and their clients is the first significant step for targeted and successful prevention measures.

Methods: Between December 2000 and December 2001, 203 individuals were observed in the Department for Preventive Medicine of Migration at San Gallicano Hospital, Rome, Italy. All interviewed subjects lived in Rome metropolitan area and had come to medical examination for dermatological diseases or related problems. Data on social and demographic characteristics, knowledge of HIV infection, sexual history, medical examination and HIV status were collected and analysed by standard statistical methods after obtaining informed consent by all subjects.

Results: 108 female sex workers (FSW) were interviewed, 90% of which from Africa and eastern-Europe, and 95 clients from different countries. Knowledge about AIDS causes and HIV transmission ways was lower among clients than among prostitutes and condom use was reportedly less common among older (>50 years) than younger clients. Besides, clients tend to use condom less frequently than prostitutes would suggest. Overall HIV seroprevalence was 25% (95% CI: 17%-33%) among FSW and 2,5% (95% CI: 1,5%-3,5%) among clients and not statistically significant differences were observed of HIV seroprevalence among clients over 50 compared to the others. On the contrary, HIV seroprevalence among prostitutes who declared more than 5 partners per week was higher compared to prostitutes who declared less than 5 partners.

Conclusions: Our results support the view that prevention measures targeted at female sex workers and their clients should be more specifically strengthened and that concerted efforts should be made to intensify condom promotion, distribution, and social marketing. Moreover particular attention should be given to improve access to STD services that provide treatment and counselling for female sex workers, especially if immigrate and illegal.

Dhat syndrome: analisi di alcuni casi clinici

(A.Morrone, L.Nosotti, M.C.Tumiati, P.Cianconi, F.Casadei, G.Franco)

S.C. di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale –
Istituto San Gallicano (IRCCS) - Roma

Introduzione

Il termine “Dhat sindrome”, coniato da Wig nel 1960, descrive una sindrome culture-bound diffusa nel Subcontinente indiano e collegato alla teoria induista secondo la quale il liquido seminale rappresenterebbe un fluido ricco di forza la cui perdita condurrebbe a un depauperamento delle energie fisiche e psichiche dell'individuo. Questa condizione è caratterizzata da una profonda ansia legata alla perdita di liquido seminale con eiaculazioni o polluzioni.

Casi clinici

Nel periodo compreso tra gennaio 2000 e dicembre 2001 sono stati sottoposti a visita medica ed etnopsichiatrica 18 pazienti maschi provenienti dal Subcontinente indiano (12 dal Bangladesh, di età compresa tra 20 e 33 anni, che presentavano aspetti clinici compatibili con la “Dhat sindrome”.

Discussione

Per sindrome “culture-bound” s'intende un'entità psicopatologica che ha una prevalenza geograficamente definita ed è determinata dalle credenze e dai paradigmi di un'area culturale specifica. La sintomatologia clinica spesso mima una prostatite, un'uretrite aspecifica, un'epididimite, con negatività all'esame microbiologico. I pazienti lamentano inoltre ansia, sensazione di malessere, bruciore e talora tremori.

Conclusioni

La maggior parte degli studi clinici ha indagato la fenomenologia della “Dhat sindrome” nella popolazione residente nei paesi d'origine. Anche in Italia è ormai sempre più frequente l'osservazione di tale patologia nei pazienti immigrati. E' molto importante un approccio multidisciplinare confortato dall'attività di mediatori linguistico-culturali.

Bibliografia

Bhatia MS, *An analysis of 60 culture bound syndromes*, Indian J Med Sci, 1999,apr; 53 (4): 149-52.

La mediazione culturale come strategia di relazione

R.Costantino, B. Pinelli

Premessa

I movimenti e gli spostamenti di persone e di gruppi di persone, hanno avvicinato le differenti storie di vita e le diversità culturali, dando così origine a quella che oggi chiamiamo società multiculturale. E' il migrare degli individui a dare una nuova forma all'assetto mondiale, ad accostare gli universi e gli orientamenti, ad avvicinare le culture e a differenziarle: sono questi contatti, diretti o indiretti, che chiedono attenzione, per interpretare le culture oggi e per comprendere in quali modalità va pensata la convivenza fra identità culturali distinte.

Lo spostamento degli individui e dei gruppi etnici, e degli immaginari collettivi hanno aumentato i contatti culturali, creando nuove convivenze in cui ricercare strategie di interazione e forme di comunicazione reciproca da definire e rivedere di volta in volta, in rapporto alla mutevolezza delle identità e delle culture: questi continui spostamenti hanno moltiplicato e velocizzato l'incontro con l'alterità, e con le sue rappresentazioni, aumentando non solo le possibilità dell'incontro e dello scambio, ma accelerando i tempi delle acculturazioni. E' proprio il mutamento e la velocità con cui esso avviene a divenire il paradigma obbligatorio di lettura e di comprensione delle realtà sociali, familiari, organizzative: sono i processi di scomposizione dei codici e dei valori, e le successive ricomposizioni, i processi di divergenza e convergenza che trasformano soggetti e relazioni, creano conflitti, tensioni, spazi per nuove forme di comunicazione e di connessione, e, al tempo stesso, entità incomunicanti, nuove differenziazioni e resistenze ai cambiamenti.

La mediazione culturale

La *mediazione culturale* ha il compito di gestire la complessa relazione fra stranieri e autoctoni: non deve occuparsi solo dello straniero o dell'autoctono bensì delle relazioni fra i due: la migrazione, infatti, cambia ospiti e ospitanti, tramutando ogni cultura in una cultura della diaspora, rompendo i modelli monolitici di inculturazione e di trasmissione culturale, e formando le identità in uno spazio di acculturazione. È di queste identità che la mediazione culturale deve occuparsi, mutevoli nel tempo e nello spazio, sia che siano quelle di migranti, che quelle degli autoctoni, è la relazione, che modifica entrambi, a costituirne l'oggetto.

L'obiettivo del processo di mediazione, quindi, è l'individuazione di un canale comunicativo che non si è mai aperto o che si è bloccato, affinché sia possibile superare la paura del cambiamento e il meccanismo di difesa che blocca l'incontro e lo scontro, la conoscenza e la comprensione dell'altro.

La mediazione è allora la ricerca di spazi e terreni comuni, in cui parlarsi, ascoltarsi, conoscersi, affinché ciò che l'altro già pensa sia ESPLICITATO, ABBIA LO spazio e l'occasione per emergere, per fuoriuscire; spesso è proprio l'ignoranza nei confronti dell'altro ad impedirne la conoscenza.

La Mediazione indica allora non tanto la negazione della dimensione conflittuale che la relazione con l'altro da sé comporta, ma l'accettazione di più sfaccettature e di una realtà pluriprospettica.

Il mediatore Culturale

La figura del mediatore culturale nasce, quindi, come risposta ai bisogni e alle esigenze degli operatori dei servizi e dei migranti che nei primi anni novanta iniziano ad arrivare nel nostro paese, al fine di facilitare l'incontro e la relazione fra individui appartenenti a minoranze etniche e autoctoni.

La figura professionale del mediatore, nei suoi diversi appellativi, linguistico, sociale e culturale, si realizza sull'esempio delle *femmes relais* che già agivano in Francia sul finire degli anni '80 inizio '90 e che, in maniera non professionale ed improvvisata, svolgevano una funzione principalmente di interpretariato e di accompagnamento nel rapporto fra donne immigrate e servizi sociosanitari.

Si tratta inizialmente di un'espressione di un'emergenza, priva di un rigore formativo e di un fondamento disciplinare. E' la normativa contenuta nella legge 6 marzo 1998, n. 40 (Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizioni di straniero legge 6 marzo del 1998, n.40) che introduce e riconosce per la prima volta la figura del mediatore culturale, "al fine di agevolare relazioni e rapporti fra culture, agendo nel rispetto delle diversità e rendendo al contempo accessibili ai nuovi cittadini servizi e opportunità".

In realtà la normativa non contiene alcun riferimento specifico rispetto la definizione di *mediatore interculturale*, l'iter professionale qualificante e la forma applicativa di questa figura; solo Piemonte Toscana e Lazio in Italia riconoscono questa figura.

Il gruppo di lavoro "Formazione ed Impiego dei Mediatori Culturali" del CNEL, individua come finalità dei processi di mediazione culturale la rimozione degli ostacoli culturali che impediscono la comunicazione fra servizi/istituzioni e utenza straniera, il miglioramento della qualità e l'adeguamento delle prestazioni offerte, la promozione di attività di sostegno alle situazioni di conflitto fra le comunità straniere e i gli autoctoni, individuazione di opportunità e percorsi per la prevenzione e il superamento del conflitto.

Al mediatore professionale, si richiedono conoscenze specifiche, determinati requisiti che vanno al di là dell'essere "solo" straniero, competenze nell'area della comunicazione, della psicologia, dell'area antropologica, sociologica e giuridica; si richiedono, anche, una deontologia e una responsabilità professionale, che lo rendano consapevole degli errori e dei rischi che la sua presenza può scatenare.

La pratica della mediazione è allora un processo complesso, che inizia con l'individuare nel mediatore culturale una figura utile da un punto di vista istituzionale, culturale e sociale. Ad esso si chiede di avviare un percorso di integrazione culturale.

Essere mediatore in una relazione interculturale significa operare una traduzione di culture, che, nell'accettazione della non piena e totale comprensione, renda visibili le rispettive diversità; significa individuare uno spazio di collegamento, avvicinare le due identità, i due modi di percepire il mondo. La mediazione di cui si sta trattando ha come suoi interlocutori e destinatari, attori sociali che appartengono rispettivamente ad una cultura minoritaria e ad una cultura maggioritaria; è all'interno di questo spazio che si chiede al mediatore di intervenire, affinché, trasformando la relazione in un rapporto triadico, nel rispetto della regola della non sostituzione delle parti, divenga un agente attivo della comunicazione, in cui confluiscono entrambi i sistemi culturali di riferimento, al fine di farli transitare fra le

soggettività coinvolte nella relazione, e di renderli a loro comprensibili. Significa essere in grado di creare uno spazio di comunicazione, e di successiva negoziazione, in cui far convergere i diversi orientamenti, i valori che guidano atteggiamenti, comportamenti, resistenze e aspettative delle rispettive identità culturali, nella possibilità di passare da un piano di divergenza ad uno di convergenza.

A questa complessa attività si riferisce il ruolo del mediatore socioculturale: nel supportare le identità in un processo di reciproco riconoscimento, affinché l'altro da sé sia collocato all'interno di una rete di significati e connessioni, e sia percepito come portatore di una sua storicità, di un percorso esistenziale, e di strumenti con cui negoziare le parti del sé, metterle in relazione, apprendere nuove strutture e nuove connessioni.

Da un punto di vista pratico, è importante tener presente che chi forma gli agenti della mediazione culturale, deve far propria la convinzione che il loro operato e le loro funzioni cambiano in relazione al tempo storico e al tempo delle migrazioni, del ciclo generazionale in cui è collocato il processo migratorio; cambiano in funzione dello spazio sociale e della specificità del territorio; infine rispetto allo straniero, alle diverse storie di vita, alle comunità di appartenenza, all'età, all'identità di genere, al bisogno e al disagio che esso esprime.

Un altro aspetto importante riguarda le aspettative che si hanno nei confronti del mediatore socioculturale: è sicuramente da considerarsi riduttivo e semplicistico far coincidere l'attività di mediazione con l'agevolazione all'accesso e all'erogazione ad un servizio; ma, allo stesso modo, e sul versante opposto, il mediatore non è da confondere con un esperto di intercultura a tutti i livelli, e non è l'unico agente delle politiche rivolte all'immigrazione. Considerarlo un attore sociale importante per accelerare e facilitare i processi di contatto, quindi di trasformazione sociale, non significa delegare ad esso l'intera responsabilità della costruzione di nuove forme di cittadinanza e di comunicazione fra le identità etnico – culturali abitanti gli stessi territori. Questo per due ordini di motivi: in primo luogo affinché il processo di convivenza interculturale, e le riflessioni che lo accompagnano, sia effettivamente un progetto di compartecipazione e di co-costruzione, deve impegnare tutti gli attori sociali, i gruppi culturali, le istituzioni, le politiche educative, formative, sociali in genere. in secondo luogo il mediatore non può supplire le parti interagenti, occuparne i ruoli comunicativi, deve, invece, costituire uno stimolo al movimento e alla negoziazione, alla reciproca scoperta; non può, inoltre, sostituirsi a seconda degli ambiti relazionali, all'insegnante, al medico, all'operatore sociale in genere: il processo di deresponsabilizzazione e i meccanismi di delega, insieme alla tendenza all'autoreferenzialità, sono fra i rischi e i pericoli in cui può incorrere la figura del mediatore.

Chi è un Mediatore Culturale? è una figura "ponte" che funge da traduttore, oltre che linguistico, anche della cultura di appartenenza dello straniero, intesa come complesso delle consuetudini, abitudini, modelli educativi e comportamentali, norme sociali e religiose. Ha il compito di facilitare la comunicazione e la comprensione, sia a livello linguistico che culturale, tra l'utente di un'etnia minoritaria e l'operatore di un servizio, ponendosi in modo neutrale ed equidistante tra le parti interessate.

Ambiti d'azione del Mediatore culturale

Il mediatore deve favorire gli scambi culturali tra autoctoni (nel ns. caso italiani) e stranieri fornendo un servizio in uno dei seguenti ambiti:

- Ambito giuridico: conoscenze relative alla legislazione statale e regionale in materia di immigrazione ed all'acquisizione di capacità di supportare gli utenti nei loro rapporti con le istituzioni giudiziarie e amministrative.
- Ambito della formazione, orientamento e informazione professionale: competenze necessarie a guidare l'utente straniero nell'ingresso nel mondo del lavoro o nella mobilità professionale.
- Ambito educativo: conoscenza del sistema scolastico italiano nella normativa, nella programmazione e nell'organizzazione della didattica; capacità di agevolare la comunicazione e la relazione nella classe e con l'insegnante, capacità di mettere in relazione famiglie immigrate con i docenti e con l'istituzione scuola, e di rendere partecipi i genitori stranieri al processo educativo dei figli.
- Ambito Socio-Sanitario: competenze necessarie ad affiancare il personale dei servizi sociali e sanitari sia nella pianificazione d'interventi rivolti ai gruppi target che nel facilitarne le relazioni nel gestire colloqui informativi con cittadini immigrati; competenze necessarie alla guida e all'orientamento verso il servizio adeguato alle esigenze espresse o implicitamente manifestate.

Le funzioni di un Mediatore:

- Funzione orientativa e informativa: essere di supporto ai migranti nelle scelte che li riguardano. Spesso il funzionamento dei servizi, i percorsi burocratici, il sistema scolastico, sanitario, giuridico sono differenti rispetto a quelli della cultura di appartenenza; è uno dei compiti del mediatore indirizzare lo straniero, preoccuparsi di rendere conoscibili, quindi accessibili, i servizi e le opportunità formative, educative, sociali, sanitarie, etc.
- Funzione progettuale: la presenza del mediatore deve permettere l'avvicinamento delle comunità minoritarie ai servizi e agli spazi sociali, e allo stesso tempo l'avvicinamento dei nativi alle comunità di migranti. Uno dei suoi compiti principali è proprio quello di contribuire alla progettazione di spazi di mediazione, alla ricerca di luoghi, di incontri in cui coinvolgere comunità di migranti e gruppi di autoctoni; è la ricerca di spazi di frontiera, in cui creare occasioni di scambio e di conoscenza reciproca.
- Funzione di programmazione e riorganizzazione dei servizi: significa favorire i rapporti con le comunità straniere per mettere al corrente i servizi dei bisogni dei migranti, affinché sia possibile una riorganizzazione dei servizi, in funzione anche delle loro esigenze e nel rispetto della loro culture.
- Funzione di formazione e di educazione degli operatori: è necessario formare gli operatori dei servizi, medici, insegnanti, verso competenze di approccio interculturale, affinché essi stessi divengano mediatori di culture.

Cosa si chiede in sostanza al mediatore di culture?

- La capacità di osservare due identità in relazione, lo spazio della loro interazione o non – interazione e di intervenire laddove il conflitto anziché essere produttivo e costituire una dimensione trasformativa dell'identità, attiva atteggiamenti difensivi e di persistenza dinanzi al cambiamento, bloccando la negoziazione e la comunicazione.

- La capacità di mettere in relazione due individui culturalmente distanti, implica da parte del mediatore uno sforzo precedente: la rappacificazione dei rapporti con la propria cultura di origine, la capacità di relativizzarla, affinché essa non sia assunta come sistema di riferimento assoluto; contemporaneamente la conoscenza della cultura autoctona, e l'accettazione di essa come sistema rappresentativo valido altrettanto quanto il proprio.

QUALI SONO I REQUISITI RICHIESTI AD UN MEDIATORE?:

1. Stranieri di lingua madre (preferibilmente delle etnie maggiormente presenti sul territorio) regolarmente presenti in Italia o persone italiane o di altra nazionalità che hanno vissuto per un lungo periodo in uno dei paesi per cui si attesta la competenza di mediatore.
2. Diploma di scuola media superiore o titolo equipollente.
3. Attestati di frequenza di corsi specifici per mediatori linguistico-culturali rilasciati preferibilmente da enti pubblici della durata di almeno 450 ore o Attestato di Qualifica Professionale.
4. Buone conoscenze linguistiche orali e scritte sia nella lingua madre che nella lingua italiana

TITOLI PREFERENZIALI:

1. Comprovata esperienza di almeno un anno in uno degli ambiti di intervento (legale-giudiziario, socio-sanitario, scolastico-educativo, orientamento al lavoro).
2. Buona conoscenza scritta e parlata di una seconda lingua europea
3. Esperienze lavorative significative sul piano organizzativo
4. Buone conoscenze degli strumenti tecnico-informatici

Il mediatore socioculturale in ambito socio sanitario

Con il Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e le norme sulla condizione dello straniero (D. Lgs. 286/98) l'Italia ha riordinato l'insieme delle norme che regolano la presenza di cittadini non-comunitari sul territorio nazionale.

Il T.U. stabilisce che l'utente straniero ha diritto alle prestazioni sanitarie, a parità di trattamento e a piena uguaglianza di diritti e di doveri rispetto ai cittadini italiani.

Va sottolineato come con la nuova normativa per la prima volta in Italia introduce e riconosce la figura del mediatore culturale "al fine di agevolare i rapporti tra le singole amministrazioni e gli stranieri appartenenti ai diversi gruppi etnici, nazionali, linguistici e religiosi" (art. 42, c. 1, lett.D).

Da ciò si evince che non è la riflessione sui diritti ad essere carente, ma la strategia applicativa, cioè la focalizzazione di modalità, strategie con cui rendere accessibili questi diritti, con cui raggiungere lo straniero che abita e vive questi territori, e che, in quanto individuo, è titolare di diritti fondamentali, quali il diritto alla salute.

Come agire, allora, affinché i servizi sanitari possano divenire uno spazio di mediazione e di trasformazione effettivo, e di quali riflessioni e strumenti occorre appropriarsi per rendere il diritto alla salute e all'educazione sanitaria, un diritto accessibile a tutti, in cui l'uguaglianza delle opportunità si combini con il rispetto della differenza?

Con quali modalità e strategie allora il sistema sanitario può essere aperto a tutti? L'interrogativo va posto sul "cosa e come" migliorare, affinché il sistema sanitario faccia proprio il diritto all'uguaglianza nei trattamenti e nell'accesso. Una di queste strategie è rappresentata dalla presenza del mediatore linguistico e culturale nei servizi; discutere della

sua presenza nel contesto organizzativo e della sua utilità, significa individuare le modalità attraverso cui esso può contribuire al raggiungimento degli obiettivi.

Dinanzi all'aumentare delle migrazioni, alla presenza sempre più costante di uomini, donne e bambini stranieri nel nostro paese i Servizi Sociali e Sanitari giocano un ruolo di fondamentale importanza nel quotidiano di queste persone.

Il mediatore che si pone come risorsa strategica per il cambiamento e la trasformazione, si colloca all'interno di questa duplice esigenza: essere un supporto per i professionisti, e rendere produttiva la situazione multiculturale; contribuendo cioè all'individuazione di strategie, circuiti, canali di relazioni e nello stesso tempo è uno spazio di mobilità e di flessibilità cognitiva per gli autoctoni e gli stranieri.

Il mediatore allora deve avere sempre presenti le due culture, i due sistemi simbolici di riferimento, che non solo entrano a contatto fra loro nelle relazioni fra italiani e stranieri, ma che a livello intrapersonale sono interiorizzate entrambe e vissute spesso con conflittualità dal migrante. Al mediatore che opera nel sistema socio-sanitario, dunque si chiede di avere sempre presente questo orizzonte di senso, agendo su due fronti: rispetto all'organizzazione per cui presta servizio e rispetto allo straniero.

Il mediatore linguistico e culturale rappresenta infatti una strategia per rendere reale l'approccio interculturale: la sua presenza vuole essere uno strumento valorizzante le diversità, e costituire uno spazio di negoziazione privilegiato, in cui saperi, patrimoni, abitudini culturali siano considerati una ricchezza che apre alla trasformazione e al cambiamento.

Le principali funzioni all'interno del servizio:

- orientare, avvicinare, coinvolgere i migranti ai servizi sociali e sanitari, informandoli sul funzionamento, sull'organizzazione burocratica e istituzionale, sui ruoli e le funzioni svolte dalla figure professionali che lavorano presso le diverse strutture; esplicitando i doveri e le regole da rispettare e insieme i diritti di cui possono godere,
- contribuire all'attività dei professionisti senza sostituirli, ma supportandoli nel rispetto della deontologia e del ruolo professionale; deve soprattutto partecipare ad implementare l'investimento sulla formazione degli operatori, fornendo ad essi strumenti affinché siano sempre più portati al rapporto con l'alterità culturale e sappiano a loro volta rendere produttiva la situazione multiculturale.

Cenni sul fenomeno migratorio a Bologna

A fine dicembre 2000 i cittadini iscritti all'anagrafe erano 16.190 di cui il 90% non comunitari. L'incidenza della popolazione straniera sul totale dei residenti è salita al 4.3% rispetto al 1999 che era del 3.8%. E' aumentata la presenza delle donne dovuta al progressivo ricongiungimento dei nuclei familiari e parallelamente è cresciuto il numero dei nati. Nel corso del 1999 sono nati 226 bambini che rappresentano l'8.4% del totale dei nati a Bologna. D'altra parte l'anagrafe ha registrato 2.665 minori stranieri che rappresentano il 6.2% della popolazione residente complessiva fino ai 18 anni.

Per quanto riguarda la nazionalità è rappresentata per l'11% da cittadini della UE e il 30% dalle aree vicine quali i Balcani e il Nord Africa. Per quanto riguarda la nazionalità si registrano tra i gruppi più numerosi , 1.928 marocchini, 1748 filippini e 1.155 cinesi. Superano le 500 presenze anche gli albanesi (685) gli jugoslavi (661) i tunisini (598) i bengalesi (576) i cingalesi (552) e i pakistani (519).

Impatto del fenomeno migratorio

Il territorio di Bologna appare oggi come una delle aree di maggiore densità del fenomeno immigratorio, e nelle quali esso - soprattutto nell'ultimo decennio- evidenzia con chiarezza le dinamiche alle quali si è accennato in premessa.

La presenza di cittadini stranieri è qui oramai un dato che nel corso degli anni '80 si è decisamente consolidato. Dopo le migrazioni degli esuli politici registrate nel corso degli anni '70 e i primi arrivi di immigrati stranieri nel settore del lavoro domestico nei primi anni '80, le carenze di offerta su specifici segmenti del mercato del lavoro hanno attivato flussi di manodopera che nel corso del decennio hanno portato ad insediarsi a Bologna oltre 15.000 cittadini stranieri.

Tale arrivo improvviso e le caratteristiche dei primi flussi migratori - maschi soli, con progetto migratorio di breve periodo, insediati per lo più nel capoluogo- hanno allora determinato l'attivazione di politiche di emergenza, fondate essenzialmente sulla prima accoglienza informativa ed abitativa.

Nel corso del quindicennio, però, le caratteristiche dei flussi di immigrazione si sono modificate. In particolare, secondo le dinamiche sottolineate sopra, sono cresciute le fasce di popolazione straniera che hanno elaborato strategie migratorie di medio e lungo periodo, ha iniziato a riequilibrarsi la composizione per sesso nella popolazione straniera con l'aumento della presenza femminile, hanno iniziato a consolidarsi i nuclei familiari e sono aumentati i minori. Contemporaneamente i cittadini stranieri, in particolar modo i nuclei familiari, hanno incominciato a spostarsi dal capoluogo verso gli altri comuni della provincia, aree con maggiori disponibilità di alloggio e di lavoro.

Si è dunque fatta sempre più pressante ed evidente l'esigenza degli enti locali di dotarsi di strumenti d'intervento nuovi, adeguato alla accresciuta complessità delle problematiche sviluppatasi oltre la fase emergenziale della "prima accoglienza", e capace di attivare politiche "globali" per l'integrazione, indirizzate a tutte le fasce di popolazione straniera.

La novità e la rapidità con la quale la città di Bologna ha dovuto affrontare la crescente presenza dei cittadini immigrati nel proprio territorio ha inevitabilmente portato ad una prima fase di risposta dettata dall'emergenza e solo da pochi anni si stanno predisponendo strategie intersettoriali per predisporre servizi calibrati sulla nuova domanda. Il problema di fondo è quello di trasformare i servizi tenendo conto di una ottica interculturale. Il processo

che si è avviato va quindi monitorato per verificare che non vengano messe in atto azioni discriminatorie in questa fase in cui si vanno porre le basi di una comunità multietnica. Nel contempo vanno evidenziate e valorizzate le azioni che offrono pari opportunità ai cittadini immigrati.

E' noto dalla letteratura e da ricerche condotte proprio sul territorio bolognese, quanto sia rilevante, tra gli ambiti in cui si può esercitare la mediazione, quello degli enti preposti all'assistenza sanitaria e sociale. Inoltre proprio per come si sta caratterizzando il fenomeno migratorio a Bologna, l'ambito sanitario e sociale risulta cruciale nel determinare percorsi di integrazione.

Per quanto riguarda i servizi sanitari e sociali che fanno capo ai sistemi pubblici preposti non esistono percorsi preferenziali per gli stranieri salvo in relazione a specifici bisogni quali ad esempio il Servizio Immigrati del Comune di Bologna, Centro per la salute delle donne straniere e dei loro bambini e il numero verde dell'AUSL BO Città. Solo recentemente all'interno delle organizzazioni pubbliche il tema dell'interculturalità sta diventando tema centrale ma complessivamente esiste un orientamento che privilegia la necessità di riorganizzare i servizi presenti in una ottica interculturale anziché creare percorsi ad hoc. Complessivamente la risposta rimane pubblica attraverso le strutture esistenti e promuovendo servizi innovativi in collaborazione con il terzo settore. Tra le azioni che più di altre sembrano fondamentali v'è quella relativa alla capacità di rapportarsi agli stranieri con modalità e strumenti confacenti alla specificità culturale che ogni etnia porta con sé. E' proprio per rispondere a questa esigenza che sono state promosse competenze e professionalità legate al concetto di mediazione culturale.

Esempi di buone prassi che coinvolgono le attività di mediazione culturale in ambito socio-sanitario

Formazione dei mediatori:

In seguito ad un'analisi dei bisogni dei servizi socio-sanitari territoriali Il Comune di Bologna ha realizzato un corso di formazione per Mediatici Interculturali in ambito socio-sanitario a cui hanno partecipato quindici donne straniere inoccupate appartenenti a nove differenti nazionalità.

La durata complessiva del corso è stata di 700 ore di cui 350 in aula e 350 di stage. Sono state affrontate sei principali aree disciplinari: normativa, dinamiche dei flussi migratori, alfabetizzazione informatica, metodologia della mediazione, mediazione interculturale, servizi sociali e sanitari, impresa e terzo settore.

Gli stage sono stati organizzati all'interno di servizi sanitari e sociali impegnati a contatto con l'utenza immigrata.

Le corsiste hanno lavorato affiancando gli operatori e, in alcuni casi, gestendo piccoli progetti sperimentali.

Il servizio centralizzato di Mediazione Culturale:

Il progetto intende offrire un servizio di interpretariato e mediazione culturale attivabile, in primo luogo, dai Servizi Comunali per fornire un supporto specializzato al fine di migliorare le comunicazioni con gli utenti stranieri/immigrati. Tali servizi possono essere offerti con modalità periodiche e programmate nel tempo, per assicurare la continuità di determinate attività.

Centro Interculturale "M.Zonarelli"

Il Quartiere San Donato e il Servizio Immigrati, Profughi e Nomadi condividono la gestione del Centro Interculturale di Quartiere "M.Zonarelli", che si propone come sistema integrato di opportunità con l'obiettivo di proporre strategie adeguate per favorire l'integrazione sociale tra famiglie di lunga residenza e famiglie di recente immigrazione.

La Formazione interculturale di operatori socio-sanitari

L'Istituzione "G.F.Minguzzi" della Provincia di Bologna e il Servizio Immigrati, Profughi e Nomadi del Comune di Bologna collaborano nella realizzazione di progetti sperimentali di formazione per personale socio-sanitario a contatto con l'utenza immigrata. Il progetto prevede la realizzazione di azioni integrate che mirano al progressivo adeguamento dei servizi offerti dall'AUSL alle nuove esigenze di cui sono portatori i cittadini non-comunitari presenti nel territorio.

I destinatari sono operatori delle AUSL Bologna Nord, Bologna Sud, Bologna Città, Imola e dell'Azienda Ospedaliera S.Orsola-Malpighi appartenenti a diversi servizi, del territorio e dei reparti ospedalieri.

- **Sportello informativo del Servizio Immigrati, Profughi e Nomadi del Comune di Bologna** che fornisce, ad un primo livello, informazioni di carattere generale e/o di attualità, orientamento dei cittadini stranieri verso i servizi offerti dalla città, in una logica di pari opportunità nell'accesso.

- **Comunicare per la salute e Numero Verde per utenza Immigrata dell'Azienda USL Bo Città:** Servizio Informativo Plurilingue nelle strutture sanitarie dell'area metropolitana bolognese promosso dall'Azienda USL Bo Città in partenariato con le Aziende USL di BO Nord e BO Sud

Obiettivi generali:

facilitare e migliorare l'accesso ai Servizi Sanitari da parte dell'utenza straniera

facilitare il lavoro degli operatori sanitari che sono quotidianamente a contatto con l'utenza straniera

Individuare, attraverso una osservazione costante, gli ostacoli che l'utenza straniera incontra nell'accesso ai servizi

Migliorare la qualità dei Servizi Sanitari territoriali proponendo dei percorsi ottimali

- **Formazione sulle tematiche Immigrazione e salute in una società multietnica** rivolta agli operatori sanitari e promossa Dal Prog. Immigrati dell'Azienda USL BO città

- **Progetto Assistenza e sorveglianza Sanitaria per cittadini indigenti italiani e indigenti che vivono nelle collettività**

rendere il livello di sicurezza sanitaria per gli ospiti registrati o presenti nelle collettività il più possibile prossimo a quello dei cittadini non indigenti

rendere il diritto alla salute leggibile, accessibile e fruibile

conoscere lo stato della salute della popolazione presa in esame

offrire le vaccinazioni di legge

aumentare il livello di integrazione fra enti pubblici e del volontariato

Bibliografia:

Callari Galli Matilde, *Antropologia per Insegnare*, Melteni, Roma

Castiglione Marta, *La Mediazione Linguistica Culturale - Principi, strategie ed esperienze*, Franco Angeli, Milano 1997

Tarozzi Massimiliano, *La Mediazione Educativa - mediazione culturale fra uguaglianza e diversità*, Clueb, Bologna 1998

Etnodermatologia

(A.Morrone, G.Franco, L.Toma, O.Latini)

Struttura Complessa di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di
Dermatologia Tropicale

Istituto Dermosifilopatico San Gallicano (IRCCS) – Roma

Negli ultimi anni, l'aumento della Popolazione Umana Mobile, intesa nel senso di persone che migrano da un Paese all'altro per motivi di lavoro, politici o turistici, ha raggiunto, nel 2001, il numero di un miliardo e 200 milioni di individui. Questo fenomeno in espansione ha determinato la possibilità, negli ambulatori dermatologici, di osservare persone con pelle di diverso colore e lesioni cutanee di difficile inquadramento nosologico.

Data la provenienza dalle più diverse realtà geografiche e culturali, è spesso possibile, dopo un'anamnesi accurata, rilevare particolari comportamenti, di diversa natura, che condizionano la comparsa di un quadro clinico cutaneo.

Alcuni di questi disturbi derivano da particolari abitudini di tipo cosmetico, come l'ocronosi acquisita, le alopecie, i disturbi follicolo-occlusivi.

Altri sono legati invece a pratiche di medicina tradizionale come il cupping, il coining, lo scraping, la moxibustione o a motivazioni antropologiche e rituali (mutilazioni genitali femminili, cheloidi da perforazione).

Il Servizio di Dermatologia Tropicale dell'Istituto San Gallicano ha osservato numerosi disturbi dermatologici collegabili a diverse pratiche culturali comuni nei luoghi d'origine, che vengono presentati sottolineando le difficoltà diagnostico-differenziali di questi disturbi e del follow-up dovuti alla particolare "mobilità" di questa popolazione.

Bibliografia

LOOK KM, LOOK RM., *Skin scraping, cupping, and moxibustion that may mimic physical abuse.*, J Forensic Sci. 1997 Jan;42(1):103-5.

AMSHEL CE, CARUSO DM., *Vietnamese "coining": a burn case report and literature review*, J Burn Care Rehabil 2000 Mar-Apr;21(2):112-4

YANG J., *The history of cupping therapy*, Zhonghua Yi Shi Za Zhi. 1999 Apr;29(2):82-4.

**“Cosa ci insegna M. Rose, bambina filippina di 10 mesi,
con tubercolosi polmonare ed Rx torace in apparenza normale?”**

P. Valentini, O. Ranno

Istituto di Clinica Pediatrica – Università Cattolica del Sacro Cuore – ROMA

La Tubercolosi è una malattia antica, molto comune nei paesi in via di sviluppo (PVS), ma non molto diffusa nel nostro. Recenti segnalazioni inducono a parlare di una sua riemergenza, conseguente all'incremento dei flussi migratori e all'epidemia di AIDS, alle quali si aggiungono l'assenza di una valida rete di sorveglianza nazionale e la graduale comparsa di ceppi di *Mycobacterium tuberculosis* (Mt) multiresistenti.

L'incidenza in età pediatrica (soggetti di età <15aa) è valutata pari a 1 milione e 300.000 casi/anno, con una mortalità attesa di 450.000 casi/anno (1).

Nel bambino la tubercolosi (Tb) si sviluppa solitamente come una rapida complicazione di una infezione primaria, rendendo non facilmente identificabile la fase preclinica di infezione rispetto a quella di malattia successiva. Per tale ragione è comunemente accettato che un bambino con segni clinici o radiologici compatibili con una Tb possa essere affetto da malattia tubercolare anche in assenza di sintomi (2).

Casi di Tb polmonare con Rx torace normale, sono stati tuttavia sporadicamente descritti (3).

Ci preme segnalare quello di M.Rose per le implicazioni epidemiologiche riguardanti il rischio ambientale e sociale (diffusione del Mt e necessità di isolamento respiratorio) e per quelle clinico economiche, in termini di costo/beneficio, derivanti dall'approfondimento diagnostico con esami colturali, Polimerase Chain Reaction, TAC etc., vs l'inizio precoce di terapia adeguata, sotto il perverso incalzante imperativo del massimo beneficio col minimo costo.

CASO CLINICO

M. Rose è una bimba di 10 mesi, filippina, nata a Roma. Entrambi i genitori sono collaboratori domestici e vivono in tre stanze, in periferia urbana, con altre tre persone della stessa etnia. La madre è ricoverata da un mese per TBC.

Viene consigliato di sottoporre M.Rose a valutazione pediatrica, mediante valutazione clinica, esecuzione di Rx torace e di intradermoreazione sec. Mantoux, che vengono eseguiti il 19/2/02 con i seguenti risultati:

- valutazione Clinica: buone condizioni generali, esame obiettivo pressoché negativo, al di fuori di qualche rumore umido inspiratorio, tosse e febbre (39°C) comparsi lo stesso giorno
- Rx torace in proiezione antero-posteriore standard: “non lesioni pleuroparenchimali a focolaio in atto”
- Intradermoreazione a 48 e 72 h: infiltrato >20mm Ø sovrapponibile a quello del padre.

Per tale ragione il 22/2/02 stesso, viene ricoverata presso il reparto di Malattie Infettive Pediatriche della nostra clinica e sottoposta ad ulteriori accertamenti:

- Emocromo: globuli bianchi 15.900: N 20,7%; L 70,9%; M 5,1%
- Proteina C reattiva: negativa
- Aspirato gastrico per M.tuberculosis con esame colturale e PCR

Il quadro clinico era invariato rispetto alla precedente valutazione fuorché per l'assenza di febbre. Viene prescritta copertura con isoniazide e dimessa.

Dopo 15 giorni la coltura per Mt si positivizza. La bambina viene richiamata e sottoposta a nuovo esame colturale, e dopo una rivalutazione dell'Rx torace da parte di radiologo "esperto" anche a TAC torace con il seguente esito: "... area di consolidamento del parenchima paramediastinico del segmento anteriore e dorsale del lobo superiore dx. Si associa impegno adenopatico ilare dx, paratracheale inferiore e superiore dx, tracheobronchiale omolaterale sottocarenale e paracavale..."

In conseguenza di ciò sono state associate Rifampicina e Pirazinamide.

Discussione

La positività della intradermoreazione alla tubercolina sec. Mantoux nel bambino è l'indicatore riconosciuto dell'avvenuta infezione da Mt. Essa comporta almeno l'esecuzione di un Rx torace come approfondimento diagnostico di un possibile stato di malattia. Di regola specialmente in assenza di manifestazioni cliniche e/o radiologiche non vengono eseguiti altri esami più approfonditi come colture, PCR, tomografie etc.

Il caso in questione, nella sua fase iniziale di accertamento, avrebbe dovuto concludersi con una semplice diagnosi di infezione primaria da Mt, se la particolare condizione di rischio della bambina (età <1 anno, situazione socioeconomica ed epidemiologica ambientale ed intrafamiliare) non avessero indotto ad un approfondimento diagnostico mediante ricerca del Mt nell'aspirato gastrico. La positività dell'esame colturale è stata condizionante per la successiva gestione del caso e stimolante per dare risposta attraverso una revisione di letteratura ad una serie di interrogativi quali:

1. quello descritto è un evento raro ?
2. l'Rx torace è sempre una valida guida alla diagnosi di Tb polmonare? Una proiezione laterale avrebbe potuto evitare il ritardo diagnostico ?
3. se l'Rx torace fosse veramente normale in una situazione analoga alla nostra, quali parametri potrebbero guidare nella corretta gestione del paziente ?

Una valida premessa è costituita da quanto riaffermato recentemente dalla American Thoracic Society in

Targeted tuberculosis testing and treatment of latent tuberculosis infection.

Am. J. Respir. Crit. Care Med, 2000; 161:s221-s247

- *lattanti e bambini <5 anni con LTBI, con infezione recente sono ad alto rischio di progressione verso la malattia.*

- *I lattanti con LTBI non trattati hanno fino al 40% di probabilità di sviluppare TBC*
- *Lattanti e bambini <5 anni hanno maggiore probabilità di quelli più grandi e degli adulti di sviluppare forme di TB meningea e disseminata.*
- *Bambini con LTBI hanno davanti a se un maggior numero di anni "a rischio" rispetto agli adulti per sviluppare una tubercolosi.*

1° QUESITO: QUELLO DESCRITTO È UN EVENTO RARO ?

Una TB polmonare, con positività colturale per Mt, ma con Rx torace normale è un evento possibile, ma non raro. Di solito si riscontra nel corso di controlli su contatti, Mantoux positivi, di casi documentati di TB. Negli ultimi anni è stato segnalato il loro aumento, valutato attorno al 10% da Marciniuk D.D. et al. nello studio retrospettivo

Detection of pulmonary tuberculosis in patients with a normal chest radiograph.

Chest, 1999; 115:445-452

- *Valutati 518 pazienti affetti da TBC polmonare (coltura positiva) consecutivamente inseriti dal 1988 al 1997 in un programma di controllo della tubercolosi nella provincia di Saskatchewan.*
- *Identificati 25 pazienti con uno o più Rx torace giudicati normali da un radiologo e da un fisiologo (con valutazione in cieco).*
- *Età media dei pazienti 26±13 anni range 6 m-59aa; 3 pazienti in età pediatrica.*
- *24 dei 25 pazienti (96%) sarebbero stati individuati come sospetti e sottoposti ad esame dell'escreato anche soltanto sulla base dei criteri clinici: tosse > 1 mese; febbre > 1 sett.; Mantoux positiva dopo contatto con soggetto affetto da TBC.*

2° quesito: l'Rx torace è sempre una valida guida alla diagnosi di TB polmonare?

Uno studio di Swingler G.H. fornisce una valida risposta:

Chest radiography in ambulatory children with acute lower respiratory infections: effective tuberculosis case-findings?

Ann. Trop. Paediatr., 2000 ; 20 :11-15

- *l'esecuzione ambulatoriale di Rx torace in bambini sud africani (età 2-59m) con polmonite, sec. definizione di caso OMS, da meno di 14gg, senza storia di contatto con soggetti affetti da TBC attiva, non aumenta in modo significativo il numero di diagnosi di TB*

mentre alla domanda se una proiezione laterale avrebbe potuto evitare il ritardo diagnostico risponde bene

Value of the lateral chest radiograph in tuberculosis in children.

Pediatr. Radiol. 1994; 24 (7): 478-480

- *in 316 di 449 bambini di cui 298 sintomatici e 151 asintomatici, valutati per sospetta TB fu diagnosticata la malattia*
- *un'adenopatia ilare fu scoperta soltanto grazie alla proiezione laterale in 50 casi (21%) di cui 12% sintomatici e 9% asintomatici*

3° quesito: in una situazione analoga alla nostra se l’Rx torace fosse veramente normale, quali parametri potrebbero guidare nella corretta gestione del paziente?

Su questo punto è rivolta l’attenzione dei clinici e della stessa OMS. Houwert K.A. et al. riferiscono i risultati di uno studio in

Prospective evaluation of World Health Organization criteria to assist diagnosis of tuberculosis in children.

Eur. Resp. J. 1998 ; 11(5) :1116-20

- *utilizzando i criteri OMS per l’identificazione dei bambini sospetti per TB (perdita di peso recente o crescita ponderale inadeguata, tosse o wheezing >2 sett., recente contatto intrafamiliare con adulto affetto da TBC) sono stati sottoposti a work-up diagnostico 206 bambini sudafricani.*
- *33/206 (16%) sono stati considerati affetti da TB (valore predittivo positivo 63% per simultanea presenza dei criteri suddetti).*

Fourie P.B. et al., nell’ambito di un programma nazionale di ricerca sulla tubercolosi, allo scopo di individuare uno score adatto per screenare bambini con tubercolosi e di selezionare quelli sospetti per un approfondimento diagnostico, hanno somministrato un questionario a 879 soggetti di età <15aa confrontando sintomi, segni clinici e positività cutanea alla tubercolina con una o più indagini batteriologiche, istologiche o radiologiche considerate come gold standard in

Procedures for developing a simple scoring method based on unsophisticated criteria for screening children for tuberculosis.

Int. J. Tuberc. Lung. Dis., 1998;2(2): 116-123

- *794 bambini sono stati considerati casi confermati o probabili di tubercolosi.*
- *5 criteri clinici sono risultati più significativi come predittivi di malattia: presenza di contatto con un caso di tubercolosi, intradermoreazione positiva, tosse persistente, basso peso rispetto all’età, febbre prolungata senza spiegazione*
- *selezionando il cut-off ottimale al quale sospettare una TB si sono ottenute basse sensibilità e specificità (<70%), mentre ragionevolmente buoni sono risultati i valori predittivi positivi (VPP=60-77%) secondo la fascia di età e la situazione epidemiologica:*
 - ◆ *nella bassa prevalenza hanno assunto grande affidabilità il contatto con TB e la positività del test cutaneo*
 - ◆ *nell’alta prevalenza i 5 criteri selezionati hanno presentato pressoché la stessa valenza con maggior significatività per febbre prolungata, tosse, basso peso.*

Conclusioni

Diversi fattori, clinici ed epidemiologici, sono esaminati e correlati all'infezione tubercolare in età pediatrica.

Lo scopo è quello di contenere i costi degli screening e degli accertamenti, senza penalizzare i bambini misconoscendo o ritardando la diagnosi di infezione di malattia tubercolare e privandoli di un efficace trattamento, con la conseguenza di non impedire la diffusione di questa.

Oltre all'età e alle condizioni socio-economiche scadenti, sono stati presi in considerazione anche: 1) il contatto stretto con un caso di TB attiva, 2) nascere vivere e provenire da una regione ad alta endemia, 3) convivere con adulti familiari e non, a rischio elevato per TB, 4) essere HIV positivi.

Di particolare importanza ci sembra il risultato dello studio prospettico (4) condotto dal N.Y.City Dpt. of Health su 2920 bambini di età compresa tra 1 e 18 anni, osservati in un ambulatorio di N.Y. In 413 di essi (14%) è stato individuato almeno uno dei fattori di rischio su indicati, con 23 casi (5,6%) di positività al test cutaneo, contro soli 4 casi (0,16%) tra gli altri 2607 bambini, che non presentavano alcun fattore di rischio.

La forza dell'evidenza dell'indagine, basata sulla somministrazione di un questionario predisposto, fonda sulle elevate sensibilità (85,2%) e specificità (86%), nonché su un VPN =99,2% con VPP=5,4%.

E' stato possibile calcolare che i bambini, che presentavano almeno un fattore di rischio avevano una probabilità di positivizzazione dell'intradermoreazione alla tubercolina 35 volte più elevata.

Questa ricerca oltre a conferire nuova importanza alla presenza dei fattori di rischio rivaluta e conferma il valore di questi come indicatori di sospetto diagnostico, come è avvenuto nel caso di M. Rose, tanto da indurci a sottolineare una maggiore attenzione nella gestione di altri casi di età <5 anni, con Mantoux positiva e con uno o più fattori di rischio. Questa attenzione non dovrà essere minimizzata in presenza di Rx torace standard normale così da far trascurare la ricerca del Mt in coltura da aspirato gastrico e l'esecuzione di un esame radiografico in proiezione laterale, lasciando ad una fase successiva il ricorso ad esame topografico.

Bibliografia

La bibliografia essenziale è inserita nel testo; si è fatto riferimento anche ai seguenti lavori:

1. Sudre P., Dam GT, Kochi A: Tuberculosis: a global overview of the situation today. Bull World Health Org 1992; 70:149-159
2. Starke J.R.: Tuberculosis in Pediatric Infections Diseases. Principles and Practice by H.B. Jenson and R.S. Baltimore eds, Appleton & Lange, 1995; pgg 517-545
3. Miller W.T.; Miller jr W.T.: Tuberculosis in the normal host: radiological findings. Semin Roentgenology 1993; 28: 109-118
4. Ozuak P.O, Ozuak T.P., Stein REK et al: Evaluation of a risk assessment questionnaire used to target tuberculin skin testing in children. JAMA 2001; 285:451-453

L'emarginazione vissuta sulla pelle

A.Morrone, G.Franco, L.Toma, O.Latini, I.Buonomini

Struttura Complessa di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di
Dermatologia Tropicale
Istituto San Gallicano (IRCCS) - Roma

La condizione di persone “senza fissa dimora” (“homelessness”) aumenta notevolmente il rischio di contrarre una patologia cutanea rispetto al resto della popolazione. Fattori socioeconomici sfavorevoli, alterati regimi dietetici, malnutrizione, condizione di clandestinità intervengono non soltanto nella comparsa di svariate patologie dermatologiche ma anche nella loro cronicizzazione e nello sviluppo di complicanze, che coinvolgono poi altri organi e apparati.

Inoltre, la notevole “mobilità” di questo tipo di pazienti, rende difficoltoso il loro follow-up e complica il decorso delle dermatosi che necessitano di un attento monitoraggio clinico e laboratoristico (ulcere trofiche, psoriasi, DAC ed altre dermopatie).

Gli Autori descrivono le più frequenti patologie osservate nel loro Dipartimento negli ultimi cinque anni, con particolare evidenza per quelle in cui la condizione di “homelessness” ha determinato un aggravamento o una cronicizzazione di un disturbo altrimenti banale, per quelle che sono arrivate all’osservazione già ad un livello oggettivamente grave e alle dermopatie in cui la suddetta condizione ha determinato lo sviluppo di malattia (“illness”) ad altri organi e apparati.

Viene inoltre sottolineata l’importanza dell’intervento dermatologico nel contribuire efficacemente al mantenimento della “salute globale”, non soltanto cutanea, dell’individuo.

Bibliografia

RAOULT D, FOUCALULT C, BROUQUI P. , *Infections in the homeless*, Lancet Infect Dis. 2001 Sep; 1 (2):77-84.

Nuances della pelle nera

A.Morrone, G.Franco, M.Valenzano, L.Nosotti, L.Alessandroni, L.Toma
Struttura Complessa di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di
Dermatologia Tropicale

Al di là dei caratteri fenotipici esterni, non è possibile differenziare dal punto di vista genetico la pelle bianca e la pelle nera. Gran parte degli antropologi, biologi e genetisti mondiali, soprattutto negli ultimi 30 anni, hanno messo in evidenza molte più somiglianze che differenze tra i soggetti di diverso colore cutaneo e provenienti dai diversi Paesi del mondo.

La cute nera però possiede alcune caratteristiche particolari, di scarso o nullo significato patologico, che è opportuno conoscere per evitare trattamenti non necessari o incongrui e che, vista la particolare reattività di questo tipo di cute, possono portare anche a conseguenze negative dal punto di vista estetico. Queste peculiarità cutanee, presenti con diversa frequenza nei differenti popoli, prendono il nome di “nuances della pelle nera”.

Gli Autori esaminano le somiglianze e le differenze di ordine genetico, fisiologico e biochimico tra cute bianca e cute nera e presentano una rassegna di queste lesioni, osservate nel corso della ventennale esperienza del Servizio di Dermatologia Tropicale.

Bibliografia

TAYLOR S.C., *Skin of color: Biology, structure, function and implications for dermatologic disease*, J Am Acad Dermatol, 2002,46,S41-62.

Zingari a Roma: interventi socio-sanitari ma percorsi di salute ancora incompleti (riflessioni a margine di un'esperienza)

A. Morrone, L. Toma, O. Latini, G. Franco, A. Sburlino

*Struttura Complessa di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di
Dermatologia Tropicale
Istituto Dermosifilopatico di S. Maria e S. Gallicano (IRCCS), Roma*

Gli interventi di prevenzione e promozione della salute per le fasce deboli della popolazione sono in costante aumento in tutti i Paesi europei ed in molti casi hanno ormai assunto stabilmente l'indispensabile metodologia multidisciplinare ed interculturale da noi attuata dal 1985. Presso il servizio di Medicina delle Migrazioni del S. Gallicano sono stati accolti, intervistati, visitati e curati negli ultimi 5 anni 1.467 zingari provenienti da 6 diversi campi: Via Salone, Via Collatina 600, Vicolo Savini, Via Monachina, Muratella e Via Palmiro Togliatti. In oltre il 70% dei casi i pazienti sono arrivati in Ospedale dopo essere stati incontrati nei rispettivi campi di provenienza.

L'approccio multidisciplinare e interculturale ha dato certamente dei buoni risultati in termini di monitoraggio e miglioramento delle condizioni generali di salute. Tuttavia non sempre sono stati ottenuti risultati analoghi nell'ambito della medicina preventiva, dell'informazione e dell'educazione/integrazione sanitaria. Probabilmente le cause di questi insuccessi sono da correlare in parte alle caratteristiche socio-demografiche ed igienico-abitative di questa particolare popolazione che determinano notevoli limiti pratici a qualsiasi intervento di prevenzione e promozione della salute. D'altra parte esiste anche la possibilità che gli interventi effettuati sino ad oggi non abbiano adeguatamente perseguito l'obiettivo del progressivo e completo inserimento degli zingari nei percorsi di prevenzione e salute attuati dalla popolazione generale.

La figura del mediatore linguistico-culturale in molti degli interventi socio-sanitari effettuati sugli zingari ha rappresentato e rappresenta tutt'ora una risorsa di fondamentale importanza per il raggiungimento degli obiettivi di ogni singolo progetto. Altrettanto fondamentale risulta essere la collaborazione tra le strutture sanitarie pubbliche e le organizzazioni del privato sociale che possono operare sul territorio in modo certamente più dinamico ed elastico rispetto ad alcune strutture pubbliche; è auspicabile che tale collaborazione rappresenti ormai un requisito essenziale per l'approvazione di ogni singolo progetto.

In futuro, prima di sviluppare qualsiasi intervento, sarà necessario poter valutare alla fine di ogni progetto la misura del migliorato accesso ai servizi sanitari pubblici ed ai relativi programmi di prevenzione, informazione sanitaria e cura attuati a favore della popolazione generale.

Proposta per un modello di circolare interna alle singole ASL ed Ospedali, per l'applicazione della normativa vigente in tema di sanità ed immigrazione

D. Panizzut, P. Olivani , (NAGA – Commissione Ministeriale Sanità e Immigrazione

Nel periodo luglio 1998-maggio 2000 sono stati approvati in Italia il **Testo Unico** sull'immigrazione (284/98), il relativo **Regolamento di attuazione** (DPR 394/99) e la successiva **Circolare Ministeriale** (5/00), che nel loro insieme costituiscono anche la nuova normativa nazionale in tema di sanità ed immigrazione. La **Guida Pratica** alla normativa vigente, emanata dal Ministero della sanità il 5-4-2001, riporta per esteso tutti gli articoli di argomento sanitario delle succitate leggi, e ne fa una sintesi per facilitarne l'interpretazione.

Date le competenze locali in materia di sanità, le Regioni hanno provveduto ad emanare circolari applicative che però talvolta recepiscono solo in parte la normativa nazionale.

Il succedersi delle diverse disposizioni nazionali e regionali ha fatto sì che alle ASL ed agli Ospedali giungesse un messaggio frammentario, spesso incompleto e difficile da interpretare ed applicare. La situazione di estrema precarietà dell'utenza (immigrati irregolari, quindi del tutto inadeguati a richiedere l'applicazione di una legge), ha poi contribuito a determinare una scarsa applicazione dei principi contenuti nella legge stessa, favorendo interpretazioni unilaterali, arbitrarie, riduttive o spesso addirittura negative.

Si è venuto così a creare una situazione di netto contrasto fra la legge e la sua ricaduta sull'utenza: quasi ovunque le strutture sanitarie pubbliche negavano le prestazioni o ne richiedevano il pagamento.

Per ovviare a questa situazione abbiamo pensato da un lato a rafforzare i contatti con le Regioni per richiedere l'eliminazione delle inadempienze della legislazione regionale rispetto a quella nazionale, dall'altro abbiamo iniziato incontri con ASL ed Ospedali diffondendo la "Guida pratica" e proponendo una **Circolare interna** che regolamentasse il comportamento del personale sanitario ed amministrativo nei confronti di questa peculiare fascia di utenza. Il modello di Circolare interna, riportato qui di seguito, è stato concordato fra noi ed alcune ASL e la sua applicazione ha portato ad ottimi risultati. Si tratta di uno schema generale da integrare poi con ulteriori punti suggeriti dalle inadempienze regionali o dalle problematiche locali.

AZIENDA OSPEDALIERA XY

Circolare interna per la regolamentazione dell'assistenza sanitaria per gli Stranieri non iscritti al SSN ed indigenti.

1. Allo Straniero non iscritto al SSN, privo del permesso di soggiorno ed indigente, la prestazione sanitaria richiesta (qualora rientri fra quelle previste dalla "Guida pratica alla normativa vigente", pubblicata dal Ministero della Sanità [allegato n° 1]), verrà fornita previa:

- compilazione, da parte dello Straniero, della dichiarazione di indigenza (su apposito modulo, [allegato n° 2])
- rilascio del codice STP da parte degli uffici preposti: cassa e registrazione, (durante gli orari di apertura,)
altrimenti: pronti soccorsi.

Il codice STP verrà scritto sulla seconda parte del modulo della dichiarazione di indigenza, che sarà redatto in duplice copia, di cui una da consegnarsi allo Straniero.

Il codice STP (progressivo),verrà altresì trascritto, da ciascun ufficio suddetto, su un apposito registro, assieme a nome,cognome e nazionalità forniti dallo Straniero, (cui NON verranno richiesti documenti).

5. Dopo che lo Straniero sarà in possesso di un codice STP:
 - la prescrizione dei farmaci, (a parità di condizioni con il Cittadino italiano), avverrà su ricettario regionale, sul quale verrà riportato per intero il codice STP (16 caratteri) e il nome, il cognome e l'età dello Straniero.
 - la richiesta di eventuali ulteriori visite specialistiche, di prestazioni diagnostiche o di ricovero avverrà, come d'abitudine, su ricettario interno della struttura sanitaria ("richiesta di ulteriori prestazioni") (sul quale verrà riportato per intero il codice STP, il nome ed il cognome dello Straniero), oppure, con analoghe modalità, su ricettario regionale se si tratta di prestazioni non fornite dall'Ente.
6. La dichiarazione di essenzialità della prestazione (non necessaria per le prestazioni urgenti o pediatriche o ostetriche o infettivologiche), verrà compilata dal Medico sull'apposito modulo [allegato n° 3]. [N.B. a chiarimento del termine di essenziale: le prestazioni sanitarie erogabili sono suddivisibili in 2 gruppi: I° urgenti : (secondo la consueta accezione), (es. visita chirurgica in caso di appendicite acuta) II°essenziali : le non urgenti, ma che rientrano nella definizione di essenziale data dal Ministero (in pratica tutte le prestazioni non urgenti abitualmente erogate al cittadino italiano: es. visita medica per tonsillite).
7. Le prestazioni collegate alle "patologie croniche od infettive esenti dal ticket" (D.M.Sanità 329/99) [es. Glicemia in soggetto diabetico], dovranno essere segnalate dal Medico richiedente, sulla ricetta stessa, con la dicitura "patologia esente".
8. Per le donne gravide l'iscrizione al SSN è del tutto facoltativa: per tutte le pratiche inerenti l'assistenza sanitaria è sufficiente il codice STP.

SOKOS: orecchio sul mondo

R. Zendron

Si dice che il mondo dell'umanitario rappresenti oggi la forma estrema e più avanzata di una cultura dei "buoni sentimenti" nata in Occidente con le pratiche filantropiche, e proseguita con il terzomondismo e la cooperazione internazionale.

Nel suo saggio "L'individuo senza passioni", Elena Pulcini introduce a smentire la presunta autonomia e razionalità dell'individuo moderno, avvalorata dalla tradizione liberale, il tema delle passioni.

"A fronte dell'individualismo progressivamente ridotto, secondo il paradigma dell'homo aeconomicus, all'astratta figura dell'uomo che calcola utilitaristicamente sulla base degli interessi, emerge l'immagine di un Io debole e carente, conscio delle proprie inedite possibilità ma anche della propria vulnerabilità e imperfezione.

Si delinea insomma un'antropologia del vuoto e della mancanza che, anche se negata, resta fondamento dello stesso individualismo moderno, aggressivo e conflittuale, messo in crisi nella seconda modernità dall'atomismo e dalla massificazione, dalla solitudine e dal conformismo, dall'indipendenza e dall'assoggettamento. In breve da tutto ciò che determina il passaggio a un individualismo debole e apatico da cui nasce il narcisismo patologico dell'homo democraticus, privo di legami, della riflessione contemporanea".

Ma per l'autrice il narcisismo ha anche un potenziale valore nella ricerca dell'autenticità: "Il ruolo delle passioni si ritrova allora nella teoria e nella pratica del dono che consiste essenzialmente nella riabilitazione del legame sociale e che consente di concepire una nuova figura dell'individualismo: quella dell'homo reciprocus, dell'individuo comunitario". Storicamente è sempre esistito un terreno fertile dove il pensiero umanistico è progressivamente cresciuto, un pensiero forte che crede nei diritti inalienabili della persona, nel diritto naturale alla libera circolazione dei cittadini del mondo, nel diritto alla salute, all'istruzione, alla realizzazione delle aspirazioni di ogni individuo, alla convivenza di culture diverse, alla realizzazione, in definitiva di quella che Tonino Bello chiamava la convivialità delle differenze

Così nel maggio del 1993, un gruppo di medici volontari bolognesi, provenienti da diverse realtà di volontariato, vissute in analoghe strutture cittadine e in Paesi in via di sviluppo, diede vita all' "Associazione SOKOS per l'assistenza ad emarginati e immigrati".

Le finalità stabilite e contenute nel documento di fondazione si ispirano agli ideali della solidarietà civile e della promozione della salute dell'individuo, sia in termini di cura che di prevenzione delle malattie. Proprio dal concetto di cultura della salute e del benessere nasce il nome SOKOS, che, derivando etimologicamente dal greco Saòs, si traduce con "sano e salvo, incolume, sicuro", attribuendo al termine stesso significati che vanno oltre lo stato di malattia, recuperando il senso del benessere fisico, psichico e sociale della persona, ovvero in un insieme di possibilità sociali, culturali e di libertà dell'individuo, secondo i principi ispiratori della Carta dei Diritti dell'Uomo e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, dei dettami contenuti nella Carta della Costituzione Italiana e delle norme del codice di Deontologia Medica.

L'Associazione SOKOS è impegnata fin dalla primavera del 1993, dapprima con l'assistenza ai campi nomadi e profughi allora presenti nella cintura urbana, e successivamente con la presenza nelle diverse emergenze immigrati succedutesi nella città

di Bologna negli anni 1993 – 94 (prima ondata di albanesi e di ex jugoslavi), fino ai più recenti arrivi di profughi Kossovani e Curdi del periodo 1998 – 2000.

Dal 1996 l'Associazione SOKOS è convenzionata con l'Azienda USL Città di Bologna, la quale ha messo a disposizione un ambulatorio medico attrezzato presso la sede di Via Montebello n. 6, dove viene svolta l'attività ambulatoriale durante tutto l'anno.

Oltre alla quotidiana attività assistenziale, SOKOS ha partecipato alla elaborazione del Piano Sanitario Regionale per l'area dell'immigrazione, e all'attuazione del progetto del tesserino di Temporaneo Soccorso (ad oggi più di 1500 persone fruiscono di tale servizio), prima esperienza nazionale di assistenza sanitaria temporanea a persone in condizioni di emarginazione.

Inoltre, a seguito della cessazione del progetto comunale "Moon-light" nel quale già aveva collaborato per due anni, fornisce supporto e assistenza medica alle prostitute immigrate che chiedono aiuto ed assistenza.

Attualmente SOKOS è impegnata nella realizzazione di altri progetti: fra i quali il Progetto Ministeriale di "Tutela della salute degli immigrati"; il Progetto Regionale per la formazione dei mediatori culturali per l'area carceraria, il Progetto Provinciale per la formazione dei mediatori culturali in ambito sanitario.

Ma al di là degli impegni "istituzionali", va sottolineato il quotidiano impegno umano nell'assistenza a persone che, per condizioni sociali, culturali o personali non possono o non riescono a utilizzare i servizi sanitari pubblici presenti sul territorio.

La maggior parte di questi sono immigrati e provengono dalle più diverse aree geografiche, altri sono italiani, i quali, per condizioni sociali o scelte personali, si trovano in condizioni di estrema marginalità.

Per queste persone SOKOS svolge in primis, un ruolo di assistenza, protezione e tutela della salute, e, in una popolazione che sempre più spesso è presente con la famiglia, pone la necessità di una assistenza materno-infantile anche e non solo puramente medica.

In questo contesto la presenza di SOKOS svolge un ruolo di legittimazione di una presenza negata per l'assenza di un soggiorno sicuro, di una casa, di un lavoro e di altri bisogni essenziali.

La struttura è composta dal servizio di medicina di base, da diversi indirizzi di specialistica clinica, da operatori sociali, dal servizio di farmacia interna, da uno studio legale di consulenza per pratiche burocratiche e legali e da un centro di documentazione.

La fondamentale finalità, da accrescere quotidianamente, è la costruzione di un ponte fra diverse culture, tenendo conto dei luoghi di provenienza, delle esperienze individuali che afferiscono al Centro di ascolto, rappresentando un luogo dove esse possano entrare fervidamente in contatto, favorendo uno scambio continuo basato sulla fiducia e sul rispetto, coinvolgendo e arricchendo in questo modo tutte le parti coinvolte.

Proprio questo concetto di PONTE, vero collegamento fra culture diverse, e diverse provenienze è divenuto il nostro obiettivo principale: far sì che attraverso il ponte-SOKOS, possano circolare e coniugarsi pensieri, costumi, tradizioni, culture, religioni, perché solo attraverso la conoscenza è possibile far cadere le diffidenze e spargere il seme della comprensione e della stima reciproche.

Siamo convinti che non sia possibile permettere che crescano distanze fra persone, popoli, culture e religioni, che si accuiscono differenze e paure e atteggiamenti di intolleranza; siamo convinti che l'immigrazione porta culture diverse che sono parte di noi, delle nostre radici storiche, del nostro passato anche recente.

SOKOS, nasce quindi e continua come progetto estremamente realistico nel lavoro quotidiano di ascolto e offerta di assistenza, ma anche come disegno utopistico di apprendimento di vita, e circolazione di idee, di tramite fra persone che non conoscono e non si conoscono, come strumento da usare (attraversandolo), per affermare l'uguaglianza di tutti, tesa al bisogno di ognuno come in un tessuto di cellule che l'organismo intero tende a proteggere e a mantenere integro.

Fino al 1998 l'opera delle Associazioni di volontariato è stata di pura supplenza verso un problema ancora non completamente emerso e verso il quale le istituzioni non avevano dato risposte concrete; dopo questa data, con le leggi regionali (per prima l'Emilia Romagna) e recentemente con la nuova legge nazionale, sono state istituite attività convenzionate che rispettano e coinvolgono le peculiarità del volontariato, sfruttando al meglio la ricchezza delle loro capacità nell'operare, capire, ascoltare.

E, proprio, per ascoltare: SOKOS come orecchio attento e discreto sul mondo, come microscopio puntato sulla cellula uomo, come sismografo nei terremoti che ogni giorno accadono ovunque, sugli eventi più remoti dove la CNN non arriva e da dove non giungono notizie sulle pagine dei giornali. Per registrare vicende umane e storie di ordinaria normalità, scoprendo paesi e situazioni storiche e geografiche sconosciute, lotte e pulsioni incomprensibili, volti diversi delle stesse unicità perenni: l'uomo con la sua voglia di libertà, di emancipazione, di sopravvivenza.

Come amava ricordare il conte Monaldo Leopardi: "anche attraverso di una finestra picciola si può intravedere il mondo grande che è di fuori". Non è difatti indispensabile compiere lunghi viaggi e neppure seguire gli eventi in TV o sui giornali per capire cosa sta accadendo in questo preciso istante nel nostro pianeta.

Basta osservare con attenzione i flussi di persone che ogni giorno vagano per il mondo (moderne Volckerwanderungen), come chi giornalmente giunge a chiedere. Basta osservare da dove, quando e quanti, registrando la frequenza e le condizioni, i racconti, raccogliendo le storie personali alla nostra porta, le emozioni e le attese per scoprire che in ogni angolo del mondo accadono ogni minuto piccole grandi tragedie, figlie di guerre, carestie, siccità, dittature, rivoluzioni, sfruttamento, violenza, terrorismo, atrocità, inganni, vendette, ingiustizie.

In questi tempi, dove si riaffacciano nel nostro continente fenomeni razzisti e xenofobi (vedi Tremonti "padroni in casa nostra") e si fa strada un'idea di civiltà che non è la nostra, con leggi restrittive in discussione ancora in queste ore (Bossi-Berlusconi), appare ancor più come una funzione simbolica il nostro operare quotidiano, anche se rimangono sul tavolo inevasi innumerevoli problematiche e ipotesi di soluzione, cito: carta dei diritti d'Europa, leggi sulla *ius sanguinis-ius solis*, estensione agli emigrati del diritto di voto, rapporti con i paesi di provenienza dei flussi migratori, ed altri ancora.

In conclusione siamo più che mai convinti che "urgenti ed essenziali" non devono essere considerate solo le cure da erogare a chi giunge ai nostri ambulatori, ma soprattutto la garanzia del diritto verso tutti coloro che si rivolgono a questo Paese fuggendo da situazioni drammatiche e che sperano che venti secoli di civiltà del diritto offrano loro qualcosa di più di quello che in questo momento li offriamo.

La rappresentazione sociale dell'esilio. Il percorso da fuggiasco a rifugiato.

A. Battaglia, G. Montesarchio

Cattedra di teoria e tecniche del colloquio psicologico.
Università degli Studi "La Sapienza", Roma

Con questa ricerca ci siamo proposti di studiare una realtà specifica: quella dei richiedenti asilo.

Si è cercato di esplorare quale tipo di rappresentazione essi elaborino, sia della nuova realtà nella quale si trovano a vivere, sia di se stessi in quanto esiliati.

In particolare ci si è proposti di verificare la presenza o meno, da parte dei fuggiaschi, di un qualche livello di progettualità relativamente alla loro vita avvenire in una diversa comunità ed in un diverso Paese, e di categorizzare-ove possibile-le differenti qualità di tale dimensione progettuale. Inoltre è per noi primario valutare in quale misura il contesto nel quale i richiedenti asilo si trovano a vivere, il Centro d'Accoglienza, ha influito su tali livelli di rappresentazione.

Si è infine cercato di valutare l'influenza del nuovo contesto di vita (il Centro d'Accoglienza) sui livelli rappresentazionali sopra descritti. Comunque, al di là di ogni possibile categorizzazione ed elaborazione statistica di dati, le storie di vita che abbiamo ascoltato nel corso di questa indagine s'impongono alla sensibilità e all'attenzione di ogni interlocutore che intenda essere sintonicamente partecipe con gli affetti e le emozioni degli esuli narranti: il loro racconto è quasi sempre un concentrato di drammaticità e di dolore da colorarsi irrimediabilmente di una tonalità di fondo che esprime perdita di se, smarrimento e apparente distacco.

Metodologia

Il campione è costituito da 43 soggetti del centro di accoglienza ACISEL (Associazione Cooperazione Internazionale Studi e Lavoro) di Roma, nel quale risiedono persone che hanno fatto richiesta di asilo in Italia e sono quindi in attesa di ottenere lo status di rifugiato.

Le interviste sono state effettuate nel periodo che va dal giugno 2000 al marzo 2001 e sono state precedute da una serie di colloqui-pilota che ci hanno consentito una prima ricognizione sia sulle storie di vita, sia sulle difficoltà che avremmo incontrato nel realizzare le interviste stesse.

I colloqui di orientamento si sono rivelati utili alla "calibratura dello strumento-intervista, sia per quanto riguardava la definizione delle domande- tipo, sia per stimare eventuali difficoltà linguistiche, e per decidere di conseguenza se avvalerci o meno dell'aiuto del mediatore culturale.

Con le prime interviste pilota ci proponevamo di esplorare tre aree tematiche centrali nella vita degli esuli: la dimensione del passato con tutte le difficoltà vissute dagli esuli nel Paese di origine; la dimensione della vita attuale nel centro di accoglienza e nella città ospitante; l'ipotesi sul futuro.

Da questi primi colloqui è subito emersa l'inopportunità di proporre un'intervista organizzata secondo domande "libere" e "aperte", a causa sia della notevolissima

disomogeneità nella conoscenza della lingua italiana, sia del differente grado di disponibilità, da parte degli intervistati, a “raccontarsi” spontaneamente.

Si è scelto quindi di procedere secondo una sequenza di quesiti piuttosto specifici lasciando comunque spazio all’eventuale estensione narrativa della risposta, in tutti quei casi in cui l’intervistato si dimostrava desideroso di comunicare con noi, e proclive ad una più puntuale focalizzazione degli eventi.

I quesiti-standard ci hanno inoltre consentito di articolare per ciascuna intervista una serie uguale di domande, con la possibilità di esplorare e di comparare tra loro aspetti più precisi della vita dei soggetti. Le interviste, una volta concluse, sono state sottoposte ad una “lettura” di primo livello, in funzione delle ipotesi di ricerca e con l’obbiettivo di individuare un insieme di categorie di analisi

Le interviste ai richiedenti asilo politico sono state effettuate presso il Centro di Accoglienza per immigrati ACISEL, coordinate da Pelargonio E.

più elaborato e complesso di quello iniziale, a cui si era pensato in fase di progettazione. I dati raccolti sono stati poi sottoposti ad una modalità di analisi statistica descrittiva.

L’analisi delle interviste ha permesso di individuare quattro aree da cui abbiamo poi estrapolato varie categorie.

Le quattro aree sono: A) le condizioni nelle quali si sono svolte le interviste; B) le vicende personali dei soggetti intervistati; C) il percorso migratorio; D) le aspettative per il futuro.

Dall’area A (costituita dalle condizioni nelle quali si sono svolte le interviste), abbiamo estrapolato tre categorie: 1) la quantità di tempo trascorsa dall’arrivo al centro di accoglienza fino allo svolgimento dell’intervista, -al fine di poter avanzare delle ipotesi circa l’influenza dell’Istituzione sui livelli rappresentazionali del soggetto intervistato; 2) la presenza o meno del mediatore culturale; 3) la presenza o meno di altre persone durante l’intervista (questi ultimi due elementi possono risultare degli indicatori significativi al fine di controllare il tipo di influenza relativa alla presenza di terzi nel corso del colloquio).

Dall’area B (costituita dalle vicende personali dei soggetti intervistati) sono state estrapolate categorie riguardanti: la nazionalità, l’età, la religione, la scolarità, i documenti in possesso dell’esule. Sempre all’interno dell’area B) sono state definite categorie riguardanti la sfera familiare del soggetto: lo stato civile, l’esistenza o meno dei figli, la vivenza o meno dei genitori e la presenza o meno-in Italia- dell’intero nucleo familiare o di alcuni suoi componenti.

Sempre all’interno dell’area B) abbiamo anche categorizzato alcuni elementi relativi alla storia trascorsa del richiedente asilo: se nel Paese d’origine fosse ancora studente o se viceversa svolgesse un’attività lavorativa, le eventuali esperienze riguardanti il carcere e/o episodi di violenza (queste due dimensioni svolgono sempre una parte cospicua nella vicenda personale di ciascuno degli intervistati).

Inoltre sono state estrapolate alcune *variabili* riguardanti la permanenza nel nostro Paese: quanto tempo è trascorso dal momento dell’arrivo in Italia; eventuali precedenti esperienze di altri Centri di Accoglienza; occupazione lavorativa in atto o condizione di disoccupato.

L’area C) riguarda il percorso migratorio di chi è in cerca di rifugio. Da tale area sono state ricavate sei categorie riguardanti la relazione degli intervistati con il proprio paese d’origine: in particolare, se il motivo per cui lo hanno abbandonato sia dovuto a problemi politici, religiosi o razziali, a guerre o a dissesti economici.

Viene anche categorizzato il mezzo a cui si è fatto ricorso per lasciarlo: se di emergenza (gommoni, camion) o con un visto turistico, seguendo quindi un percorso più regolare e “tranquillo”.

Abbiamo quindi categorizzato se prima dell’arrivo in Italia l’esule fosse stato ospite in altri Paesi: se l’ingresso in Italia fosse avvenuto attraverso una richiesta formale di asilo, oppure clandestinamente.

Abbiamo infine differenziato le modalità di individuazione dell’Italia come Paese a cui chiedere rifugio: se tale individuazione, cioè, fosse stata casuale, motivata o imposta; e abbiamo pure categorizzato il tipo di accoglienza ricevuto.

L’area D) riguarda invece le aspettative che sono state suddivise in: precedenti all’arrivo in Italia; inerenti al desiderio di rimanere a vivere qui; e relative al futuro incluso il futuro-prossimo e remoto-nei confronti del Paese ospitante.

Va da sé che la focalizzazione delle attese- positive o negative che siano- risulta strettamente collegata con la conoscenza dei livelli rappresentazionali relativi all’Italia, da parte del soggetto intervistato. Era importante verificare se la rappresentazione iniziale (l’aspettativa) nei confronti del nostro Paese fosse stata successivamente trasformata –sia in senso positivo che in senso negativo- nel corso della concreta esperienza di contatto e di inserimento nella realtà italiana.

Per quanto riguarda la categoria inerente al periodo di permanenza in Italia, ci interessava conoscere se l’esule intenda rimanere a viverci, oppure se siano presenti progetti di ritorno in patria o di ulteriori migrazioni verso altri paesi.

Abbiamo poi estrapolato, categorie riguardanti le attese relative al conseguimento dello status di rifugiato e all’uso che se ne intende fare: se l’obbiettivo sia quello di richiedere il ricongiungimento familiare e continuare a vivere in Italia; oppure sia quello di lasciare successivamente l’Italia per ritornare in patria o avviarsi in altri Paesi ospitanti; o ancora se lo scopo fondamentale consista nel poter condurre una vita normale, libera, e caratterizzata da un’occupazione lavorativa a prescindere dal luogo in cui si vive e/o si vivrà.

Un’ulteriore categoria riguarda le attese che i richiedenti asilo ripongono sulla loro permanenza in Italia: nessuna aspettativa, una presa in carico totale, finalizzata alla soddisfazione dei bisogni primari e sottesa da un vissuto di forte dipendenza; la possibilità di integrarsi; in una prospettiva di indipendenza e autonomia.

L’ultima categorizzazione concerne i vissuti di più acuta difficoltà esperiti dai soggetti sulla via dell’esilio: nostalgia della vita passata; asprezza e pericolosità delle condizioni di viaggio; integrazione al nuovo contesto.

Risultati

Dopo l’estrazione delle categorie, e la creazione di una relativa tabella, abbiamo costruito un prospetto delle sequenze nelle quali sono state inserite tutte le frequenze ricavate analizzando: le condizioni nelle quali si sono svolte le interviste, i dati personali riguardanti i richiedenti asilo, il loro percorso migratorio, e le attese. Infine, dopo aver elaborato tali dati abbiamo ricavato le percentuali di frequenza.

Il campione esaminato, proviene per la maggior parte dai Balcani e dai paesi dell’Est: ciò è abbastanza comprensibile, sia pensando alla storia del recente passato di quei popoli, sia alla vicinanza del nostro Paese.

L'età è un altro elemento interessante perché si attesta su valori piuttosto bassi: la maggior parte delle persone del gruppo esaminato ha, infatti, un'età compresa tra i 18 e i 30 anni.

L'appartenenza religiosa più rappresentata, nel gruppo degli intervistati, è quella mussulmana: il motivo dell'esilio è tuttavia dovuto nella maggior parte dei casi a problemi politico-razziali.

Nel proprio paese d'origine la maggior parte dei soggetti era titolare di un'attività lavorativa, anche se non di un lavoro specializzato: attualmente, in Italia, ne sono quasi tutti privi (ed è questa, una condizione largamente diffusa fra i richiedenti asilo, poiché il permesso di soggiorno che gli consente di risiedere nel Paese ospitante, in attesa dello status di rifugiato, non conferisce il diritto, né allo studio, né al lavoro).

Il livello di scolarità si distribuisce, in percentuali più o meno simili, fra il diploma di scuola secondaria inferiore, di scuola secondaria superiore, e titolo di laurea.

La maggior parte di loro non conosce-o conosce male- la lingua italiana, e ciò sembra direttamente collegabile con il brevissimo periodo di tempo intercorso fra l'arrivo in Italia e il momento dell'intervista.

Quasi tutti risultano essere scapoli, sono arrivati in Italia da soli e per raggiungere il nostro Paese hanno utilizzato dei mezzi di emergenza (camion, gommoni).

La scelta dell'Italia come paese in cui rifugiarsi è stata una scelta motivata, e non imposta dalle circostanze né casuale: solo nel 23% dei casi l'Italia era considerata come meta di passaggio per raggiungere successivamente la Germania o altri Paesi europei, ed è stato loro imposto di rimanervi o di fare ritorno, in ragione di un accordo specifico fra i Paesi della CEE (Convenzione di Dublino) che prevede la permanenza e lo svolgimento delle relative pratiche per la richiesta d'asilo nel primo Paese della Comunità europea del quale si varca la frontiera.

Per la maggior parte degli intervistati (circa il 60%) l'accoglienza ricevuta è considerata buona, in coincidenza con l'attesa relativa all'Italia prima della partenza.

Fra le ipotesi relative al futuro prevale quella di rimanere nel nostro Paese con l'aspettativa di vivere in una nazione libera, di potervi trovare un lavoro o continuare gli studi interrotti, e di raggiungere, in definitiva, un buon livello di integrazione nella nostra comunità sociale, malgrado l'integrazione al nuovo contesto venga segnalata come una delle difficoltà più grandi dell'intero processo migratorio.

Conclusioni

Dopo aver condotto una ricerca sul campo, intervistando un piccolo gruppo di ospiti del Centro di Accoglienza ACISEL di Roma, è stata condotta un'analisi quantitativa dei dati evinti dal colloquio, attraverso un programma impostato sull'analisi delle sequenze.

Con i risultati ottenuti si è cercato di tracciare, pur nei limiti di una semplice descrittività statistica, un *profilo rappresentazionale* medio del richiedente asilo, in corrispondenza con le più elevate sequenze relative ai caratteri che sono stati oggetto dell'indagine.

Il primo aspetto di indubbio interesse è costituito dai livelli di scolarità tendenzialmente alti riscontrati nel campione: più di un terzo dei soggetti ha frequentato la scuola media inferiore; più di un terzo ha frequentato la scuola secondaria superiore, e quasi un terzo ha iniziato a frequentare l'università, anche se gli studi universitari hanno subito spesso un'interruzione. La popolazione degli esuli, ad un primo sguardo, appare dunque molto diversa dalla generalità della popolazione coinvolta negli imponenti flussi migratori di

questi ultimi anni, caratterizzata in massima parte da uno status socio culturale molto basso, e da altrettanto bassi livelli di scolarità.

Inoltre, in più della metà dei casi (il 56% degli intervistati) il trasferimento in Italia non è avvenuto in modo casuale, ma sembra essere il frutto di una scelta definita e orientata, che esprime la presenza di una *progettualità* marcata e incisiva. Questo elemento, del resto, trova un'importante riscontro nei buoni livelli di accoglienza sperimentati nel nostro paese (nel 60% dei casi), e nella tendenziale concordanza fra il tipo di ospitalità trovata in Italia e i correlativi livelli di attesa che precedevano la partenza dal paese di origine (nel 55% dei casi tali aspettative hanno ricevuto una puntuale conferma).

A tutto questo va aggiunto che nella stragrande maggioranza dei casi (81%) le aspirazioni legate alla vita nel nostro Paese non si riferiscono né alla semplice soddisfazione di bisogni primari, né ad atteggiamenti di dipendenza, bensì ad un desiderio di attiva integrazione all'interno del tessuto economico e sociale. Va inoltre considerato che l'83% degli intervistati svolgeva nel Paese d'origine un'attività lavorativa, a fronte di una modestissima quota di disoccupati (il 3% del campione).

Leggendo e valutando congiuntamente questi elementi, l'esperienza dell'esilio sembra potersi delineare come un vero e proprio *progetto*, tale da implicare la presenza di una *rappresentazione agentiva di sé, in rapporto all'esperienza che si sta vivendo*.

Il modello emergente non è quello di una relazionalità dipendente-parassitaria, bensì quello di una *costruzione comune del processo integrativo*, che sia in grado di riattivare la produttività economica dei soggetti contestualmente al progredire della loro partecipazione alla vita comunitaria.

L'esperienza dell'esilio si configura perciò come un progetto estremamente doloroso e difficile, in cui la "cultura" fa da base al sentimento di autonomia e alla capacità di rappresentare se stessi lungo un cammino di esplorazione e di ricerca, sulle ceneri dei precedenti fallimenti: se queste condizioni vengono meno, è la stessa esperienza dell'esilio a decadere con esse, derubricandosi ad esperienza di passivo trascinarsi emigratorio-immigratorio.

Lungo questo cammino gli esuli sembrano essere fundamentalmente soli. Nel 91% dei casi nessuno dei familiari è in Italia con loro: ed anche se in seguito la famiglia potrà raggiungerli, ed è presente negli esuli stessi il desiderio di ricongiungimento, si tratterà pur sempre di un evento successivo, di un'esperienza resa possibile dal loro precedente percorso solitario ed "eroico".

Queste osservazioni, naturalmente, non posseggono-sotto il profilo statistico-alcuna pretesa di validità inferenziale sulla realtà degli esuli, ma riflettono semplicemente quanto emerge da un primo "avvicinamento"- di tipo descrittivo e asistemico- all'esperienza dell'esilio. Ci sembra tuttavia che esse possano configurarsi come un utile tassello della definizione di ipotesi d'indagine capaci di produrre una conoscenza più approfondita di questo complesso e drammatico fenomeno sociale.

Bibliografia

- Accardi A.: Il corto circuito dell'emigrante all'arrivo in Italia. *Medicin sans frontiers*, Giornata di studio su richiedenti asilo e rifugiati in Italia. Roma, marzo 2001.
- Carli R.: *Psicologia Clinica: introduzione alla teoria ed alla tecnica*. UTET, Torino 1987.
- Consiglio Italiano per Rifugiati (a cura di): *Procedura per il riconoscimento dello Status di rifugiato in Italia*. Roma, marzo 2001.
- Di Maria F., Lavanco G., Novara C.: *Barbaro e/o straniero. Una lettura psicodinamica delle comunità multietniche*. Franco Angeli, 1999, Roma.
- Montesarchio G.: *Pretesti di colloqui*. Scione Editore, Roma, 1998
- Trentini G.: *Oltre l'intervista. Il colloquio nei contesti sociali*. UTET, Torino, 2000.

Storie di migranti tra integrazione ed emarginazione

R. Marchetti

Collabora per la ricerca territoriale con la Cattedra di Medicina Sociale Università degli Studi di Roma «La Sapienza»
Sociologa volontaria presso l'area sanitaria della Caritas di Roma

“Non si può amare a distanza restando fuori dalla mischia senza sporcarsi le mani, ma soprattutto non si può amare senza condividere”

Don Luigi Di Liegro

Introduzione

L'attuale complessità dei flussi migratori richiede, rispetto al passato, una più attenta analisi antropologica sulla difficoltosa realtà che accompagna lo stato di salute degli immigrati; questi, portatori di una pluralità di espressioni, inglobano in modo variegato, secondo usi e costumi tipici del loro gruppo, la malattia e i sintomi che questa procura.

Molto è demandato ai centri di accoglienza gestiti dal privato sociale e dal volontariato, soprattutto per quei migranti che risultano privi di permesso di soggiorno, anche se non sempre, le risposte fornite sono adeguate al tipo di richiesta fatta, spesso in maniera implicita e non sempre decodificabile all'istante.

Questo tipo di utenza è anche portatrice di problematiche che risentono sia della loro collocazione socio/economica/ambientale, sia delle dinamiche del quotidiano vissuto da molti con estrema precarietà.

«In queste nuove tendenze si privilegiano, ad esempio, nell'itinerario della malattia, il narrato e la comunicazione intersoggettiva fra medico e paziente, fra familiari, fra etnografo ed informatore fra attori sociali di uno stesso gruppo etnico».(Nathan1988)

L'indagine qui elaborata è parte integrante di una ricerca incentrata sulle esperienze vissute da immigrati irregolari, trovatisi nella condizione di malati gravi,- come può esserlo quando si è affetti da TBC polmonare (Marchetti 1998) - e sulle risposte che queste persone hanno elaborato per fronteggiarle.

Non stiamo parlando solo delle malattie di per sé invalidanti, ma soprattutto delle vicissitudini che questi migranti sperimentano, legate alla loro condizione; delle difficoltà soggettive correlabili al loro stato di transculturalità; dell'obiettivo sempre presente di una loro possibile integrazione nel nuovo contesto sociale; delle esperienze negative dovute all'emarginazione che molti di questi immigrati proprio per la loro posizione giuridica d'irregolarità tutt'ora vivono; etc.

L'indagine

Obiettivo dell'indagine, è stato quello di focalizzare alcuni momenti del percorso migratorio, legati all'immigrazione clandestina e caratterizzati dalle precarie condizioni di salute presentate dalle persone, oggetto di questo studio.

La comunicazione si articola in quattro tematiche: stato di salute e malattia; dinamiche interpersonali; momenti d'inserimento/rifiuto sociale; migrazione tra passato e futuro.

Ogni testimonianza è corredata da dati quali: sesso, età, stato civile, religione ed è, come abbiamo già detto, parte di una più vasta ricerca che comprende tre tematiche: TBC polmonare e percorso migratorio; irregolarità giuridica e disagio sociale; condizioni di alcolismo in contesto migratorio (vedi atti Congresso 2000 SIMM).

Materiali e metodi

Il campione casuale semplice determinato dalla ricerca sopracitata riguardava 30 soggetti, mentre nella specifica indagine esso è composto da 11 persone, un'extrapolazione dell'universo interessato.

L'intervista, nella sua rilevazione integrale riguardava una serie di tematiche alcune già analizzate (cfr ricerca cit.), mentre per gli argomenti qui trattati, non tutte le testimonianze erano d'interesse relativo ai temi specifici in oggetto.

La metodologia «delle storie di vita» è finalizzata ad una osservazione diretta ed attenta delle espressioni spontanee in condizioni di estrema confidenzialità; momenti, ricchi di sentimenti altrove repressi, che trovano nel particolare approccio il modo di essere liberati, perché parte integrante della personalità di chi li esprime ed in quell'istante più facilmente decodificabili.

Naturalmente in quest'ambito è garanzia della veridicità dei contenuti la fiducia nell'etica professionale, che impone la riservatezza e l'anonimato della persona condivisa da tutti gli intervistati; i colloqui qui riportati si sono svolti infatti alla sola presenza del rilevatore per ovviare ad un qualsiasi condizionamento, ogni intervista è corredata da una sigla che sostituisce il nome

Le testimonianze sono state trascritte salvaguardando la loro espressione originale, questo per dar modo al lettore di recepire l'autenticità dei sentimenti manifestati, le frasi più significative sono corredate da un'analisi sociologica.

Stato di salute e malattia

L'affluenza di migrazioni clandestine non previste dall'ordinamento dei flussi migratori né da politiche atte all'accoglienza imprevista, possono creare situazioni di emergenza, che comportano inevitabilmente anche problemi sanitari e di assistenza, correlati più a condizioni di disagio, povertà, degrado sociale, che a situazioni cliniche rilevanti.

Tali vissuti legati allo stato di precarietà possono proporre anche problemi legati alla sopravvivenza come la sottoalimentazione, oppure a patologie quali: disturbi alimentari e malattie metaboliche (in un caso è descritto il diabete), la TBC polmonare presente in tutti gli intervistati, o ancora uno stato di disagio sociale che molti di questi immigrati vivono nella condizione di irregolarità/clandestinità

Va tenuto presente, in accordo con la letteratura scientifica specifica, come la maggior parte dei migranti, anche in condizione di clandestinità, al loro arrivo in Occidente sono in buone condizioni di salute.

M, anni 24, stato civile coniugato, religione Islam, Banglades

«8-9 anni fa quando ero in Banglades ho avuto problemi tonsillari...nel 1992 sono andato a Mosca per studiare tecnologia computerizzata e poi in Romania per tre mesi, avevo asilo politico riconosciuto ... in Italia sono venuto subito ... a Roma siamo in un appartamento di 3 stanze in 10 persone, ci aiutiamo tra amici per mangiare...avevo un accesso al linfonodo dx, mi sono recato al pronto soccorso per incidere l'accesso; io non sapevo di

avere la tubercolosi, credevo fosse un'infezione,...sono stato ricoverato per 17 gg. io ero tranquillo perché non sapevo di avere la tubercolosi, i miei amici poi mi hanno spiegato che se mi curo non è una cosa grave...ora dormo separato perché posso trasmettere la malattia, ho compreso la necessità perché è un bene per tutti».

Analisi sociologica

Chiedere ed ottenere l'asilo politico presso un paese straniero è per molti immigrati provenienti dal Bangladesh e non solo, la sola soluzione possibile per poter avere una vita dignitosa, questo almeno nelle aspettative di chi parla; l'intervistato infatti oltre alla sua grave posizione politico/giuridica, presenta anche uno stato di salute debilitante come può esserlo la TBC polmonare.

Il rischio sanitario ha una prevalenza ed una incidenza spiccata nelle classi sociali più basse ed emarginate, associato alla ricorrente precarietà e promiscuità abitativa, spesso in ambienti malsani che moltiplicano le probabilità d'infezione e di reinfezione.

M, anni 48, stato civile coniugato, religione cattolica, Filippine

«Durante un ricovero in ospedale al Forlanini per TBC polmonare nel '87... in quei giorni ero sempre peggio sempre a letto, ma dopo 6 giorni mi sono sentito meglio, lì mi sono trovato bene, però non ho fatto amicizie perché non parlavo l'italiano...da quel momento non ho più lavorato,...ora la condizione di salute è di nuovo peggiorata, fino al marzo '95...mangio poco perché non ho appetito, fui ricoverato anche al San Giovanni per il diabete...mi sento proprio male non ce la faccio più.»

Analisi sociologica

Il soggetto in esame, presentava al momento del rilevamento situazioni estreme e debilitanti, associate ad uno stato di malnutrizione, condizioni di sottopeso e difficoltà deambulatorie.

Al problema della TBC polmonare, al diabete e ai relativi ricoveri, va aggiunta una forte inappendenza, quest'ultima da correlarsi ad un alcolismo tutt'ora attivo; condizioni queste che precedono definitivamente lo stato di inabilità grave, ed il ricorso all'assistenza gratuita.

F, anni 38, stato civile coniugata, religione cattolica, Perù

«Ci siamo sposati in Italia e poi è nato il bambino subito ed economicamente siamo tornati indietro e così sono passati 6 anni, per un anno ho lavorato, ma poi quando sono rimasta incinta e la gravidanza era troppo difficile per me ho smesso, ...poi abbiamo deciso di mandare il bambino al mio paese perché non abbiamo fatto niente e adesso siamo a punto e daccapo».

Analisi sociologica

Negli ultimi anni grazie anche alla legge che garantisce il ricongiungimento familiare, appare evidente una maggiore connotazione femminile dell'universo migratorio nella sua totalità; le donne a differenza degli uomini, trovano con più facilità lavoro, soprattutto come colf o nell'assistenza agli anziani/bambini.

Comunque in caso d'irregolarità giuridica e/o malattia, tali occupazioni presentano una costante nella precarietà/temporalità del rapporto lavorativo, come nel caso in esame anche a causa di una difficile gravidanza.

L'instabilità economica e lavorativa è da queste persone pesantemente vissuta, non solo per la mancanza di una retribuzione sicura, ma soprattutto perché lavorando nel sommerso esse sono sprovviste di quei contributi previdenziali e relative agevolazioni previste dalla legge come la tutela della maternità e dell'infanzia, ivi compresa la tutela per la salute del minore solo in parte risolte con l'attuale normativa.

Momenti d'inserimento sociale

Nell'argomento qui proposto sono di particolare rilievo gli aspetti transitori e mutevoli delle prime fasi della migrazione; un'analisi dettagliata dei processi simbolici, delle credenze, delle pratiche culturali, dei pregiudizi, che accompagnano la fase transitoria del mutamento, sono parte integrante di questa esperienza.

L'Italia, nella sua repentina trasformazione socio/economica, ha avuto un incremento costante dei flussi migratori, trasformandosi da paese di emigranti, in paese a forte immigrazione, allineandosi in tal modo a molti altre nazioni occidentali.

Questa situazione, sembra sempre più rappresentare un fenomeno duraturo e forse in futuro di crescente intensità, che determinerà una maggiore diversificazione etnica, linguistica, religiosa, culturale della popolazione presente sul nostro territorio.

In questa cornice in costante evoluzione, il disagio vissuto dall'immigrato nell'impatto con la realtà migratoria potrebbe dar luogo a difficoltà oggettive legate all'inserimento sociale, una considerazione questa da imputarsi essenzialmente alla mancanza di una cultura della reciprocità, che relega in una condizione minoritaria «l'alterità» presente spesso in chi appartiene a culture non facilmente omologabili a quella egemonica.

F, anni 39, stato civile divorziata, religione cattolica, Ecuador

«E' la prima volta che esco dal mio paese...sono arrivata bene poi un anno fa mi sono ammalata,...ho sentito dolore alle spalle, ho chiesto aiuto ad una suora anglicana non conoscevo la Caritas...ora mi sento meglio però mi sento emarginata per un difetto che ho al mio occhio e perché sono del terzo mondo...qualche volta quando si entra in un negozio pensano che siamo ladri,...in un'agenzia per lavoro mi hanno trattata male, e ladri e ladri è brutto che siamo trattati così...mi è entrata un pò dura...la soddisfazione nel lavoro lasciano un pò, mi danno un pò d'amore dopo mesi di sofferenza... sono una figlia di famiglia...ora ho visto che davvero mi danno amore.»

Analisi sociologica

La teoria della tensione e della privazione relativa, può aiutarci a spiegare il senso complessivo di emarginazione vissuto dal soggetto in esame, Esso è tipico di molti immigrati irregolari che incontrano difficoltà nel trovare un clima di accoglienza che possa favorire l'inserimento stabile nel mondo lavorativo, con una retribuzione sufficiente (Barbagli 1998). Nei periodi immediatamente successivi l'entrata nel nostro Paese, proprio a causa dell'irregolarità giuridica presentata, molte di queste persone debbono sottostare «all'arte del vivere», spesso esposte a soprusi ed offese solo perché impossibilitati a difendersi. Una condizione individuale estremamente gravosa, soprattutto per chi soffre la nostalgia per la propria terra, la propria famiglia, ovvero la privazione affettiva.

F, anni 23, stato civile nubile, religione cattolica, Perù

«Sono circa 4 anni che sono in Italia perché in Perù lavoravo in un'agenzia di viaggio...ho chiesto e mi dissero che c'era lavoro, così anch'io sono partita per ragioni

economiche...avevo una coppia di amici anche loro senza lavoro e senza casa, in una stanza eravamo 8-9 persone, sentivo freddo, volevo tornare in Perù...sono rimasta perché mi hanno convinto ad andare dalle suore peruviane, lì potevo dormire, poi mi hanno trovato lavoro, ... l'assistenza ad un uomo anziano allettato ... io ero così lontana senza nessuno e poi meno male che c'era questa suora e questa famiglia con cui andavo d'accordo.»

Analisi sociologica

La ricerca sul campo, deve tener conto del disagio prodotto da concezioni e stili di vita differenti da quelli del contesto migratorio in cui è collocato il soggetto in esame.

Il sentimento della nostalgia espresso dalla paziente è sempre presente nel cuore di chi è lontano, soprattutto quando si è alla prima esperienza migratoria, lontano da casa, dagli affetti, da tutto quello che è familiare, usuale, parte del proprio bagaglio di esperienze già vissute e difficilmente riproponibili.

Al momento dell'impatto con il nuovo contesto, è importante il modo in cui si è accolti, e perché esso sia proficuo, dipenderà da fattori importanti come: chi si incontra, per chi si lavora, come vengono superate le diversità culturali, quale sarà il grado di accettazione che si raggiunge, etc. che determineranno il proseguo del soggiorno perlomeno nei primi tempi

M, anni 27, stato civile celibe, religione Islam, Banglades

«Sono partito dal Banglades perché nel mio paese non c'è lavoro ed è molto popolato...finiti gli studi ho deciso di partire per l'Europa e ho scelto l'Italia perché mi piace, ma soprattutto perché la legge è favorevole per noi immigrati...sono tre anni che sono arrivato, ho trovato altri del mio paese, ho trovato lavori saltuari e poco pagati, ho fatto anche il lavoro ai semafori, quest'estate ho lavorato sulle spiagge ma ora cerco un lavoro migliore»

Analisi sociologica

Il problema della precarietà occupazionale è sicuramente tra le principali preoccupazioni di questi immigrati, precarietà non significa soltanto incertezza del posto di lavoro, anche salari ridotti, continui spostamenti per una migliore sistemazione, difficoltà alloggiativa e di conseguenza una maggiore possibilità di malattia.

L'intervistato si augura di trovare un lavoro migliore, una possibilità che potrà verificarsi ancor più concretamente quando avrà acquisito il permesso di soggiorno, perché l'irregolarità favorisce l'instabilità e difficoltà nell'inserimento sociale oltre al sommerso.

Dinamiche interpersonali

La migrazione comporta cambiamenti oltre che spaziali, anche micro e macro sociali; questo significa che l'impatto con la nuova realtà si verifica in un'atmosfera di ridefinizione del quotidiano, con una messa in crisi di ciò che fino ad allora era il conosciuto.

La continua rielaborazione di modi di vivere diversi, non è esente da difficoltà, ma consente al mondo interno della persona di raffrontarsi con il mondo esterno spesso sconosciuto, vacillante, instabile.

Il tessuto sociale in cui viviamo sempre più condiziona il cambiamento, e comporta la necessità di prendere atto che le nuove situazioni vanno affrontate dalle istituzioni senza improvvisazioni, in caso contrario ne risulterà impoverita l'informazione, la conoscenza e la elaborazione efficace delle soluzioni.

F, anni 18, stato civile nubile, religione Islam, Somalia

«Ora lavoro da una signora come domestica...stare con un'altra donna che non è tua madre tutti possono capire, però non mi tratta male...ho amici italiani e mi trovo bene, c'è l'ho anche americani al centro linguistico America Center...ho avuto anche un fidanzato italiano, ora ci siamo lasciati perché lui era gelosissimo...ora siamo amici...io rimango in Italia e cerco di avere qua mio fratello, ora lui è in Kenia...i primi tempi avevo difficoltà linguistiche.»

Analisi sociologica

La mancanza di rassicurazioni esistenziali, rappresentate: dalle relazioni familiari/amicali, dalla solidarietà del gruppo, dal portato culturale, dallo spazio potenziale del contesto originario, possono definire lo stato psicologico del migrante, spesso segnato da carenza affettiva; un insieme di fattori che determinano il sentimento della nostalgia.

Il ricongiungimento con il fratello sarà per questa ragazza non solo motivo di gioia, ma anche di serenità per l'appoggio affettivo e di sostentamento conseguente, con il tempo questo potrà contribuire al loro definitivo inserimento sociale nel nostro paese.

F, anni 32, stato civile nubile, religione cattolica, Perù

«Qui in Italia già c'era mia sorella però lei è sposata, loro (anche il cognato) sono regolari, ho cercato lavoro dopo aver imparato l'italiano poco, poco, così sono stata in diversi posti di lavoro...dipende dalla signora se è buona, un pò umana, ...in ogni lavoro mi trovavo male perché la signora è cattiva non mi dava da mangiare e poi quando stavo male mi buttava fuori...ho lavorato con una nonna ed un bambino grande a Fregene, lì l'unica signora che era bravissima, però era per poco tempo, per due mesi al mare dopo sono senza lavoro...ora sono in affitto perché non posso andare da mia sorella, siamo in cinque in una stanza.»

Analisi sociologica

La donna immigrata si connota con una doppia differenziazione nell'immaginario collettivo autoctono: appartiene ad un'altra cultura, è differente per sesso o genere da chi detiene il potere, un duplice condizionamento che relega molte di queste donne perlopiù in età fertile essenzialmente al ruolo riproduttivo, con la conseguente esclusione dal circuito del potere, in uno stato di subalternità sia orizzontale (tra i sessi), che verticale (classi sociali). La paziente esprime appieno queste due connotazioni associate anche alla difficoltà linguistica, cui vanno aggiunte lo stato di malattia e la precarietà economico/abitativa.

Migrazione tra passato e futuro

Migrare da tutto ciò che è familiare può generare ansia e sofferenza, cioè un disagio spesso manifesto non nell'immediato, ma dopo una serie di possibili deprivazioni.

Si è inseriti in un mondo che ha avuto un'evoluzione culturale diversa da quella del proprio paese, si vivono situazioni forgiate da valori diversificati da quelli cui si fa riferimento, si preferiscono simboli e atteggiamenti non decodificabili almeno nell'immediato, si è portatore d'altrettanti simboli e comportamenti non decodificabili dalla società autoctona.

Ed il futuro cosa riserverà?

Il migrante resterà per sempre nel paese ospitante, oppure deciderà per un ritorno nel proprio paese, o la migrazione si sposterà verso altre mete?

Non c'è dubbio che la migrazione del ritorno sarà altrettanto difficile come quella di partenza che era piena d'entusiasmi.

Chi torna non trova più ciò che ha lasciato, la vita, anche nel proprio paese ha fatto il suo corso creando cambiamenti, i figli saranno cresciuti ed avranno progettato mete non più condivisibili, il paesaggio avrà subito delle modifiche ambientali, forse la situazione politico/economica sarà differente.

Ma è cambiato anche chi torna, forgiato da sofferenze, sconfitte, qualche vittoria, forse l'affermazione, ma è pur sempre cambiato.

Questi sarà diverso da colui/colei, che, partito/a un tempo lontano con tante speranze, aveva la nostalgia nel cuore.

M, anni 28, stato civile coniugato, religione Islam, Bangladesec

«Sono partito per motivi economici...con l'aereo sono entrato in Italia come turista, subito a Roma dove avevo degli amici che mi hanno aiutato...dopo la malattia da TBC, io pensare come se non lavorare casa soldi capito, io malato qua, non c'è mamma, non c'è moglie, io malato, non guardo figlio, figlia...cosa farò per vivere e la mia famiglia?»

Analisi sociologica

Il problema economico è ricorrente nelle testimonianze e la mancanza di risposte concrete rispetto alle attese possono creare anche stati di conflittualità interiori nei confronti dell'ideale dell'Io spesso irrealizzato.

Il soggetto esprime appieno il suo senso di sconforto legato all'impossibilità di realizzare i propri progetti causa la malattia, con conseguenze economiche difficoltose, oltre che uno stato nostalgico per la lontananza da «casa».

F, anni 31, stato civile separata, religione cattolica, Perù

«Al principio non mi sono trovata bene perché non mi sentivo bene qua per la nostalgia della famiglia, penso ai miei figli che studiano, due femmine di 14 e 12 anni, mi sentivo sola, ora io ho capito perché la mia vita è così che posso fare!...adesso mi sento tranquilla, voglio solo curarmi per vivere e poi tornare a casa mia con la mia famiglia, ho due figli che mi aspettano.»

Analisi sociologica

La donna che migra oltre al fatto stesso di inserirsi in un nuovo ambiente, vive soprattutto una radicale trasformazione della sua posizione sociale: sia rispetto al contesto originario ormai lontano, sia in quello di accoglienza divenuto una realtà attuale.

Ella si trova in un «altro mondo», un mondo più «permissibile» culturalmente rispetto a suo, dove se si presenteranno le «occasioni favorevoli», potrà esprimere appieno le sue potenzialità, entrando in tal modo a far parte di una nuova organizzazione sociale, quasi un «rito di passaggio».

Purtroppo non tutte le migranti riescono a sperimentare questo svincolo dal passato. Si verifica come nel caso in esame, la ricorrente situazione che tutto sarà impossibile causa l'insorgenza della malattia oltre la precarietà sociale ed altri impedimenti tipici di situazioni sopra descritte.

E allora!...allora si sente il bisogno di ritornare al proprio mondo, un mondo difficile, ma che già si conosce o si crede di riconoscere, come è il caso dell'intervistata che “progetta” una «nuova migrazione», quella verso il proprio paese di origine.

M, anni 25, stato civile celibe, religione greco ortodossa, Etiopia

«Mio padre è eritreo e mia madre etiopie, sono venuto in Italia come turista, avevo il permesso di soggiorno che ora è scaduto, la vita qua è troppo difficile perché senza soggiorno non hai possibilità di trovare lavoro...ora lavoro saltuariamente...voglio partire per il Canada, dipende dall'ambasciata e dal rilascio dei documenti...ho una ragazza etiopie che sta in Canada, forse ci sposeremo...io non ho interesse ad imparare l'italiano perché ho difficoltà d'inserirmi, non mi sento accettato.»

Analisi sociologica

Spesso il programma legato alla migrazione si esaurisce prima ancora dell'impatto dell'individuo con la società ospitante.

Un ambiente che nutre aspettative elevate nei confronti del singolo che migra, legato soprattutto all'idealizzazione che la società autoctona ha della propria organizzazione sociale.

Un fattore questo, che concorre a far affiorare ancor di più il senso di sconfitta, in chi, non riesce ad avere la possibilità di un possibile inserimento sociale.

Questa sensazione di «aver perso la faccia», è presente nella testimonianza qui riportata tanto da indurre il soggetto al rifiuto in toto di un possibile inserimento lavorativo nel nostro paese

Risultati

Nelle storie qui analizzate si evidenzia:

1- in tutti i casi:

- uno stato di precarietà in rapporto costante alla condizione d'irregolarità giuridica, che impedisce un reale ingresso nella condizione lavorativa, e conseguente collocazione sociale.
- La condizione di malattia (quale la TBC polmonare), è anch'essa un impedimento insuperabile perché si realizzi una buon approccio all'interno della nostra società.
- Un senso di sconfitta per la non realizzazione di ciò che si era inizialmente pronosticato, che aggravato dalla solitudine determina uno stato d'intensa nostalgia (base della "migrazione di ritorno");

2 in particolare nelle donne ancor più degli uomini:

- una condizione emarginata più complessa che spinge ancor all'assunzione di ruoli estremi e discriminati.

Conclusioni

L'INDAGINE SUL CAMPO E I RISULTATI OTTENUTI, METTONO IN EVIDENZA:

lo stato di malattia nodo cruciale nel percorso esistenziale dei migranti all'interno di:

- i nodi problematici tipici legati alla pluretnicità delle grandi aree urbane, come può avvenire in una capitale come Roma;
- e le modalità di risposta che la società autoctona produce spesso verso l'alterità.

Questo impone per la società accogliente e per le istituzioni demandate a sviluppare politiche di prevenzione e tutela della salute nell'immediato:

- una cautela per un'attenta lettura e/o rilettura delle realtà sociali che definiscono le condizioni di malattia e sul significato che queste assumono per l'esperienza individuale del migrante.

Nel medio termine

- la necessità di sviluppare ed affinare gli strumenti per una analisi interdisciplinare:

Infatti

- un'attenzione particolare va rivolta anche al vissuto, alle rappresentazioni culturali, ai miti condivisi alla sofferenza e al disagio sociale sperimentato da questi migranti.
- Lo stato di malattia che queste persone considerano su basi diverse dalla logica occidentale (non in senso ippocratico - Nathan 1989). Tali basi continuano ad esistere anche se spesso l'influenza delle stesse viene dagli immigrati negata o più verosimilmente rimossa.

Bibliografia

AA.VV. Dossier statistico 2001 a cura della Caritas Roma

R. Bastide - Sociologia delle malattie mentali -ed. La nuova Italia 1981 Fi

F. Ferrarotti - Il filo spezzato: disagio, esclusione sociale e povertà nel Lazio ed. Cripes 2000 Roma

F. Giberti - Manuale di psichiatria- ed. Vallardi Mi

R. Marchetti - Tubercolosi polmonare e percorso migratorio - in atti Convegno per noi, Roma 1998

C Grinberg, R. Grimberg - Psichiatria e cultura - Ed. Franco Angeli 1990

G. Maciocco - Tubercolosi, povertà, immigrazione. Cuamm Notizie; XX, 1995

S. Mellina - Psicopatologia dei migranti - Ed. Lombardo 1992

T. Nathan - La follia degli altri, 1989.

Le politiche locali per l'assistenza sanitaria agli immigrati

B. Martinelli, S. Geraci
Caritas Roma – Area Sanitaria
Via Marsala, 103 – 00185 Roma

Introduzione

Il flusso migratorio diretto verso l'Italia a partire dagli anni 80, ha assunto dimensioni sempre maggiori fino a raggiungere attualmente proporzioni significative, portando la nostra società a contatto con culture, religioni, problematiche prima quasi sconosciute. A differenza di altri Paesi europei, come la Francia, la Gran Bretagna e l'Olanda, che, in considerazione del loro passato coloniale, hanno potuto confrontarsi con la questione immigrazione, il nostro Paese si è trovato impreparato e senza un preciso e coerente disegno politico, necessario per gestire adeguatamente il fenomeno.

Solo con l'emanazione, nel marzo 1998 della legge 40, poi confluita nel D.lgs n. 286/98 dal titolo: "Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero", la normativa nazionale sull'immigrazione ha raggiunto un traguardo significativo e cioè il passaggio da una politica piegata sull'emergenza ad un concreto impegno di pianificazione. Il regolamento di attuazione previsto dallo stesso T.U. (il D.P.R. n. 394 del 31/08/99) ha poi illustrato le modalità applicative.

Soffermando la nostra attenzione all'ambito sanitario, ulteriori chiarimenti sono stati forniti da una Circolare del Ministero della Sanità datata 24/03/2000.

Inoltre uno spazio specifico sulla tutela della salute degli immigrati è stata dedicata nel Piano sanitario nazionale 1998-2000 e nella recentissima proposta di P.S.N. per il triennio 2002-2004 di cui attualmente è stata diffusa solo una sintesi.

Infine anche i documenti programmatici relativi alla politica dell'immigrazione e degli stranieri sul territorio dello Stato, predisposti dal Governo, hanno sottolineato l'importanza dell'accesso degli stranieri ai servizi sanitari, contribuendo a favorire una loro progressiva integrazione.

L'area Sanitaria della Caritas romana è impegnata dal 1983 sul fronte della tutela sanitaria per gli immigrati, con particolare riferimento a coloro che non possono usufruire delle prestazioni sanitarie offerte dal Servizio Sanitario Nazionale. Essa è consapevole, grazie all'esperienza maturata sul campo, dell'importanza di conoscere il quadro normativo nazionale e le politiche attivate dalle regioni. Per svolgere azioni di stimolo a livello locale, si è attivata dal 1996, nella raccolta e nel monitoraggio degli atti regionali nell'ambito della promozione della salute per i cittadini stranieri.

Alla Regione, ente di programmazione per eccellenza, spetta la traduzione degli input dati dalla normativa nazionale in adeguate politiche locali. Lo studio e il monitoraggio degli atti regionali permette di valutare il reale impatto delle politiche e delle scelte programmatiche sulla salute degli stranieri.

Normative regionali con specifica attenzione ad indicazioni di politica sanitaria, di programmazione e di progettualità nei confronti della popolazione straniera

La quantità e la tipologia del materiale legislativo (Leggi regionali e relative modifiche, Delibere di Giunta e di Consiglio Regionale e Provinciale, Circolari e Note Regionali e Provinciali, Piani sanitari regionali e piani sulle politiche migratorie, progetti regionali e locali) prodotto e ricevuto dalle Regioni, sull'assistenza sanitaria degli stranieri, varia da una regione all'altra.

Riteniamo interessante riportare una tabella riepilogativa per mostrare, per ogni regione, la differente consistenza nella presa in carico dell'assistenza sanitaria degli immigrati.

REGIONI	Disegno di Legge/Immig	Leggi reg./Imm/Colleg. Imm	Modifica Leg. reg.	Delibere Giunta Reg.	Delibere Consiglio Reg.	Delibere Giunta Prov.	Circolari Reg.	Note Reg./Prov.	Piani Sanitari Reg./Prov.	Piani Politica Immigraz	Progetti Reg./Loc.	Decreti	Tot. Documenti
Abruzzo	-	1	4	-	-	-	-	-	1	-	2	-	8
Basilicata	-	2	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	4
Calabria	-	2	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	4
Campania	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	3
Emilia Romagna	1 (decaduto)	1	1	7	1	-	-	3	1	-	13	-	28
Friuli Venezia Giulia	-	6	1	1	-	-	1	-	1	2	2	-	11
Lazio	-	1	-	14	-	-	9	2	2	-	-	1	29
Liguria	-	2	-	2	1	-	1	-	2	-	-	-	8
Lombardia	-	2	-	2	1	-	1	6	2	1	2	-	17
Marche	-	1	-	3	-	-	-	-	1	-	4	-	9
Molise	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	2
Piemonte	1 (P.S.R.)	2	-	4	-	-	-	1	1	-	6	-	15
Puglia	-	2	-	1	-	3	-	1	1	-	-	-	8
Sardegna	-	1	-	1	-	-	-	-	-	1	5	-	8
Sicilia	-	1	-	-	-	-	6	3	1	-	-	2	13
Toscana	-	3	1	1	7	-	1	3	2	5	-	-	23
P.A. Trento	1	1	-	3	-	4	-	-	1	-	-	-	10
P.A. Bolzano	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	2
Umbria	-	2	1	16	1	-	-	1	1	-	-	-	22
Valle D'Aosta	-	2	-	5	-	-	-	-	2	-	1	-	10
Veneto	-	3	-	10	-	-	3	7	1	1	1	-	26

Da questa raccolta (sono stati considerati atti significativi emanati dal 1988 al 2001) si evidenzia come 4 regioni e una provincia autonoma abbiano prodotto meno di 5 atti (Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Provincia autonoma di Bolzano); altre 9 regioni e una provincia autonoma ci hanno inviato tra 6 e 15 atti (Abruzzo, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Marche, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Provincia autonoma di Trento, Valle d'Aosta); e le restanti 6 regioni si sono caratterizzate per una notevole produzione normativa fino ai 29 atti del Lazio (Emilia Romagna, Lazio, Lombardia, Toscana, Umbria, Veneto).

Inoltre per approfondire l'analisi ed entrare in merito ai contenuti dei documenti analizzati, riportiamo un'ulteriore tabella.

Regioni	Legge regionale		Piano sanitario regionale		Altri atti specifici 1999/2001	
	riferimento	Politica sanitaria attiva	anni di validità	Programmazione specifica	Informativa	Progettualità
ABRUZZO	n. 10/90	O	1999-2001	O	-	-
BASILICATA	n. 26/96	X	1997-1999	-	-	-
CALABRIA	n. 17/90	O	1995-1997	-	-	-
CAMPANIA	n. 33/94	X	1997-1999*	-	X	X
EMILIA ROMAGNA	n. 14/90	X	1999-2001	X	X	X
FRIULI VENEZIA GIULIA	n. 46/90	X	2000-2002	-	X	X
LAZIO	n. 17/90	X	2002-2004#	X	X	X
LIGURIA	n. 7/90	X	2002-2004#	X	X	X
LOMBARDIA	n. 38/88	X	2002-2004#	X	X	X
MARCHE	n. 2/98	X	1998-2000	X	X	X
MOLISE	-	-	1997-1999	-	-	-
PIEMONTE	n. 64/89	X	1997-1999	X	X	X
PUGLIA	n. 26/00	-	2002-2004	X	X	-
SARDEGNA	n. 46/90	X	-	-	-	-
SICILIA	(n. 55/80)	-	2000-2002	-	X	-
TOSCANA	n. 22/90	X	2002-2004	X	X	X
P.A. TRENTO	L.P. n.13/90 (DdL 128/01)	X	2000-2002	X	X	-
P.A. BOLZANO	-	-	2000-2002	-	-	X
UMBRIA	n. 18/90	X	1999-2001	X	X	X
VALLE D'AOSTA	n. 51/95	-	2002-2004	X	X	X
VENETO	n. 9/90	X	1996-1998	X	X	X

* Piano Sanitario Ospedaliero; in Consiglio 2002-2004

Delibera di Giunta

O appena accennato, X contemplato

Rimandando un approfondimento con schede regionali dettagliate ad una prossima pubblicazione specifica è interessante soffermare l'attenzione anche se brevemente, sugli aspetti rilevanti che caratterizzano alcune regioni italiane in materia sanitaria per gli immigrati.

In particolare, per il Nord riportiamo l'Emilia Romagna, Piemonte, Veneto; per il Centro Lazio, Marche; per il sud Campania, Puglia e Sicilia.

L'Emilia Romagna si è rivelata una Regione che ha dato risposta ad ampio raggio sui temi della salute degli immigrati con delibere, circolari regionali e con il Piano sanitario regionale 1999-2001: *"L'obiettivo prioritario è di creare le condizioni per un tempestivo accesso ai servizi da parte dei cittadini e delle cittadine straniere immigrati, regolari e non, tramite azioni concertate dei soggetti pubblici (in primo luogo delle Aziende sanitarie), del privato sociale e del volontariato, che nel settore ha una presenza determinante ed una funzione non surrogabile"*.

In attuazione degli "Obiettivi di Salute" previsti dal P.S.R. 1999-2001, risulta interessante segnalare il Rapporto Tecnico prodotto dal "Gruppo di Lavoro Esclusione Sociale".

Il Gruppo di lavoro ha svolto il suo mandato in tappe successive che hanno visto:

- 1) la descrizione del fenomeno dell'esclusione sociale, delle sue diverse cause e componenti, della situazione attuale dei servizi e degli interventi offerti;
- 2) la rilevazione dei bisogni emergenti e dei relativi fattori determinanti;
- 3) la formulazione degli obiettivi di salute;
- 4) la strutturazione di possibili soluzioni mirate.

Pur consapevoli che immigrazione ed esclusione sociale non è un binomio necessario, è stata colta l'occasione del lavoro di gruppo per individuare percorsi ed obiettivi di salute per l'intera popolazione straniera sia in condizione di marginalità sia integrata nel tessuto sociale e produttivo.

In Piemonte è interessante segnalare l'istituzione dei Centri di Informazione Salute Immigrati (ISI), collocati di norma nei presidi territoriali (ne è previsto uno per ASL di capoluogo di provincia). I Centri svolgono compiti di informazione, promozione, educazione sanitaria e formazione permanente, organizzazione dell'erogazione delle prestazioni, raccolta e trasmissione dati economici-epidemiologici e rapporti con le associazioni.

Il Veneto, ha costantemente governato le problematiche sanitarie con delibere, note e circolari regionali, prontamente adeguandosi alla normativa nazionale (già dal 1991 varie indicazioni e nel 1996 con la DGR 3264 ha definito un *"Progetto regionale in materia di assistenza agli immigrati ed emarginati"*) ed enfatizzando l'importanza della formazione di tutti gli operatori socio-sanitari. Per altro questa regione ha istituito, ai sensi della D.G.R. n° 5105 del 28.12.1998, un gruppo tecnico regionale per proporre, organizzare e monitorare *"Iniziativa sanitarie in materia di immigrazione"* che dal 2000, dopo alcune esperienze pilota, ha pianificato un percorso formativo gli operatori delle Aziende Sanitarie della Regione che in due anni ha coinvolto 15 Az. Ulss e formato quasi 1.000 operatori sanitari.

Inoltre, per facilitare in sede aziendale la conoscenza sulle singole problematiche e le relative soluzioni concordate sugli articolo 34 e 35 del Dec. Leg.vo n. 286/98, il 26/06/2001 hanno emanata una Circolare esplicativa: "Ulteriori istruzioni in materia di assistenza

sanitaria agli stranieri in Italia di cui all'art. 34 (Assistenza sanitaria per gli stranieri iscritti al S.S.N.) e all'art. 35 (Assistenza sanitaria per gli stranieri non iscritti al S.S.N.) del Dec. Leg.vo n. 286/98” .

La normativa della regione **Lazio** è densa di delibere e circolari regionali tra cui segnaliamo quelle per la regolamentazione dell'accesso all'assistenza sanitaria per lo straniero temporaneamente presente. Con tali strumenti la regione si è prontamente adeguata alla normativa nazionale ed anzi ha chiarito ambiti di possibile ambiguità della stessa con riferimento anche alla componente regolare. All'inizio del 2001 ha emanato *delle linee guida per l'assistenza sanitaria* agli stranieri che si caratterizzano per chiarezza e completezza. Anche nella recente proposta di Piano sanitario regionale ampio e significativo spazio è stato dedicato a questo tema.

La regione **Marche** si caratterizza per avere emanato una nuova legge regionale anche se subito prima dell'emanazione del TU sull'immigrazione. In particolare nell'articolo specifico dell'assistenza sanitaria si parla di campagne di prevenzione collettiva e di indagini epidemiologiche, comprese le campagne di educazione sanitaria e di prevenzione anche per l'immigrato, di promuovere attività formative specifiche per gli operatori socio-sanitari indispensabili per migliorare la capacità di lettura, interpretazione e comprensione delle differenze culturali intrinseche nel concetto di salute. Infine la regione, per stimolare l'aggiornamento dei responsabili dei servizi sanitari, promuove seminari periodici di alto livello o direttamente o attraverso le aziende sanitarie, gli organismi nazionali, internazionali e le associazioni del volontariato che operano in ambito specifico. L'impronta innovativa che caratterizza la legge regionale si evidenzia anche dall'art. 20 (*Protezione sociale*) che ha posto una particolare attenzione alla tutela di coloro che sono vittima di situazioni di violenza o grave sfruttamento. Un riguardo specifico è rivolto alle donne e ai minori stranieri vittime del traffico finalizzato allo sfruttamento sessuale; per loro sono stati attivati, anche attraverso incentivi agli enti locali, progetti mirati a creare occasioni di accoglienza, rieducazione e reinserimento come testimoniano i due progetti che ci sono stati inviati.

Della **Campania**, è interessante segnalare la legge regionale sull'immigrazione. 33/1994 in cui all'art. 15 fra i destinatari della tutela della salute, vengono compresi gli stranieri che a qualsiasi titolo si trovino sul territorio regionale, per i quali si prevede libero accesso ai servizi sanitari, ai poliambulatori ed alle strutture sanitarie di base: definizione decisamente nuova rispetto alla legislazione nazionale vigente al tempo della legge regionale ed in linea con l'attuale T.U. sull'immigrazione.

Inoltre con la Circolare n. 3857 del 20/02/2001 vengono indicate le modalità attuative per l'assistenza sanitaria agli stranieri extracomunitari non in regola con le norme sul permesso di soggiorno (Stranieri Temporaneamente Presenti), coinvolgendo i medici di Medicina Generale nell'erogazione di prestazioni di primo livello per STP presso strutture territoriali.

La **Puglia** è stata l'unica regione ad avere prodotto una nuova legge locale dopo l'emanazione del Testo Unico sull'immigrazione ed il relativo Regolamento d'attuazione. Tale legge ha dato ampio spazio alle azioni e agli interventi di competenza dei comuni e alla programmazione degli interventi di competenza della regione, nonché alla Consulta

regionale dell'immigrazione extracomunitaria e al suo funzionamento. Nessun cambiamento rilevante invece, si è avuto in ambito sanitario, anzi nonostante sia stato abrogato l'art. 8 della L. 29/1990 (la vecchia legge regionale sull'immigrazione) relativo alla tutela della salute, nella nuova legge manca un articolo in merito. In verità solo a metà del 2000 la regione con una nota ha preso atto delle innovazioni riguardanti l'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri sul territorio nazionale apportate dalla normativa nazionale ed ha inteso fornire ulteriori chiarimenti circa l'osservazione di alcuni aspetti procedurali che all'atto dell'iscrizione al SSN avevano ingenerato qualche perplessità negli operatori delle strutture preposte all'utenza straniera. Un ritardo che ha penalizzato l'impegno di molti operatori sia del volontariato sia del pubblico che da tempo si adoperavano "sul campo" per garantire il diritto alla salute di questa popolazione.

Un chiaro segnale positivo è stato apportato dal nuovo piano sanitario regionale 2002-2004 - *Piano della Salute e Sistema integrato di Interventi e Servizi Sociali* - in cui tra l'assistenza a *categorie particolari* sono stati inseriti anche gli stranieri extracomunitari non iscritti al Servizio Sanitario Nazionale ai quali deve essere garantito quanto previsto dalla normativa nazionale attraverso una capillare opera di educazione e sensibilizzazione che vede impegnate le strutture del Dipartimento di prevenzione, distrettuali ed ospedaliere, con l'imprescindibile collaborazione dei Comuni e delle Associazioni di volontariato.

La Regione **Sicilia**, la cui legge regionale sull'immigrazione è stata emanata nel 1980, durante il mese di dicembre 1999 ha prodotto una circolare con cui ha informato le Aziende sanitarie delle novità apportate dall'attuale normativa nazionale in ambito dell'assistenza sanitaria agli immigrati.

Questo segnale fortemente voluto dall'associazionismo locale che da anni opera a favore degli stranieri, ha avuto un seguito positivo nel piano sanitario regionale 2000-2002, nel quale sono presenti precisi riferimenti agli stranieri irregolari. Nonostante i principi ispirativi provengano dal D.lvo 18/11/1995 n. 489: "Disposizioni urgenti in materia di politica dell'immigrazione e per la regolamentazione ingresso e soggiorno nel territorio nazionale dei cittadini dei Paesi non appartenenti all'Unione Europea", ormai decaduto da tempo, è significativo che l'assistenza sanitaria di base venga garantita a tutta la popolazione presente sul territorio a qualunque titolo.

Viene riconosciuto il diritto d'accesso alle prestazioni sanitarie ordinarie e continuative e non come nel passato solo quelle che rivestono carattere d'urgenza.

In particolare si riconosce il diritto d'accesso alle prestazioni di tipo preventivo, comprese le vaccinazioni e le norme di salvaguardia della salute della madre e del bambino, indipendentemente dalla posizione nei confronti del permesso di soggiorno.

Da segnalare che dal 1993 la Regione ha identificato un "Centro regionale di riferimento e coordinamento per la medicina delle migrazioni" che ha avuto un ulteriore riconoscimento anche per la medicina dei viaggi e del turismo nel 1999.

CONCLUSIONI

Dal monitoraggio e dallo studio effettuato dal 1996 ad oggi sugli atti regionali in ambito di assistenza sanitaria agli stranieri, si evidenzia una sostanziale lentezza delle regioni ad adeguarsi con specifici atti normativi alle nuove direttive nazionali. Questa lentezza può

essere in parte giustificata dal ritardo nell'emanazione del regolamento di attuazione del Testo Unico, dal rinnovo dei Consigli Regionali e dalle ultime elezioni politiche nazionali. Ad oggi solo la Puglia ha emanato una nuova legge regionale sull'immigrazione (in cui però manca un riferimento specifico all'ambito sanitario), l'Emilia Romagna aveva prodotto un disegno di legge che è stato poi ritirato e la Provincia di Trento è l'unica provincia ad aver presentato (maggio 2001) un disegno di legge: "Politiche per l'integrazione degli stranieri e la convivenza interculturale", in cui è ampiamente trattato il tema della salute e nell'ambito dell'assistenza agli stranieri non iscritti al SSN è previsto un ampliamento degli ambiti garantiti rispetto all'attuale normativa nazionale (prevenzione, cura e riabilitazione dei soggetti tossicodipendenti, persone con HIV e tutela della salute mentale).

Tuttavia, diverse regioni pur non avendo emanato una nuova legge regionale sull'immigrazione, hanno cominciato a recepire le nuove direttive nazionali attraverso iniziative a carattere locale, concretizzatesi in delibere e Circolari Regionali, ambiti specifici nei Piani Sanitari Regionali e nei Piani per la Politica Immigratoria.

Alla luce del passaggio da un'ottica di emergenza alla realizzazione di interventi organici e programmatici, lo studio dei Piani Sanitari Regionali, che si caratterizzano per la loro valenza programmatica, si è rivelato particolarmente interessante.

Il tema della salute degli immigrati negli ultimi anni, è stato affrontato a vari livelli istituzionali e con diversi attori, anche grazie all'impulso normativo nazionale.

L'opportunità avuta dalla condivisione dei risultati del continuo monitoraggio delle politiche locali in alcuni tavoli di lavoro e approfondimento istituzionale, ha permesso di mettere in rete informazioni e orientare scelte metodologiche atte ad una migliore definizione della problematica per individuare politiche che possano, nella prassi, favorire l'accesso ai servizi sanitari da parte dei cittadini stranieri e la reale fruibilità delle prestazioni.

Tra gli ambiti istituzionali con cui si è lavorato, riteniamo stimolante evidenziare il Gruppo salute e Immigrazione dell'Organismo Nazionale di Coordinamento per le politiche di integrazione sociale degli stranieri del CNEL (Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro) che, per garantire di fatto una reale promozione della salute per la popolazione immigrata, ha lavorato sull'accesso al servizio sanitario individuando alcune priorità dove impegnarsi a livello locale: formazione del personale, lettura dei bisogni, lettura della domanda, organizzazione dei servizi, flessibilità dell'offerta, lavoro multidisciplinare, lavoro di rete.

Con l'attuale normativa nazionale si è attivato un processo di revisione delle norme regionali che nei prossimi anni produrrà significativi mutamenti nelle politiche di integrazione dei cittadini immigrati a livello locale; continuare a monitorare questi avvenimenti potrà fornire strumenti utili per valutare adeguatamente il fenomeno ed individuare prontamente politiche sanitarie efficaci per garantire ai nuovi cittadini reali percorsi di inserimento ed integrazione in ambito sanitario.

Il nostro prossimo obiettivo è la realizzazione di un Osservatorio permanente del diritto alla salute per gli immigrati attraverso il consolidamento di una Rete Interregionale.

"Riorientare" i servizi

- **Formazione del personale**

informazione, formazione specifica, formazione relazionale, aggiornamento, ...

- **Lettura dei bisogni**

rilevazione dei dati di routine, indagini specifiche, ...

- **Lettura della domanda**

legata alla percezione dei bisogni, alla traduzione culturale, alla possibilità di esprimersi, all'incontro con i servizi, ...

- **Organizzazione dei servizi**

orari, offerta attiva, mediazione

- **Flessibilità dell'offerta**

modulare l'offerta in base alle verifiche dei bisogni e delle attività, sperimentare nuovi percorsi ...

- **Lavoro multidisciplinare**

all'interno del mondo sanitario, integrazione con altre discipline, ...

- **Lavoro di rete**

con altri attori intra aziendali, istituzionali, volontariato, associazionismo di italiani e di immigrati, privato sociale, ...

fonte: O.N.C.-CNEL, 2000 da lavori di Geraci S., Marceca M. 1995-2000

Bibliografia

- Baglio G, Loiudice M, Geraci S. Immigrazione e salute: aspetti normativi. In Annali di igiene, medicina preventiva e di comunità. Numero monografico "Immigrazione e salute: problematiche sanitarie in una società multiculturale" a cura di Geraci S, Marceca M, Del Vecchio R.. Società Editrice Universo, Roma, 1995; 7: 165-177
- Bai A, Carradori T, Dallari GV, Petio C, De Santis F. Immigrazione e salute: dall'emergenza al diritto. Un'esperienza di integrazione fra pubblico e volontariato. Mecosan 1997; 24 (3): 57-66
- Cidis. La tutela della salute in una società multi-etnica. Atti del seminario tenuto a Perugia il 14-15-16 dicembre 1995 da Cidis e Regione Umbria. Perugia, 1996
- CNEL (Consiglio Nazionale Economia e Lavoro). Organismo Nazionale di Coordinamento per le politiche di integrazione sociale degli stranieri. Sintesi dei Gruppi di lavoro (gennaio-giugno 1999)
- Commissione per le Politiche di integrazione degli immigrati. Primo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia. A cura di G. Zincone. Il Mulino, Bologna, 2000
- Commissione per le Politiche di integrazione degli immigrati. Secondo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia. A cura di G. Zincone. Il Mulino, Bologna, 2001
- D'Andrea MS. La tutela sanitaria dei cittadini extracomunitari in Italia. In Autonomie Locali e Servizi Sociali, vol. 2/96, Iress Soc. Coop. a r.l., Bologna, 1996
- Fumagalli G, Geraci S, Maisano B, Marceca M, Scapigliati A. Il diritto alla salute degli immigrati nelle leggi regionali Italiane. In Atti del 37° Congresso Nazionale "L'Igiene e la Sanità Pubblica alle soglie del 2000". Siti, Napoli, settembre 1996
- Gennari M, D'Andrea MS. Assistenza sanitaria agli extracomunitari irregolari e clandestini. Obblighi del medico. FM Federazione Medica, supplemento al Medico d'Italia n. 37, dicembre 1995
- Geraci S (a cura di). Approcci transculturali per la promozione della salute. Edizioni Anterem, Roma, novembre 2000
- Geraci S (a cura di). Documento finale del Gruppo Salute e Immigrazione dell'Organismo Nazionale di Coordinamento per le politiche di integrazione sociale degli Stranieri - CNEL. In Agenzia Sanitaria Italiana (ASI), n. 13, 29 marzo 2001: 30-46
- Geraci S. Immigrazione e salute in Italia. Immigrazione. Dossier Statistico 2001. XI Rapporto. Nuova Anterem, Roma, 2001: 241-250
- Geraci S. Immigrazione e salute: un diritto di carta? Viaggio nella normativa internazionale, italiana e regionale. Roma: Anterem Edizioni, 1996
- Geraci S. La nuova legge sull'immigrazione: verso una completa cittadinanza sanitaria. In Agenzia Sanitaria Italiana (ASI) 1998 (9): 46-48

- Geraci S. Medicina & Migrazioni. Il caso italiano: la storia e le prospettive. In Atti VI Consensus conference sull'immigrazione e IV Congresso nazionale della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni. A cura di Affronti M, Racalbuto A, Messina MR. Palermo, 2000: 5-14-
- Geraci S, Marceca M. Le politiche regionali per la promozione della salute degli immigrati. In Agenzia Sanitaria Italiana (ASI) 2001 (1/2): 37-41
- Geraci S, Martinelli B. Il diritto alla salute degli immigrati:scenario nazionale e politiche locali. Nuova Anterem, Roma, 2002. In press
- Magliona B. Il diritto alla salute del paziente extracomunitario in condizioni di "irregolarità": problemi medico-legali. Professione sanità pubblica e medicina pratica 1996
- Mancinelli S, Marazzi MC, Panà A. La domanda di assistenza sanitaria: il ruolo del volontariato. Atti del 36° Congresso Nazionale "L'igienista nella gestione della salute dell'ambiente e delle comunità". Siti, Sassari, ottobre 1994
- Geraci S, Marceca M. La promozione della salute per gli stranieri: normativa nazionale sull'accesso ai servizi e politiche locali. Atti convegno Migrazioni e salute. Università di Bari. 2002, in press
- 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
- Marceca M.: L'assistenza sanitaria agli immigrati: quadro normativo e politiche sanitarie emergenti, «L'arco di Giano», n. 22, 1999: 27-35
- Miele R, Palanca V, Palumbo V, Pelliccia L, Tomaselli ML. La nuova legislazione sugli stranieri. Gli stranieri, Union Printing Edizioni, Viterbo, 1998
- Ministero della Sanità – Servizio Studi e Documentazione. Relazione sullo stato sanitario del Paese 2000, Roma, Sistema informativo sanitario, 2001: 191-198
- Montecchi R. Assistenza sanitaria ai cittadini stranieri. In Bioetica, Diritti Umani e Multiculturalità. Immigrazione e sistema sanitario nazionale. Edizioni S. Paolo. Milano, 2001: 190-218

**Promozione della salute e popolazione zingara:
percorsi possibili**

F. Motta, R. Rossano, B. Maisano, S. Geraci
Caritas Diocesana di Roma - Area Sanitaria

Introduzione

La storia dell'esperienza dell'Area Sanitaria della Caritas Diocesana di Roma nell'impegno di promozione della salute fra le popolazioni zingare presenti nella città è la storia di una ricerca continua: non ci siamo fermati alle prime risposte possibili rispetto ad un problema, ma abbiamo continuato ad interrogarci, a valutare il nostro intervento, ad individuare gli errori ed a cercare possibili soluzioni. Per noi la ricerca metodologica per individuare un tipo di intervento sanitario efficace con la popolazione zingara è la vera finalità, il filo conduttore del lavoro.

E' lo stile insegnatoci da mons. Luigi Di Liegro, quello di essere costantemente in cammino, impegnandoci nel dare risposte ma anche nell'interrogarci sulla loro efficacia.

Ma è anche lo stile che ci hanno insegnato gli Zingari: la frequentazione di un popolo in cammino, sulla strada, ci ha insegnato ad essere un'équipe in cammino, a non fermarci alle prime decisioni che sembravano giuste, a metterci sempre in discussione per entrare in dialogo con una cultura differente, dove la relazione con l'altro viene messa al primo posto, dove l'autorità non esiste, ma l'autorevolezza sì che si conquista giorno per giorno con un atteggiamento responsabile e con il rispetto per l'altro.

Non si capisce la "storia" di diciassette anni di attività se non inquadrandola in questa cornice.

Contestualizzazione popolazioni zingare a Roma

Pur esistendo documenti storici che testimoniano la presenza di Zingari a Roma sin dal 1400, la popolazione che oggi occupa i campi sosta della città proviene dall'immigrazione dei Rom dall'Est, soprattutto dalla Jugoslavia, cominciata negli anni '60 e fattasi nei decenni successivi sempre più massiccia; essi provocarono da una parte l'aggravarsi di fenomeni di esclusione e di rigetto, dall'altra l'avviarsi in Campidoglio della dibattito sulla questione della sosta degli Zingari. Anche se nel 1985 la Regione Lazio emanò la legge regionale n. 82 "Norme in favore dei Rom" ed il Consiglio Comunale approvò nel 1986 la deliberazione n.3 per l'istituzione di campi sosta, si è dovuto aspettare dieci anni per vederne realizzati i primi.

Sul numero di insediamenti e di presenze effettive i dati ufficiali non sono mai stati certi; l'Ufficio Speciale per l'Immigrazione (USI - organo deputato all'applicazione delle politiche comunali sui nomadi) ha riportato negli anni i seguenti dati:

**Tabella 1: Numero insediamenti e presenze popolazione Zingara a Roma
dati Camune di Roma - USI**

ANNO	N° INSEDIAMENTI	POPOLAZIONE TOTALE
1994		3.600
1995		5.467
1996	62	6.487
1997	35	4.801
2000	26	4.535
2002	29	6.491

Area Sanitaria Caritas 2001

Bisogna, inoltre, considerare circa altri 1.200 zingari, quasi esclusivamente Lovara e Rom abruzzesi, che vivono in appartamenti ed i Sinti che in genere vengono censiti solo parzialmente in quanto la maggior parte si sottrae al rilevamento, ritenendolo una misura discriminatoria perché sono tutti cittadini italiani. I cittadini italiani, comunque, risultavano nel 1996 essere il 25,8% su tutta la popolazione zingara censita.

Questi dati sono comunque puramente indicativi, come sempre succede quando si cerca di "contare" gli zingari; a questo proposito riportiamo la nostra esperienza, sia per quanto riguarda il numero di insediamenti totali, sia la precisione dei censimenti campo per campo. Una delle prime attività del GRIS – Area Zingari (coordinamento fra quanti, pubblici o privati, lavorano con le popolazioni zingare, soprattutto nell'ambito della promozione della salute) è stata quella di costruire una mappa degli insediamenti zingari a Roma, il più possibile vicina alla realtà: coloro che intervengono nei campi nomadi a vario titolo sono andati correggendo e completando il censimento dell'USI. L'idea è partita dalla constatazione che con una realtà così fluida e mobile come quella delle presenze degli zingari a Roma, solo coloro che sono coinvolti con interventi nel campo socio-sanitario e che garantiscono una presenza costante nei campi, oltre ad essere attenti a ciò che si muove su tutto il territorio, hanno il polso della situazione reale.

Nell'ultimo aggiornamento del GRIS, del settembre 2001, sono risultati in totale 35 insediamenti, con una presenza di 6.682 individui, così distribuiti nelle Municipalità romane:

Tabella 2:
Numero insediamenti e presenze popolazione Zingara a Roma
dati GRIS - settembre 2001

Municipalità	N° insediamenti	Presenze
I	1	104
II	2	128
V	6	501
VI	1	194
VII	6	846
VIII	3	1.472
IX	1	41
X	2	344
XI	3	1.068
XII	3	384
XIII	1	106
XV	2	704
XVI	1	173
XVIII	1	94
XIX	1	189
XX	1	334
Totale	35	6.682

Gris, 2001

In tutti gli insediamenti è attivo il programma di scolarizzazione dei minori del Comune di Roma, affidato ad enti del privato sociale, eccezion fatta per due insediamenti di Sinti giostrai ed altri due monofamiliari, mentre solo in 16 campi sono presenti operatori sanitari delle strutture sanitarie pubbliche, o del privato sociale, o di entrambi in collaborazione.

Il territorio dell'ASL RMB conta la presenza più consistente, con 17 insediamenti e 3163 residenti zingari, seguita dalla RMC (8 campi, 1687 presenze); entrambe le ASL sono attive nei campi sia con interventi vaccinali che di assistenza sanitaria. La RMD ha recentemente avviato un programma di offerta attiva di assistenza sanitaria e la RME assicura la copertura delle vaccinazioni obbligatorie dell'infanzia nei campi di sua competenza. La RMA, dopo aver negli ultimi anni offerto un servizio di vaccinazione ai campi, è attualmente assente.

Per quanto riguarda il numero di presenze reale nei campi, riportiamo la nostra esperienza in un campo della XX Municipalità, a dimostrazione della difficoltà che si trova ogni qualvolta si cerchi di "contare" e catalogare gli zingari. Nel gennaio 2001 il comando dei

VV.UU. di zona ci ha fornito il censimento aggiornato al 20.12.2000. Negli stessi mesi la nostra équipe ha realizzato un censimento che si è concluso in febbraio 2001.

Le presenze totali che risultavano al censimento dei VV.UU. erano di 338 persone, distribuite in 61 nuclei familiari. A noi è risultato quanto segue:

- 236 presenze in 49 nuclei, sovrapponibili a quelli censiti dai VV.UU.; da evidenziare 3 nuclei nei quali, pur risultando in entrambi i censimenti, esistono profonde differenze nella struttura familiare;
- 6 nuclei censiti dai VV.UU. non più presenti, le cui baracche sono state successivamente occupate da altre famiglie;
- 5 nuclei per un totale di 33 presenze le cui baracche sono rimaste vuote per la maggior parte dell'anno.

Appare evidente come in una realtà fluida come quella degli zingari, ogni censimento, anche se condotto in modo esaustivo, non riesce a fotografare la realtà di un campo, dove gli arrivi e le partenze sono continue e caratterizzano la vita interna e sociale del gruppo.

La popolazione zingara non può essere considerata una popolazione omogenea, anche condividendo una comune estrazione culturale e linguistica, ed è una popolazione in trasformazione, soprattutto per alcune consuetudini come lo stesso nomadismo che l'ha da sempre contraddistinta: in molti campi romani la popolazione adulta intorno ai 20-25 anni è nata in Italia e sono sempre di più i bambini, ormai in età scolare, nati e vissuti prevalentemente a Roma. Anche gli ultimi contingenti di Rom giunti in Italia ed a Roma in particolare, hanno espresso più o meno esplicitamente l'intenzione di rimanervi. Gli spostamenti da un campo all'altro sono dettati più da "strategie" di sopravvivenza/adattamento o da politiche incerte, che da scelte ponderate.

Permane in genere l'attitudine a viaggiare, da distinguere con l'atto di trasloco definitivo: in alcuni periodi dell'anno (estate, ...) o per determinate occasioni (matrimoni, funerali, battesimi, etc.) si parte anche per periodi di qualche mese ma poi si ritorna. Il viaggio è occasione di contatti, di relazioni, di coesione di popolo, di gruppo: è ciò che rimane simbolicamente del nomadismo.

Vale la pena precisare che quando si parla di insediamenti si fa riferimento a luoghi fisici dove sono presenti gli zingari, luoghi spesso abusivi, non autorizzati ma tollerati, con servizi inesistenti e condizioni abitative di estremo disagio e di pericoloso sovraffollamento.

Ciò produce un'ulteriore differenziazione della popolazione zingara in base alle condizioni sociali ed all'habitat di vita ed ancora in base alle risorse economiche che riescono a mobilitare (accesso al lavoro, quasi inesistente, reddito spesso da elemosina e/o altre attività non sempre regolari).

Non è possibile in questa sede una descrizione approfondita della società e cultura zingara, ma vogliamo ugualmente evidenziare alcune considerazioni utili che aiutano a definire i bisogni di salute degli zingari:

- è una popolazione giovane, dai censimenti risulta che circa il 50% dei residenti ha un'età inferiore ai 14 anni;
- la scolarizzazione è molto bassa per gli adulti; pur esistendo dal 1996 un'offerta attiva della possibilità/obbligo per i bambini, questa si scontra con molte difficoltà, risultando

- livelli di dispersione scolastica differenziati nei campi (affollamento, gruppo sociale, possibilità di accompagnamento, trasferimenti coatti, ...);
- le fasi di “inserimento sociale” nel proprio gruppo sono anticipate: matrimonio precoce (a 16 anni); distacco dal nucleo paterno intorno ai 20-25 anni; piena autonomia anche decisionale intorno ai 30 anni; a 50 anni si può essere bisnonno/a, riferimento per la famiglia allargata; a 70 anni uscita da un ruolo economico e si tengono i legami di una famiglia spesso largamente distribuita sul territorio nazionale e non solo;
 - prima gravidanza subito dopo il matrimonio, gravidanze ravvicinate, alta parità.

Possiamo distinguere grossolanamente tre fasi della vita di questa popolazione:

- i bambini, fino a circa i 10 anni sono i protagonisti assoluti dei campi: accuditi con attenzione quando sono molto piccoli, rimangono al centro dell’attenzione dei genitori e degli altri parenti pur acquisendo una precoce autonomia: per loro la salute è considerata una priorità in base a canoni culturali da conoscere e da “coabitare”;
- gli adolescenti (spesso precoci) ed i giovani adulti sono più di altri sottoposti ad una serie di fattori di rischio per la salute fisica e mentale che producono spesso un’accelerata espressione patogena (oltre la norma patologie metaboliche degenerative croniche in giovani, gravidanze troppo ravvicinate, abitudini voluttuarie, ...);
- gli adulti e gli anziani risentono delle situazioni di vita che hanno vissuto/subito con condizioni di salute spesso precarie.

Dalla revisione della letteratura sull'argomento si evidenzia chiaramente che le famiglie zingare vengono considerate, in tutto il mondo, come molto svantaggiate nel campo della salute, con elevati tassi di mortalità e morbilità che si traducono in una ridotta speranza di vita, e come le cause di ciò siano complesse e multistratificate. C'è accordo nell'identificare i fattori principali di questo svantaggio:

- sia le comunità nomadi che quelle sedentarie vivono in situazioni abitative altamente degradate;
- sono comunità oggettivamente povere;
- vengono messi in atto pregiudizi e discriminazioni, anche per il loro atteggiamento di separazione dalla società ospite;
- viene impedita loro una reale possibilità di scelta;
- i sistemi sanitari ufficiali sono incapaci di rispondere alle esigenze particolari poste da queste comunità e dallo stile di vita nomade, fino ad arrivare ad una non accoglienza, se non aperta ostilità, ad una burocratizzazione eccessiva, alla politica della privatizzazione che aumentano le barriere all'accessibilità.

L'ESPERIENZA DELLA CARITAS

L'Area Sanitaria per Immigrati e Nomadi della Caritas Diocesana è presente nei campi nomadi di Roma dal 1987; l'intervento è stato caratterizzato, in una prima fase, dalla presenza di un camper attrezzato ad ambulatorio medico mobile che visitava periodicamente vari stanziamenti di nomadi della città di Roma, svolgendo attività nei seguenti ambiti:

- Intervento medico di base
- Intervento Specialistico, soprattutto pediatria e ginecologia

- Educazione Sanitaria
- Medicina preventiva
- Rilevazione epidemiologica
- Rilevazione igienico-ambientale
- Osservazione antropologico sanitaria

Pur continuando questo tipo di attività, che consideriamo prioritaria, a partire da settembre 1995 è stato avviato un progetto pilota con la metodologia della ricerca-azione, con il fine di investire risorse in una situazione ben delimitata per fare ipotesi, sperimentare metodologie e valutare i risultati in un tempo ragionevolmente breve e poter così formulare proposte organiche e concrete di intervento efficace. Particolare cura si è posta nel sistematizzare i dati sia squisitamente sanitari, che socio-culturali, che si andavano raccogliendo.

Da questa attività si è andato delineando il nostro progetto, la cui finalità era quella di sperimentare strategie d'integrazione ed organizzazione in rete degli interventi a favore della popolazione zingara che vive in condizioni di forte emarginazione sociale e sanitaria. Una premessa indispensabile è stato il ruolo riconosciuto alle organizzazioni non governative che più facilmente riescono a raggiungere tale popolazione, ad instaurare una comunicazione e relazione che vinca la diffidenza reciproca, a modellarsi sui loro bisogni percepiti ed espressi e che possono mettere in campo risorse aggiuntive, motivate ed adeguatamente preparate attraverso il volontariato. Crediamo, infatti, che solo dal di dentro è possibile verificare quali barriere prima culturali e poi organizzative possono esistere nell'accessibilità alle strutture, individuare specifici indicatori di salute e monitorare le condizioni di salute e malattia.

Il lavoro con ogni comunità di cultura differente ed in modo particolare con quella degli zingari, richiede una buona impostazione metodologica che permetta all'intervento di essere pertinente rispetto al contesto in cui si interviene. E' importante che il progetto possa mantenere nel tempo caratteristiche di continuità, flessibilità, capacità di adattamento al mutare delle situazioni e mobilità sul territorio.

La nostra metodologia d'intervento, perciò, si è fondata principalmente sui seguenti principi:

- un lavoro "da strada" con un'azione diretta all'interno degli insediamenti nomadi: siamo noi che andiamo da loro e veniamo da loro accolti, ci relazioniamo con un gruppo umano nella sua globalità, facciamo il primo passo per superare la diffidenza e proponiamo un intervento di tutela della salute;
- la ricerca-azione: solo rendendosi disponibili all'azione specifica nel rispondere ai bisogni sanitari espressi e proponendo un lavoro comune di promozione della salute è possibile, oltre che etico, raccogliere dati attendibili che permettano di conoscere questa realtà così complessa ed in gran parte sconosciuta;
- il lavoro di équipe nella quale si convogliano differenti professionalità, esperienze, capacità, e che diventa lo spazio nel quale sia rispondere alle numerose sfaccettature del bisogno che ci è presentato, sia confrontarsi, riflettere insieme, mettendo insieme i pezzi del mosaico di ciò che ciascuno comprende o di cui fa esperienza e nel quale cercare soluzioni comuni da portare avanti coerentemente. Inoltre l'équipe, come gruppo, realizza la prima mediazione culturale, vale a dire funge da ponte tra due mondi in parte incomunicabili tra

loro: fra gli zingari e le strutture sanitarie individuando percorsi accessibili, fra gli zingari e le autorità comunali proponendo soluzioni accettabili per alcuni interventi ambientali, fra gli zingari e la società offrendo informazioni corrette e complete.

In definitiva la nostra presenza è stata caratterizzata dal binomio costanza/flessibilità. Costanza nel portare avanti le attività, negli impegni presi, nel visitare regolarmente i campi; flessibilità nel rivedere continuamente strumenti e programmi, nell'adattarsi alla realtà degli zingari in continuo movimento.

Contemporaneamente ci siamo impegnati in ambiti paralleli e collegati che hanno permesso all'intervento di acquisire un respiro più ampio.

Ricerca bibliografica

Una difficoltà con cui si scontra chiunque sia impegnato in progetti di intervento in salute con gli zingari è quella di reperire riferimenti bibliografici sull'argomento. Oltre ad essere piuttosto esigua, la produzione di testi, articoli, letteratura grigia sullo specifico dello stato di salute della popolazione zingara, metodologia di intervento in campo sanitario ed analisi di esperienze, è estremamente dispersa. Abbiamo verificato che non esiste in tutta Europa un centro studi specializzato su salute zingara e che nei vari centri di documentazione non sono previste sezioni dedicate.

Nell'ottica sia di raccogliere materiale utile per il nostro lavoro, sia, nel tempo, di offrire un servizio a chi si occupa di salute zingara, abbiamo organizzato un archivio, assegnando parole chiave utili per una più facile consultazione, con il materiale proveniente da:

- i testi, articoli e quant'altro già presente nell'ufficio dell'Area Sanitaria Caritas;
- gli articoli raccolti con ricerche su MedLine, continuamente aggiornate, su salute e zingari, e metodologie epidemiologiche con gruppi etnici minoritari;
- il materiale raccolto in Centri Studi e Documentazione europei.

Coordinamento con istituzioni ed associazioni

Uno strumento strategico fondamentale per migliorare l'efficacia dell'intervento si è dimostrato il collegamento, scambio e coordinamento con quanti, pubblici o privati, lavorano con le popolazioni zingare, e soprattutto in salute. In questa ottica ci siamo impegnati, e continuiamo ad impegnarci, nei seguenti ambiti:

- la partecipazione ad iniziative di altre associazioni, quali convegni, seminari, riunioni di programmazione (Opera Nomadi, Arci, Centro Multietnico Navile ...);
- la collaborazione con le Asl nel cui territorio insistono i campi nomadi nei quali siamo presenti;
- i contatti operativi con le strutture sanitarie di secondo livello che fungono da riferimento principale per gli abitanti dei campi per coordinare gli interventi e definire dei percorsi sanitari, soprattutto per i rom non in regola con il permesso di soggiorno;
- il collegamento fra tutte le esperienze sanitarie in atto nei campi nomadi della provincia di Roma: la presenza di campi sosta abitati da popolazioni Rom e Sinti pone delle problematiche sanitarie specifiche, per rispondere alle quali sono in atto varie esperienze di assistenza, sia da parte delle strutture pubbliche come del privato sociale. L'applicazione della nuova normativa per l'assistenza sanitaria agli STP deve tenere in conto da una parte la specifica struttura sociale e la cultura delle popolazioni zingare, dall'altra la maggiore difficoltà di accesso alle strutture sanitarie che queste ultime incontrano. In considerazione delle caratteristiche di questa situazione abbiamo proposto la costituzione del GRIS – Area Zingari, quale luogo di collegamento, confronto e discussione fra le realtà che operano nell'ambito della promozione della salute, con l'intento di essere incisivi in termini di

politiche per la tutela del diritto alla salute. Ciò nasce dall'esperienza pluriennale del Gruppo Regionale Immigrazione e Salute - GRIS - che è un gruppo di spontanea adesione, non istituzionale, a cui sono invitati a partecipare strutture di volontariato, di privato sociale, associazioni di immigrati e strutture pubbliche coinvolte nella erogazione di servizi sanitari, di sostegno e di orientamento sanitario nei confronti di cittadini immigrati indipendentemente del loro status giuridico; possono aderire Enti Pubblici ed Istituzioni che ne condividono le finalità. Finalità del GRIS è la reale e diffusa promozione della salute del cittadino immigrato.

Formazione

L'impegno della formazione ed informazione di personale sanitario ed operatori sociali impegnati a vario titolo, sia nelle strutture ufficiali che nel privato sociale, è sempre stata una costante del nostro progetto.

Rispondendo a varie richieste, l'équipe si è resa disponibile per attività di sensibilizzazione e formazione con la volontà, e nello stesso tempo la necessità, di crescere, di camminare mettendosi continuamente in discussione. Impegnandoci nel conoscere sempre più profondamente la realtà del popolo rom, abbiamo comunicato le esperienze vissute, e le riflessioni da esse sorte, per maturare insieme una cultura diversa, più attenta e sensibile, più disponibile e più partecipe, per stimolare la ricerca comune di nuove politiche in cui tutti sono soggetti e contribuiscono, ciascuno secondo le proprie prerogative.

Metodologie e intervento

La ricerca metodologica, che ha caratterizzato il nostro lavoro, ci ha costretto ad una continua messa in discussione delle nostre sicurezze e dei nostri schemi operativi. Siamo partiti impegnandoci nell'individuazione di una strategia di intervento che fosse efficace e riproducibile in differenti realtà e siamo oggi arrivati alla conclusione che non esiste una "ricetta universale" per il lavoro sanitario con le popolazioni zingare, bensì che sono auspicabili differenti approcci, a seconda della situazione socio-economica del gruppo zingaro con cui si lavora, delle risorse disponibili, delle risorse che si possono mobilitare nella struttura pubblica, del coinvolgimento del territorio nell'accoglienza della realtà zingara.

Attualmente siamo presenti in tre insediamenti di Rom della città di Roma, dove interveniamo con modalità differenti:

- Tor Pagnotta: risposta all'emergenza sanitaria con l'approccio "camper";
- Via del Baiardo: accompagnamento con la medicina di base, l'educazione sanitaria, l'orientamento alle strutture e la ricerca socio-antropologica;
- Villa Troili: attivazione di percorsi fruibili di accesso ai servizi sanitari con l'attiva partecipazione della comunità Rom ed il coinvolgimento delle realtà pubbliche ed associative del territorio.

Tor Pagnotta

Piccolo campo, con circa 80 residenti, ai margini della cinta urbana, sono Rom Khorakhané, di religione mussulmana. E' strutturato su due livelli, ciascuno abitato da un gruppo familiare in relazioni non buone con l'altro gruppo, con le baracche costruite lungo un'unica "strada", costruite in legno o altri materiali di fortuna, con un unico ambiente ove si svolgono tutte le attività domestiche. La situazione igienica è pessima, nonostante sia

presente l'acqua grazie ad alcune fontanelle sparse per il campo, i rifiuti sono sparsi ovunque, con presenza massiva di topi, ed è mancante l'elettricità.

Alcuni eventi tragici occorsi negli ultimi due anni (due morti violente, incursioni della polizia, problemi interni di relazione fra i differenti gruppi familiari) ed il mancato avvio di una cooperativa di lavoro per la raccolta differenziata dei rifiuti, promossa dalla Caritas Parrocchiale e dall'AMA (azienda municipalizzata per la raccolta rifiuti), in collaborazione con la Lega Ambiente e l'Opera Nomadi Regionale, hanno creato un certo sconforto nel gruppo Rom, venendo a mancare una prospettiva di lavoro sulla quale avevano investito, ed hanno indotto varie famiglie a lasciare l'insediamento.

A Tor Pagnotta è presente un'équipe mista, di sanitari e volontari della parrocchia S. Giuseppe da Copertino, che ha provato ad avviare dei micro progetti che richiedevano una raccolta dati:

- misura peso-altezza di tutti i residenti, come strategia per entrare nelle case ed iniziare un dialogo
- accompagnamento durante la gravidanza delle donne ed i primi tre mesi dei nuovi nati
- osservatorio sui problemi dell'adolescenza e sulle tossicodipendenze.

Nonostante, secondo quanto dichiarato dai volontari della parrocchia, grazie all'équipe medica "si è raggiunto un rapporto di fiducia invidiabile", i problemi del quotidiano, le emergenze sanitarie e le richieste di aiuto concrete hanno quasi sempre preso il sopravvento sulla raccolta dati. E' stato possibile pesare e misurare solo i bambini, perché "peso e misura si prendono solo quando si muore", gli adolescenti non erano mai al campo ed era molto difficile avvicinarli, le donne gestivano la gravidanza come un evento naturale, che non necessita particolari cure, e mostravano molta diffidenza e scarsissima collaborazione quando ci si presentava con un questionario da riempire.

D'accordo con il gruppo parrocchiale, si è deciso di continuare la nostra presenza nel campo, con l'obiettivo di non vanificare il rapporto di fiducia già instaurato e di continuare ad accompagnare la popolazione rimasta nel campo nella ricerca di soluzioni ai loro problemi. In questa situazione, l'attività sanitaria si è limitata alla clinica, non esistendo le condizioni per un intervento più integrato.

L'offerta attiva di assistenza medica, con la presenza nel campo del camper attrezzato ad ambulatorio, ci ha posto in una posizione di forza e debolezza allo stesso tempo. Di forza perché sin dall'inizio ci siamo presentati come portatori di una cultura medica attenta alle differenze culturali, aperta all'ascolto ed al dialogo, in definitiva offrendo un servizio ben diverso da quello che in genere gli zingari trovano nelle strutture sanitarie. Questa forza ci è stata riconosciuta dagli abitanti del campo dove siamo intervenuti, che si sono aperti alla relazione con noi. Ma la ricerca di questa relazione, paritaria e sincera, ha caratterizzato in parte la nostra debolezza: il nostro intervento non è stato richiesto dagli zingari, è stato in parte subito, ed avevamo sempre bisogno di essere "accolti", accettati, entrare appunto in relazione con loro per rendere efficace la nostra offerta di assistenza. Ed abbiamo dovuto accettare di essere "usati" dagli zingari secondo ciò che loro consideravano più opportuno. Ci piace pensare che siamo diventati il "medico di famiglia" delle famiglie del campo di Tor Pagnotta, al quale si ricorre per le patologie minori, per il controllo di quelle croniche, e soprattutto per un consiglio, per dialogare sui propri problemi ed individuare insieme possibili percorsi per la soluzione.

Via del Baiardo

E' un campo di medie dimensioni (circa 200 residenti) abitato da Rom Kaniarija, cristiano ortodossi, che mantengono quasi intatta la loro struttura sociale e culturale. Si trova ai margini di un quartiere abitato dalla media-alta borghesia, ma isolato dalla zona abitata, con quasi nessun contatto con il tessuto sociale del quartiere. Le baracche sono immerse nel verde, per circa l'80% sono prefabbricati pavimentati, maiolicati alle pareti e con alcuni servizi igienici (riforniti di acqua da piccoli serbatoi riempiti a mano), gli interni sono sistemati con mobili e gli esterni con airole coltivate, ghiaia e cemento e quasi ogni famiglia ha a disposizione un bagno chimico. Pur essendo assenti acqua (fornita da un'autobotte per 5 giorni a settimana), ed elettricità, la situazione igienica è discreta, soprattutto all'interno delle abitazioni.

Anche qui si interviene con il camper attrezzato, che ben presto si è trasformato da luogo fisico delle visite in simbolo del nostro lavoro, "voi siete quelli del camper", ed in mezzo di trasporto, soprattutto per le attrezzature mediche, le cartelle, i farmaci. Il campo di Via del Baiardo, con un perimetro rettangolare e la distribuzione delle abitazioni dettata da regole di parentela ed uso degli spazi aperti e chiusi, non permette facili movimenti del camper, che si parcheggiava in un punto centrale, sempre lo stesso, ben visibile; i pazienti abituali, portatori di patologie croniche, vi accedevano per il controllo e per ricevere il trattamento, mentre molti altri vi portavano o mandavano la richiesta di una visita domiciliare, che veniva effettuata dal medico appena possibile. Un'équipe di pediatri, nel frattempo, girava per tutto il campo, sia ricercando attivamente alcuni piccoli pazienti da controllare, sia rispondendo alle richieste di nuove visite. Per quest'ultime il camper non è mai stato un luogo di visita, ma solo un appoggio logistico per le medicine e le attrezzature mediche.

L'approccio prescelto di presenza continua e discreta nel campo, privilegiando le visite casa per casa ha permesso di raggiungere buoni risultati: si è creato un rapporto di fiducia fra i medici e gli abitanti del campo testimoniata dall'accoglienza che ci riservano nelle nostre visite ai campi. Infatti:

- in Via del Baiardo praticamente tutti gli abitanti del campo sono stati visitati almeno una volta, a denotare il ruolo nel campo della salute che viene riconosciuto all'équipe;
- in età pediatrica sono stati più numerosi i controlli dello stesso paziente, anche dell'accrescimento per i bambini sani, segno della fiducia che le pediatrie hanno conquistato fra le madri;
- d'altra parte fra gli adulti, la costanza dei pazienti con patologie croniche nel presentarsi ai controlli denota una presa in carico della propria cura da parte dei pazienti che hanno riconosciuto la bontà della terapia, la fedeltà dei medici nel dare continuità al trattamento ed hanno offerto la loro collaborazione nel sottoporsi ai controlli ed assumere la terapia.

A partire da questo rapporto consolidato, uno dei nostri impegni maggiori è stato quello di orientare i pazienti alle strutture sanitarie più adeguate per il problema in questione; lo scopo, oltre ad una gestione adeguata della patologia, era quello di aiutare gli zingari ad uscire dalla mentalità del "qui ed ora" nella soluzione dei problemi sanitari e far loro comprendere la necessità di un percorso complesso ed articolato per raggiungere una vera situazione di benessere. Ma in questo tentativo le difficoltà maggiori ci sono venute proprio

dalle strutture sanitarie: non è facile individuare un ambulatorio, laboratorio di analisi o consultorio, accessibili geograficamente dal campo, disposti ad offrire il servizio dovuto alla popolazione zingara, con un minimo di attenzione alla loro sensibilità culturale e sociale. Attualmente stiamo costruendo un “vademecum” alle strutture sanitarie, fruibile per gli zingari del campo, dopo aver contattato i responsabili e gli operatori delle strutture ed aver concordato con loro i percorsi sanitari più adeguati.

La struttura socio-culturale del campo, la sua strutturazione in famiglie allargate, la disponibilità al dialogo grazie al rapporto di fiducia instauratesi, hanno favorito la raccolta di dati sociali, rilevanti per completare il quadro sanitario delle popolazioni rom, anche se ha richiesto all’equipe una capacità di adattamento alla realtà in continuo movimento di questi gruppi umani e flessibilità nel ricercare continuamente alternative fattibili e rilevanti. Infatti alcune ipotesi di ricerca si sono rivelate non fattibili nella realtà del campo ed hanno dovuto essere ridisegnate fino ad individuare la modalità più adeguata.

In un primo momento si era pensato di procedere per ricostruire gli aspetti socio-anagrafici e socio-antropologici, di utilizzare delle schede raccolta dati complete di tutti questi aspetti, da somministrare direttamente alla comunità. Ci si è ben presto resi conto dell’impossibilità di rapportarsi agli zingari attraverso una metodologia indagatoria. Si è così abbandonata l’idea di ottenere informazioni dirette e ci si è affidati all’aiuto sia del personale della Caritas coinvolto nel progetto salute, sia del personale dell’ARCI impegnato nel progetto di scolarizzazione.

Si è deciso di partire dall’analisi e correzione dell’ultimo censimento, aggiornato al 2000/2001 dal corpo dei NAE XX Gruppo dei VV.UU. Si è infatti proceduto a ricostruire la composizione delle famiglie e la loro dislocazione, le relazioni di parentela, l’esatta localizzazione dei servizi presenti (WC chimici, cassonetti per la spazzatura, etc.), e quindi a ridisegnare una mappa ragionata del campo.

Con l’elaborazione di questi strumenti di lavoro si è costruita una ulteriore scheda per la raccolta dati, in questo caso prettamente socio-sanitari, utile per la verifica delle iscrizioni al SSN, ed al possesso del tesserino STP, ed all’uso che viene effettivamente fatto dei diritti che tali documenti assicurano. Contemporaneamente si sono raccolte testimonianze sull’incontro/scontro con le strutture sanitarie, cercando di ricostruire i percorsi sanitari degli zingari ed il loro rapporto con gli operatori delle strutture.

La metodologia utilizzata per raccogliere questi dati, è stata quella di visitare tutte le famiglie del campo cercando il più possibile di orientare la conversazione sugli aspetti sanitari.

Durante le visite, si è provveduto altresì a fare un lavoro informativo, spiegando l’importanza dell’iscrizione al SSN o il possesso dell’STP, a seconda della posizione giuridica delle persone, distribuendo materiale informativo e dando indicazione sugli iter da seguire. Inoltre i dati relativi all’STP/SSN sono stati ulteriormente confrontati con i dati a disposizione degli operatori dell’ARCI, in quanto circa due anni fa, avevano provveduto a dotare tutti gli abitanti del campo di tesserini STP.

Un altro punto di osservazione importante si è avuto partecipando agli eventi sociali rilevanti della vita del campo: feste religiose (Natale, Svet Iovan, Pasqua), matrimoni, funerali. La relazione che si è creata nel rapporto disteso e cordiale, nel quale noi eravamo invitati da dei padroni di casa molto accoglienti, senza più alcun connotato di “offerta di servizi/accettazione dei servizi offerti”, ma solo con il piacere di fare festa insieme e

conversare da pari, ci ha permesso sia di conoscere meglio una cultura così diversa, sia di aprirci ad un dialogo a 360 gradi.

Villa Troili

L'intervento con il gruppo di Rom Rumeni, circa 200 persone, è cominciato nel maggio 2001, quando ancora si trovavano nel grande casale di Tor Carbone, spazio in completo abbandono e disfacimento. Vi erano giunti circa un anno prima, dopo varie "peregrinazioni" per la città di Roma, provenienti dalla Romania come rifugiati "de facto" a seguito della rivoluzione dell'89, ma anche successivamente, a causa delle pesanti discriminazioni che subivano in patria. La situazione abitativa precaria, l'umidità, l'immondizia, la mancanza di un sistema fognario funzionante, la carenza di acqua, luce e gas facevano considerare tutta la popolazione a rischio per patologie da degrado e povertà. Grazie alla mobilitazione dapprima dell'Associazione 3 Febbraio e successivamente della Caritas, che ha coinvolto attivamente le Istituzioni, ed in modo particolare il Comune di Roma, la comunità rom ha potuto essere trasferita in via di Villa Troili, presso una caserma in disuso, in uno spazio che è stato successivamente attrezzato con acqua, luce, bagni chimici e docce. I bambini, anche grazie ad un progetto finanziato dal Comune all'ARCI, sono stati inseriti nelle scuole ed a partire dal coinvolgimento dei genitori e dall'impegno di insegnanti ed operatori, sta iniziando un difficile cammino di integrazione del gruppo Rom nel tessuto sociale e lavorativo del quartiere. Sicuramente da valorizzare sono le capacità lavorative già presenti nel gruppo con particolare riferimento all'edilizia ed allo spettacolo, data la presenza di abilissimi musicisti.

Un progetto che si serve della costituzione di una cooperativa di produzione lavoro (Lavoro-Rom) ideato dalla comunità in collaborazione con i diversi gruppi ed Associazioni operanti a Villa Troili verrà proposto a titolo sperimentale al fine di ottenere per la maggior parte dei componenti uno status giuridico di legalità (permesso di soggiorno per motivi di lavoro) imprescindibile presupposto per consolidare il percorso di integrazione già avviato.

Dal punto di vista sanitario si è attivato un progetto che ha visto, fin dal suo inizio, la partecipazione diretta della comunità nell'individuazione delle problematiche di salute e delle rispettive priorità. La Ausl RmD, competente per territorio, pur non avendo pregresse esperienze di progetti di salute con comunità di zingari si è dimostrata aperta e grazie anche alla collaborazione di associazioni e gruppi già coinvolti con la comunità, si è riusciti a promuovere alcuni interventi e strumenti di orientamento attivo con l'obiettivo di individuare ed avviare una rete di servizi sanitari in grado di rispondere efficacemente ai bisogni di salute della popolazione.

In attesa dell'acquisizione da parte di tutta la popolazione di regolare permesso di soggiorno e conseguente iscrizione al Servizio Sanitario nazionale, si sta attivando, e rendendo fruibile, una rete di servizi sanitari per gli Stranieri Temporaneamente Presenti (STP), come previsto dalle normative vigenti. Sono state definite quattro aree d'intervento:

- pediatria di base, che comprenda il controllo della crescita e dello sviluppo psico-fisico, assistenza medica e farmacologica in caso di malattia: ci si propone di raggiungere entro l'anno 2002 l'obiettivo che ogni bambino abbia un pediatra di riferimento e realizzi almeno un primo contatto;
- medicina generale adulti e monitoraggio condizioni di rischio: l'obiettivo è di offrire ad ogni adulto un servizio di Medicina Generale, fruibile gratuitamente mediante codice STP, e di impostare ed attivare entro il 2002 un programma di prevenzione per i soggetti a rischio;

- tutela della maternità e monitoraggio gravidanza: il progetto si propone di avviare entro l'anno 2002 programmi di tutela della maternità e monitoraggio della gravidanza con particolare vigilanza per le situazioni a rischio, attraverso servizi fruibili ed attenti alla specificità culturale;
- attivazione di progetti di prevenzione con particolare attenzione alle vaccinazioni obbligatorie e consigliate: ci si propone di attuare durante l'anno 2002 un intervento di orientamento attivo, coordinato con la campagna vaccinale promossa dalla regione Lazio, al fine di assicurare la tutela della salute di tutta la popolazione del campo, anche mediante la copertura vaccinale obbligatoria e consigliata.

Alcuni elementi peculiari e certamente interessanti per lo sviluppo positivo di un progetto di salute efficace per la comunità stanno emergendo da questa esperienza:

1. L'opportunità di intervenire in una comunità all'inizio del suo insediamento (quando non ha ancora sperimentato negativamente l'impatto con strutture sanitarie poco preparate e poco sensibili).
2. La possibilità di individuare all'interno della comunità degli interlocutori affidabili, rappresentativi, riconosciuti, con i quali stabilire un rapporto privilegiato volto a coinvolgere e responsabilizzare altri soggetti o famiglie con attenzione particolare alle donne.
3. La scelta continuamente riaffermata di muoversi solo a partire dalla volontà e dalle risorse della comunità
4. L'importanza di lavorare con il coinvolgimento degli stessi Rom nella sensibilizzazione del territorio in cui si realizza l'insediamento promuovendo attraverso opportuni mezzi di comunicazione locale l'incontro diretto e lo scambio con le persone del quartiere.
5. La formulazione di *un progetto di salute* che preveda un intervento attivo e coordinato da parte della Ausl in un progetto integrato con le altre componenti (sociale, giuridica, lavorativa).

Per continuare

Tre situazioni sociali e sanitarie molto diverse, tre metodologie d'intervento diversificate, in un costante cammino di conoscenza e curiosità, di interrogativi e di scoperte. Un impegno mai standard ma che ha individuato nella flessibilità della pianificazione degli interventi, nel ruolo determinante della comunità d'appartenenza, nel lavoro di rete sociale e sanitaria, nella coabitazione di esperienze e competenze diverse del settore pubblico e del privato sociale ... i punti forti per avviare realmente un processo di promozione della salute della popolazione zingara.

Attualità sul diritto alla salute per gli immigrati in Italia: situazione nazionale e lombarda

P. Olivani, D. Panizzut

(NAGA – Commissione Ministeriale Sanità e Immigrazione)

Dagli anni 80, in Italia, si è progressivamente affermato per tutti il diritto alla salute; tale diritto era inizialmente esteso solo ai cittadini. Attualmente, dal luglio 1998, con l'approvazione del nuovo Testo Unico sull'immigrazione (286/98), il relativo Regolamento di attuazione (DPR 394/99) e la successiva Circolare Ministeriale (5/00), il diritto alla salute è diventato diritto di tutti gli individui presenti sul territorio, cittadini ed immigrati, anche se irregolari.

Questo principio, (sancito anche dalla Dichiarazione Universale dei diritti dell'Uomo , N.Y., 10 dicembre 1948) era già delineato nell'articolo 32 della Costituzione Italiana (1 gennaio 1948.).

L'attuazione di tale principio inizia nel 1978-1980 con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (L. n. 833, 23 dicembre 1978 e L. n. 33, 29 febbraio 1980); da quel momento l'assistenza sanitaria è diventata un diritto di **tutti i cittadini italiani**. In realtà, già dagli ultimissimi anni dell'800, era un vigore anche in Italia, sull'esempio tedesco, un primo modello di assistenza sanitaria tramite assicurazioni sociali obbligatorie (le "mutue"), che copriva, col procedere degli anni, categorie sempre più numerose di cittadini.

Negli anni 80, cessata in Italia l'emigrazione, inizia il periodo della grande immigrazione e inizia a prospettarsi, fra gli altri, anche il problema dell'assistenza sanitaria agli immigrati regolari ed irregolari.

Una serie di Leggi, di Decreti e di Circolari Ministeriali, poneva progressivamente le basi per il riconoscimento di questo diritto, dapprima per gli immigrati regolari (L. 943, 30 dicembre 1986), successivamente anche per gli irregolari (D.L. 489, 18 novembre 1995). Le disposizioni risultavano peraltro assai incomplete e la loro applicazione, da parte delle USL, scarsa ed arbitraria.

Il Ministro della Sanità ha recentemente presentato (5 aprile 2001) una "**guida pratica alla normativa vigente**" elaborata dalla Commissione "Sanità ed Immigrazione", che dovrebbe ulteriormente facilitarne la comprensione e l'attuazione.

Per quanto concerne l'applicazione di queste norme assai innovative, si è constatato che ormai in quasi tutte le Regioni l'assistenza sanitaria viene comunque fornita, pur con modalità diverse. Solo due importanti regioni del Nord, la Lombardia e la Liguria, ed alcune del Sud, sono in ritardo nell'applicazione delle direttive della legge, che ha peraltro valenza nazionale, ai sensi della L.15 marzo 1997,n.59, art.1,comma 3; (questo principio è stato confermato anche dalle recenti disposizioni di leggi in tema di decentramento).


La Regione Lombardia ha emanato dal febbraio 1999 una serie di tre circolari applicative (18/2/1999 Prot.12710, P 12/9/2000 H1.2000.0051048 e P 28/03/2001 H1.2001.0021656) che ripropongono la normativa nazionale .



CIRCOLARI REGIONE LOMBARDIA
Giunta Regionale Sanità
18/2/1999 Prot.12710/G, P 12/9/2000 H1.2000.0051048 e
P 28/03/2001 H1.2001.0021656

- Immigrati regolari	: tutti iscrivibili al SSN
- Immigrati irreg.(con doman. regol.)	: tutti iscrivibili al SSN
- Immigrati irregolari (con autocertificazione di indigenza):	
malattie urgenti, gravidanza, } anziani, minori (0-6 anni) }	:assistenza completamen. gratuita
minori (6-18 anni)	:assistenza con ticket, (anche quella di base)
malattie essenziali: { di base	:nessuna assistenza
{ specialist.	:(trattativa per assistenza con ticket)
malattie infettive e croniche	:assistenza con ticket, (senza ticket solo quella di base e specifica)

Quanto disposto dalla Regione Lombardia si discosta in tre punti da quanto previsto dalla Legge Nazionale in senso restrittivo: (non prevede infatti " le cure essenziali ambulatoriali di base", " le cure essenziali specialistiche [ambulatoriali e ricoveri]" e richiede infine un ticket per la pediatria di base nella fascia 6-18 anni.



REGIONE LOMBARDIA:
*attuali inadempienze (maggio 2002) della
legislazione regionale, rispetto alla legislazione
nazionale, in tema di sanità ed immigrazione*
"STRANIERI NON IN REGOLA CON LE NORME DI INGRESSO E DI SOGGIORNO"

- 1) **CURE ESSENZIALI AMBULATORIALI DI BASE:** *mancata istituzione degli ambulatori di base pubblici o accreditati* (come previsto dal comma 8, art. 43 DPR 31 agosto 1999 n. 394): la medicina di base è attualmente ancora fornita dal volontariato socio-sanitario che provvede anche per i farmaci. La Circolare Regionale 12-9-2000 si sofferma sulle "procedure contabili" che le ASL dovranno intraprendere per avere i rimborsi senza delineare le procedure operative per fornire l'assistenza.
- 2) **CURE ESSENZIALI SPECIALISTICHE (AMBUL. e RICOV.):** attualmente non ottenibili: non esistendo la medicina di base, *manca la modalità di accesso.*
- 3) **MINORI (età 6-18 anni):** la pediatria di base è sì fornita dalla struttura pubblica, ma è *richiesto abusivamente il ticket*: la visita pediatrica di base è considerata "specialistica" in contrasto con il c. 4, art. 35 DL 25/7/98 n.286, con la Circ.Min. n. 5, 24/3/2000, (G.U. n. 126, pg.42) e con la Circ.Reg. 9/ 2000 pg.5.

Se vogliamo ora tralasciare quanto vi è ancora di controverso fra Legge dello Stato e Disposizioni Regionali Lombarde, restano comunque alcune norme affermate con certezza da Stato e Regione ma che inspiegabilmente sono ancora inapplicate dalla maggior parte delle Amministrazioni Ospedaliere Lombarde:

_ Allo **straniero regolare privo di iscrizione al SSN** la prestazione sanitaria va comunque fornita, (sarebbe auspicabile che, tramite gli Assistenti sociali, lo si aiutasse poi a regolarizzare la sua posizione amministrativa);

_ Allo **straniero irregolare**, [previa irrinunciabile **compilazione della dichiarazione di indigenza** ed assegnazione del **codice STP** (c/o gli uffici preposti: cassa e registrazione durante gli orari di apertura, altrimenti pronti soccorsi), e **senza alcuna richiesta di documenti**, ma solo della dichiarazione delle generalità], dovranno essere comunque elargite, **senza oneri**, le prestazioni (compresa la **prescrizione di farmaci** o di **ulteriori prestazioni** su ricettario regionale) per:

___ Urgenze

___ Gravidanza (senza richiesta di iscrizione al SSN)

___ Anziani

___ Minori (0-6 anni)

___ "Patologie croniche od infettive" (D.M. n. 329, 28 maggio 1999).

In pratica poi alcune ASL lombarde hanno approvato regolamenti interni con i quali forniscono le cure essenziali specialistiche (ambulatoriali e ricoveri) ritenendo valido

l'invio su carta intestata delle associazioni del volontariato che praticano la medicina di base. [A questo proposito presso la Regione è in fase di esame la richiesta, da parte di un comitato costituito dalle principali associazioni del volontariato, riguardo all'individuazione delle modalità di passaggio dei pazienti dalle cure essenziali di base (fornite attualmente solo dal volontariato) alle cure essenziali specialistiche (fornite dalle ASL)].

Riguardo all'assistenza di base per i minori della fascia compresa fra i 6 ed i 18 anni, alcune ASL hanno già approvato regolamenti interni per fornire la prestazione di base in esonero dal ticket.

Al momento il Naga ha individuato nella mancata applicazione da parte delle ASL delle disposizioni emanate da Stato e Regione il principale limite per la realizzazione del principio del diritto alla salute per tutti in Lombardia. Tramite la proposta di un **regolamento applicativo interno per le singole ASL** (già illustrato in una comunicazione nei giorni scorsi), stiamo ora contattando le ASL lombarde per portarle alla totale applicazione dei principi sanciti dalla Legge.

Il CIPE, ancora per il 2000, aveva assegnato un fondo di 60 miliardi alle Regioni, finalizzato unicamente al finanziamento delle spese sanitarie per gli immigrati attualmente non in regola con le norme dell'immigrazione, per la copertura delle spese sanitarie di loro competenza (in analogia con quanto era già avvenuto per i due anni precedenti)(dal 2001 la stessa cifra è disponibile presso il "fondo calamità" del Ministero della Sanità). Dal canto suo il Ministero degli Interni, per ciò che riguarda le spese di sua spettanza, prosegue nei rimborsi, pur con i soliti gravi ritardi, attingendo ad un capitolo apposito con una dotazione di 24 miliardi. Dalla somma dei due capitoli di spesa previsti, risulta uno stanziamento complessivo annuo di 84 miliardi corrispondente ad una quota capitaria di £ 280.000 [(valutando a 300.000 il numero degli immigrati irregolari attualmente presenti (fra i 160.000 ed i 350.000)] [dati Caritas per il 2001]; (2,2 milioni sono la attuale quota capitaria per i cittadini italiani). Da qui la discrezionalità che alcune Amministrazioni sanitarie continuano a mantenere nell'applicazione di questa legge, appare ancora più ingiustificata e colpevole, tanto più che comporta lo storno di fondi mirati e va comunque a danno di individui che trovano estrema difficoltà a far rispettare questo loro diritto. Questo comportamento finisce per oscurare la grande affermazione di civiltà che l'Italia ha fatto nell'ultimo ventennio, divenendo, con la Legge 286/98, la prima nazione al mondo ove la **salute** è veramente considerata un **diritto di tutti gli uomini**.

L'accoglienza socio – sanitaria agli immigrati presenti in via temporanea sul territorio dell'ASL Napoli 2

C. Harrison, R. Landolfi^{°°}

[°] Referente Ufficio Centrale STP – ASL Napoli 2

^{°°} Direttore Sanitario Distretto d'Ischia – ASL Napoli 2

Dati di contesto sulla popolazione immigrata sul territorio della ASLNa2

L'Azienda Sanitaria Napoli 2 copre tre ex UU.SS.LL. Si estende dall'area dell'Agro Giuglianese, (ex-USL 23), situata a Nord-Ovest di Napoli, in pratica la zona a ridosso dell'estrema periferia della città di Napoli, comprendente sette comuni (Calvizzano, Giugliano, Marano, Melito, Mugnano, Qualiano, e Villaricca), che ne costituiscono il prolungamento senza soluzioni di continuità. Ad Ovest della città di Napoli l'ASL si estende lungo il litorale di Pozzuoli, ex-USL 22, includendo i cinque comuni di quest'area (Pozzuoli, Bacoli, Quarto, Monte di Procida e l'isola di Procida). Infine l'ASL comprende nel suo territorio l'isola d'Ischia, ex-USL 21, con i suoi 6 comuni (Ischia, Forio, Casamicciola Terme, Barano d'Ischia, Lacco Ameno, Serrara Fontana). Complessivamente dunque l'ASL serve 18 Comuni, per una superficie complessiva di 261,44 Km² ed una popolazione di 513,253 abitanti (dati ISTAT - 01/01/2000). I due comuni più densamente popolati sono quelli di Giugliano (93.286 ab.) e Pozzuoli (82.014 ab.) con caratteristiche socio-ambientali molto diverse. La zona dell'Agro-Giuglianese si estende per larga parte sul litorale Domiziano verso Caserta, è caratterizzato da un territorio scarsamente popolato destinato ad attività agricole e a lavori stagionali. La zona di Pozzuoli è strettamente legata alle attività di mare, mentre la realtà delle isole si differenzia ancora per il suo carattere insulare, per le attività di mare e turismo.

La popolazione straniera regolarmente iscritta all'anagrafe dei Comuni (dati ISTAT anno 2000) è pressoché equamente distribuita sul territorio nei tre poli: all'ex – 23 la presenza maggiore con circa 2.694 immigrati, in maggioranza dall'Africa, e con una presenza più alta, rispetto alle altre zone, di uomini, che lascia pensare ad un loro impiego in attività di tipo agricolo. La zona di Pozzuoli, 1.417 iscritti, ha una presenza non solo proveniente dai paesi dell'Africa, ma anche dalle Filippine e dai paesi dell'est. La presenza sull'isola di Ischia, 1.385 iscritti, sembra essere più varia, (Albania, Africa, Sud-America e così via). Complessivamente sono presenti, iscritti all'anagrafe, 5.496 stranieri nella ASL Napoli 2, all'incirca l'1% della popolazione totale, di cui 697 minori. L'isola d'Ischia, in rapporto alla popolazione residente, ha il 2% di iscritti, il che fa pensare ad una presenza più stabile di stranieri che si inseriscono nella vita della comunità.

La presenza di immigrati non-regolari si concentra soprattutto nell'Agro-Giuglianese. Le interviste e le ricerche nella zona riportano una presenza cospicua di immigrati sui quali non esistono dati ufficiali. Descrivono una realtà in continuo cambiamento, una popolazione che vive in condizioni di alto degrado, con la presenza anche di campi nomadi, la scarsità di centri di prima accoglienza, di regolari abitazioni, condizioni di lavoro altamente instabili, irregolari, spesso illegali.

La popolazione immigrata non si accosta ai servizi sanitari e sociali se non in caso di assoluta necessità, dato attribuibile in massima parte alla diffidenza legata ad una condizione di irregolarità ma anche alla distanza culturale e linguistica (una diversa idea

della cura, della malattia, del corpo, della manifestazione e partecipazione del dolore) che separa gli operatori dei servizi e gli immigrati e non solo quelli “irregolari”.

Normativa della Regione Campania

Nella circolare del 20 febbraio del 2001, in applicazione della circolare n.5 del 24/03/2000 del Ministero della Sanità, la Regione Campania ha dato indicazioni sulle modalità attuative per l'assistenza agli stranieri extracomunitari non in regola con le norme sul permesso di soggiorno.

Nel rispetto della circolare l'ASL Napoli 2 ha dato avvio alle procedure per l'assegnazione dei codici STP (Stranieri Temporaneamente Presenti), in maniera informatizzata, presso l'anagrafe assistiti dei distretti, nonché l'assegnazione dei codici presso i presidi ospedalieri. La messa a regime di tale procedure è ancora in corso, monitorato dall'Ufficio Centrale per gli Immigrati

Obiettivi generali delle iniziative a favore degli immigrati :

Tali obiettivi possono essere sintetizzati in :

- Promozione e tutela della salute dei cittadini stranieri presenti in via temporanea sul territorio della ASL Napoli 2.
- Individuazione del modello organizzativo più efficace per la prevenzione e cura delle patologie legate ai fenomeni migratori.
- Costituzione dell'Osservatorio sui fenomeni migratori con banca dati, e funzione di ricerca/formazione sul tema.

Iniziative intraprese a favore degli immigrati

L'ASL Napoli 2 ha deliberato ed attivato **3 ambulatori dedicati rivolti agli STP**. Il primo a Lago Patria, località che confina con CastelVolturno e serve anche la popolazione dell'ASL Caserta 2. Il secondo, presso il Presidio Ospedaliero di Pozzuoli rivolto agli adulti ed ai bambini. Il terzo ambulatorio è situato nel distretto sanitario d'Ischia. Gli ambulatori hanno una funzione di filtro della domanda in questa fase iniziale nonché di facilitazione dell'ingresso nei servizi sanitari di questa utenza “nuova” e finora esclusa.

L'ASL Napoli 2 ha inoltre intrapreso una serie di **progettazioni** a favore degli immigrati che affrontano tematiche specifiche, e attivano tutti gli attori sociali in un'ottica di **lavoro in rete**.

- Il primo progetto è stato finanziato dalla Regione Campania, Assessorato al Lavoro, alle Politiche Sociali, all'immigrazione, nell'ambito dei programmi di protezione sociale. Ha come obiettivi la riduzione del danno per le tossicodipendenze, di protezione a favore delle donne e minori vittime della tratta e dello sfruttamento (art.18 T.U.) Sono proponenti due AASSLL (NA2 e CE2), insieme a partner del terzo settore, il Centro Fernandes, l'associazione J.E. Massloo, la Coop CASBA. E' stata attivata un'**Unità di strada**, uno **sportello unico**, un **centro anti violenza**, ed il **servizio di “mediazione culturale”** per la popolazione di immigrati clandestini che transitano sul litorale Domiziano, ad alto rischio di fenomeni di esclusione sociale. Il progetto lavora in un'ottica di rete, nonché di sperimentazione dell'attività di mediazione culturale

quale strumento indispensabile per un servizio “accessibile” a popolazioni di culture “diverse”.

- E’ stato presentato alla Regione Campania, Assessorato alla Sanità, un altro progetto con i seguenti obiettivi:
 - ❑ Formazione degli Operatori sanitari ed Operatori culturali finalizzata all’individuazione di approcci interculturali nella tutela della salute.
 - ❑ Organizzazione dell’offerta di assistenza volta a favorire la tempestività del ricorso ai servizi e la compatibilità con l’identità culturale degli immigrati anche tramite convenzionamento per garantire la mediazione culturale.
 - ❑ Campagna di educazione sanitaria e medicina preventiva per l’individuazione precoce di patologie infettivo – diffuse con particolare attenzione a TBC, inf. HIV, inf. HCV. malattie sessualmente trasmesse .
 - ❑ Promozione di campagne vaccinali per somministrare sia i vaccini obbligatori sia i facoltativi.
 - ❑ Monitoraggio risorse locali umane e strutturali
 - ❑ Attivazione di interventi integrati e in rete tra i Dipartimenti Materno Infantile, Area di Coordinamento Riabilitazione, Dipartimento di Salute Mentale, di Prevenzione e Dipendenze Patologiche, finalizzati a campagne mirate alla completa integrazione degli STP nei programmi di prevenzione primaria e secondaria.
 - ❑ Costruzione di circuiti di assistenza fra i Presidi Ospedalieri e Distretti Sanitari per la facilitazione dell’utilizzo delle varie strutture sanitarie della ASL.
 - ❑ Predisposizione del sistema informativo, raccolta ed elaborazione flussi informativi sulle prestazioni rese ed accesso ai servizi.
 - ❑ Costituzione “Osservatorio Permanente”. Antenne di ascolto.
 - ❑ Produzione di materiale informativo - guide per facilitare l’integrazione socio – sanitaria.

Considerazioni conclusive:

Il criterio di “territorialità” amministrativa, nonché il rispetto delle esigenze di un’utenza molto mobile e poco definibile in senso burocratico, ha messo a dura prova l’elasticità delle procedure d’accesso ai servizi.

La scarsa assegnazione di codici STP, nel 2001, è dovuta alla lentezza di cambiamento nelle procedure, alla carenza di campagne informative e formative. Va migliorata anche la possibilità di accesso ai presidi ospedalieri, da sempre risorsa prioritaria, per l’immigrato nei momenti di difficoltà.

In questa fase si sta dando particolare attenzione ai “percorsi” di salute della popolazione immigrata. In collaborazione con il Dipartimento Materno Infantile dell’ASL si stanno avviando programmi mirati alla salute della donna e del bambino che rispettano il criterio della prevenzione e presa in carico piuttosto che l’assistenza solo nel momento del bisogno. Si sta rilevando strumento indispensabile “la mediazione culturale”. All’interno dei progetti, il mediatore culturale assume una valenza di persona esperta o leader che agevola lo scambio culturale. Gli accompagnamenti operati da tale figura hanno migliorato il

contatto e l'utilizzo dei servizi sanitari. La valutazione operata con i mediatori rende più visibili i **punti critici** del **primo ascolto** per tutta l'utenza.

Morbilità e mortalità degli immigrati comparati con la popolazione autoctona del veneto:
conseguenze per le politiche sanitarie regionali

**I. Lante*, P. Cadrobbi*, A. Ferro*, P. Mella*, F. Perina♦,
S. Pastore♦, R. Salmaso*, D. Sgarabotto*.**

* Unità di Coordinamento “Progetto Immigrati Regione Veneto”
♦ Servizio Sistema Informativo Regione Veneto

Il percorso legislativo che ha caratterizzato la politica sanitaria rivolta alla popolazione immigrata nella Regione Veneto è stato caratterizzato, sin dal suo esordio all’inizio degli anni ’90, dalla costante ricerca sul territorio di fonti tecniche di riferimento e di indicatori specifici per definire le corrette strategie di intervento da adottare.

L’introduzione, con DGR 3264 nel 1996, della “tessera sanitaria leggera”, ha costituito, per la Regione, una tappa fondamentale, nella conquista di quella equità sociale che a tutt’oggi è garantita dallo Stato con la tessera STP ed è nata sulla scorta dei risultati delle precedenti iniziative socio-sanitarie promosse negli anni che hanno altresì permesso la conoscenza della salute degli immigrati anche nel contesto del loro inserimento sociale.

Quanto attualmente sta impegnando il nucleo tecnico della Regione in tema di politiche socio-sanitarie rivolte alla popolazione immigrata è lo studio dei fenomeni di MORBILITÀ E MORTALITÀ della popolazione in oggetto comparate con quelle degli autoctoni; ciò costituisce il supporto della ricerca e dello sviluppo di indicatori e dell’individuazione di specifiche aree di intervento che risultino una chiave di lettura fondamentale per gli interventi di sanità pubblica regionali.

L’analisi della morbilità permette innanzitutto di escludere scientificamente le incertezze riguardanti gli aspetti infettivologici tanto temuti, specialmente in passato, e spesso impugnati come arma per una lotta alla non integrazione della popolazione immigrata; mentre consente di individuare le criticità che più fortemente coinvolgono la salute degli immigrati ma anche in termini più generali, la “sanità pubblica”.

Fondamentalmente due si ritrovano ad essere gli aspetti che richiedono maggiore attenzione, anche legislativa, per quanto attiene la popolazione immigrata, in particolar modo per la componente irregolare: quello legato alle *interruzioni di gravidanza* e quello legato alla *traumatologia* di differente natura (incidenti stradali, incidenti lavorativi ecc.).

Le implicazioni direttamente legate a tali fenomeni impongono un lavoro sinergico tra le sfere del sociale e del sanitario ed è infatti in questa direzione che si sviluppa l’attuale tendenza politica della Regione Veneto in materia di immigrazione e sanità.

La lettura dei dati di mortalità costituisce un fonte di individuazione dei determinanti principali e soprattutto controllabili delle malattie e dei traumatismi ad elevato impatto sulla popolazione e di riflesso, integrato con il dato di morbilità, sui costi dell’assistenza sanitaria.

Un altro fronte sul quale la Regione intende continuare il lavoro iniziato negli anni scorsi è quello dei CORSI DI FORMAZIONE diretti al personale socio-sanitario quotidianamente in contatto con persone appartenenti a culture diverse; a tale scopo, ci si avvarrà della

collaborazione di docenti appartenenti al gruppo di lavoro Caritas di Roma già adottata con ottimi risultati nelle precedenti edizioni.
Quanto ci si propone, in sede congressuale, è di caratterizzare, allargando anche ai termini numerici le riflessioni sopra evidenziate.

L'assistenza ospedaliera a cittadini stranieri nel Lazio
L. Cacciani, S. Geraci, M. Marceca, G. Guasticchi, G. Baglio

Introduzione

La salvaguardia del benessere degli stranieri che risiedono stabilmente nel nostro Paese, è affidata preliminarmente alla lettura dei loro bisogni di salute.

Lo sviluppo dei sistemi informativi sanitari, peraltro, rende oggi possibile l'impiego dei dati amministrativi correnti a fini epidemiologici.

A partire da tali considerazioni, questo lavoro rappresenta un primo tentativo di valutare il profilo di salute della popolazione straniera presente nel Lazio basandosi sull'analisi dei ricoveri, che rappresentano una quota cospicua dell'assistenza sanitaria erogata a cittadini stranieri, mediante i dati del Sistema Informativo Ospedaliero (SIO).

Materiali e metodi

La base dei dati è costituita dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) relative ai ricoveri effettuati nel Lazio durante il 2000, pari a 1.175.330, che vengono raccolte ed archiviate dal SIO gestito dall'Agenzia regionale di Sanità Pubblica.

Per quanto riguarda i dati di popolazione, necessari per calcolare i tassi di ospedalizzazione, sono stati utilizzati i permessi di soggiorno al 31/12/1999. Per i minorenni è stata utilizzata la popolazione residente al 01/01/2000, che presenta una minore sottostima rispetto ai permessi. Questi dati sono divulgati dall'ISTAT. Per riconoscere gli stranieri nel SIO è stata utilizzata l'informazione relativa alla cittadinanza, presente nelle SDO del Lazio a partire dal 2000: sono stati definiti stranieri tutti gli individui che non hanno la cittadinanza italiana.

Risultati

Su più di un milione di dimissioni da reparti per acuti avvenute nel Lazio nel corso del 2000, il 3% è a carico di cittadini stranieri provenienti soprattutto da Paesi in via di sviluppo (PVS), sia in regime ordinario che in Day-Hospital (DH).

Il tasso di ricovero degli stranieri da PVS è complessivamente più basso di quello dei residenti: 132 e 148 per 1000, rispettivamente, per i ricoveri ordinari; 31 e 40 per 1000, per i ricoveri in DH.

La distribuzione delle dimissioni per Paese di cittadinanza riproduce abbastanza fedelmente la distribuzione della popolazione straniera presente nel Lazio. Prevalgono i ricoveri erogati a cittadini provenienti dall'Europa dell'Est (36%), dall'America centro-meridionale (13%) e dall'Africa settentrionale (11%).

Le figure 1 e 2 mostrano l'andamento dei tassi di ospedalizzazione età-specifici per sesso, regime di ricovero e provenienza.

Nei maschi (figura 1) l'andamento dei ricoveri ordinari nei tre gruppi di provenienza è piuttosto simile per le fasce d'età intermedie, mentre si osserva una maggiore variabilità per le fasce estreme. Il tasso particolarmente elevato che si osserva nei minorenni provenienti dai PSA è molto probabilmente un artefatto dovuto a una sottostima del denominatore.

Per i ricoveri in regime di DH si osserva un minore accesso degli stranieri rispetto ai residenti, in tutte le classi d'età.

Per quanto riguarda le femmine (figura 2), si osserva un tasso di ospedalizzazione in regime ordinario particolarmente elevato nella fascia d'età 18-24 per le donne provenienti dai PVS

(221 per 1000) e in quella 30-34 per le donne residenti (181 per 1000). Tassi così elevati sono determinati in entrambi i casi da ricoveri per gravidanza e parto. Lo sfasamento dell'età conferma un fatto noto, ossia che le immigrate tendono ad avere figli più precocemente rispetto alle residenti.

Per i ricoveri in DH si evidenzia un eccesso di utilizzo da parte delle donne immigrate in età fertile, in particolare tra 18 e 24 anni con un tasso del 76 per 1000, riconducibile esclusivamente all'interruzione volontaria di gravidanza.

Al di fuori dell'età fertile le donne straniere ricorrono al DH meno delle donne residenti.

Le tabelle 1 e 2 mostrano la frequenza dei ricoveri e i tassi di ospedalizzazione in regime ordinario per i cittadini stranieri con più di 17 anni di età e provenienti dai Paesi in via di sviluppo, e i tassi per i residenti separatamente per sesso e raggruppamenti di diagnosi.

Negli uomini (tabella 1) tassi superiori a quelli dei residenti si osservano per le *malattie infettive e parassitarie* (in particolare la tubercolosi), i *disturbi psichici* e i *traumatismi e avvelenamenti*. Questi ultimi rappresentano la causa di ricovero più frequente per gli stranieri provenienti dai PVS (1.796 dimissioni), con un tasso di ospedalizzazione complessivo del 18 per 1000 rispetto al 14 per 1000 dei residenti.

Le *malattie dell'apparato digerente* e le *malattie del sistema circolatorio* appaiono numericamente rilevanti seppure con tassi inferiori rispetto ai residenti.

Per le donne straniere (tabella 2) i tassi di ospedalizzazione più elevati rispetto alle residenti si osservano per le *malattie infettive e parassitarie*, i *disturbi psichici*, le *malattie infettive degli organi pelvici*, la *gravidanza e parto*, la *salute riproduttiva* e alcuni tipi di traumi (*fratture craniche e traumatismi superficiali e contusioni*).

Le dimissioni per *gravidanza e parto* rappresentano la prima causa di ricovero tra le straniere, con tassi più che doppi rispetto alle donne residenti.

Conclusioni

I principali problemi metodologici incontrati hanno riguardato da una parte la difficoltà nell'identificazione corretta degli stranieri e l'impossibilità di riconoscere gli irregolari nell'archivio dei ricoveri, e dall'altra la sottostima della popolazione straniera presente, soprattutto dei minorenni.

I risultati presentati sono, tuttavia, coerenti con i vari studi condotti in Italia e nel Lazio sulla salute degli stranieri e riferiscono di una popolazione complessivamente sana. Questa realtà è confermata da tassi di ospedalizzazione generalmente più bassi rispetto ai residenti e da una quota importante di ricoveri giustificata da eventi fisiologici come il parto.

Emergono alcune aree ad alta criticità come quelle delle malattie infettive, in particolare la tubercolosi, dei traumatismi e dell'IVG, correlate alle precarie condizioni di vita e di lavoro degli immigrati e in generale ad uno stato di maggiore vulnerabilità sociale.

Bibliografia

- Baglio G, Spinelli A, Donati S, Grandolfo M E. La gravidanza in Italia tra le donne straniere. In: Atti del Congresso "Nascere stranieri a Milano". Milano, 29 maggio 1999. Milano, pp.3-9. 1999.
- Caritas. Immigrazione. Dossier Statistico 2001. XI edizione. Nuova Anterem, Ottobre 2001.
- Commissione per le politiche d'integrazione degli immigrati, a cura di Giovanna Zincone. Secondo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia. Il Mulino, Aprile 2001.
- Geraci S. La salute degli immigrati in Italia: un fenomeno in movimento. L'arco di Giano 1999; 22:15-25.
- Geraci S. Argomenti di medicina delle migrazioni. Anterem, Marzo 2000.
- ISTAT. La presenza straniera in Italia: caratteristiche demografiche. ISTAT 2000.
- Spinelli A, Donati S, Grandolfo M, Baglio G. Maternità e aborto volontario tra le donne immigrate in Italia. In: Riassunti dei contributi scientifici del Convegno "Epidemiologia della disuguaglianza nei Paesi del Mediterraneo" - XXIV Riunione annuale dell'Associazione Italiana di Epidemiologia. Roma, 18-21 ottobre 2000. Roma, p.41. 2000.

Figura 1 - Tassi di ospedalizzazione età-specifici per area geografica di provenienza. MASCHI. Lazio, 2000

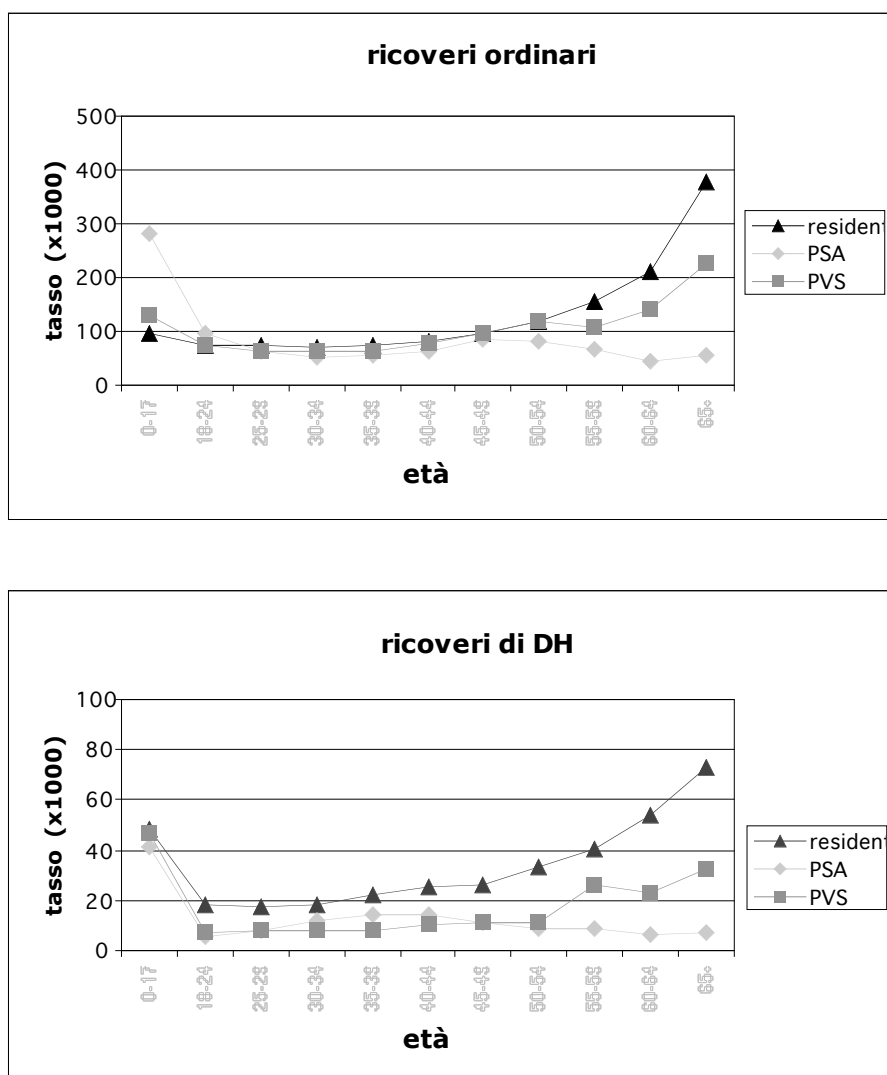


Figura 2 - Tassi di ospedalizzazione età-specifici per area geografica di provenienza. FEMMINE. Lazio, 2000.

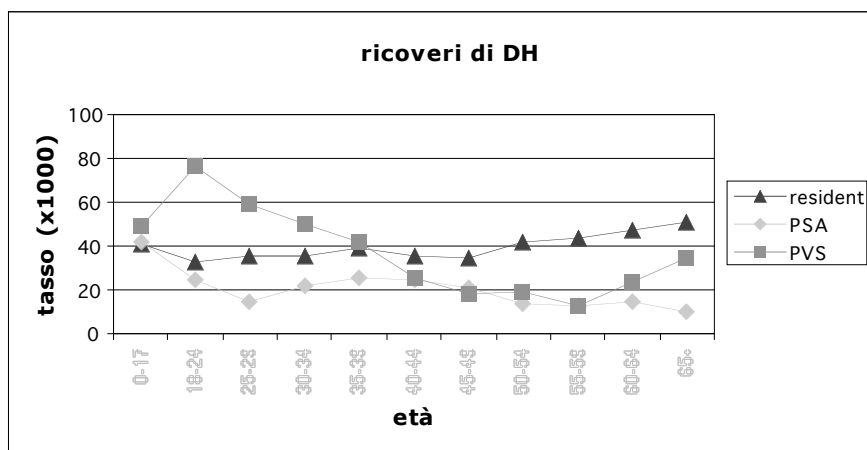
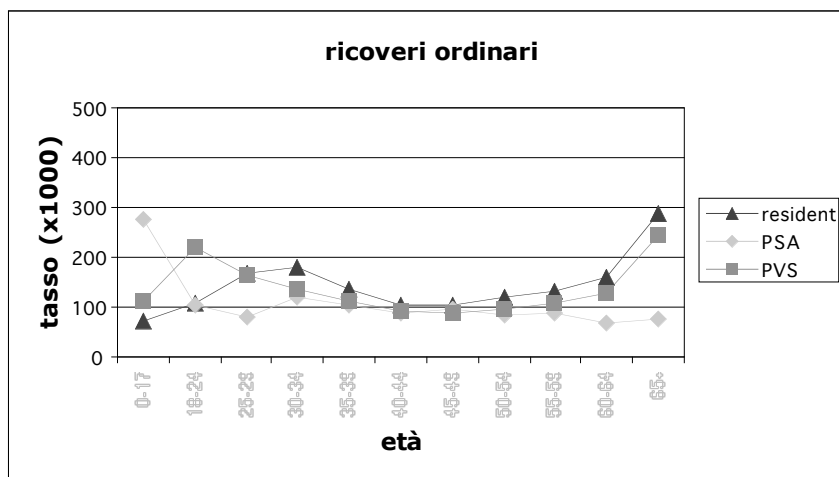


Tabella 1 - Dimissioni e tassi di ospedalizzazione (x1000) per causa di ricovero. Regime ordinario. Cittadini stranieri (PVS), età>17 anni. MASCHI. Lazio, 2000.

Raggruppamenti di diagnosi principali	PVS		residenti Lazio
	N	Tasso	Tasso
MAL. INFETTIVE E PARASSITARIE	457	4,6	2,5
<i>Tubercolosi</i>	136	1,4	0,2
<i>Infezione da HIV</i>	117	1,2	0,7
TUMORI	298	3,0	16,5
<i>Tumori maligni</i>	232	2,4	13,7
MAL. ghiandole endocrine, nutrizione, metab. e immunità	89	0,9	2,8
<i>Diabete mellito</i>	56	0,6	1,4
MAL. SANGUE E ORGANI EMATOPOIETICI	45	0,5	1,0
<i>Anemia</i>	22	0,2	0,7
DISTURBI PSICHICI	437	4,4	3,5
<i>Psicosi</i>	161	1,6	1,9
MAL. SISTEMA NERVOSO E ORGANI DI SENSO	381	3,9	10,3
MAL. SISTEMA CIRCOLATORIO	703	7,1	32,0
<i>Ipertensione</i>	62	0,6	2,2
<i>Infarto</i>	62	0,6	2,6
MAL. APPARATO RESPIRATORIO	583	5,9	11,4
<i>Polmoniti</i>	136	1,4	2,0
MAL. APPARATO DIGERENTE	1.139	11,6	20,7
<i>Ulcera peptica</i>	113	1,1	1,1
<i>Emorragia gastrointestinale</i>	24	0,2	0,5
MAL. APPARATO GENITO-URINARIO	325	3,3	10,0
MAL. PELLE E TESSUTO SOTTOCUTANEO	188	1,9	2,9
MAL. SISTEMA OSTEOMUSCOLARE E TESSUTO CONNETTIVO	339	3,4	8,6
MALATTIE CONGENITE	39	0,4	0,8
SINTOMI, SEGNI E STATI MORBOSI MAL DEFINITI	621	6,3	9,3
TRAUMATISMI E AVVELENAMENTI	1.796	18,2	14,2
<i>Fratture craniche</i>	224	2,3	1,0
<i>Traumi intracranici esclusi quelli associati a frattura</i>	172	1,7	1,4
<i>Traumatisimi superficiali e contusioni</i>	260	2,6	1,5
<i>Ustioni</i>	26	0,3	0,1
ALTRO	137	1,4	12,0

Tabella 2 - Dimissioni e tassi di ospedalizzazione (x1000) per causa di ricovero. Regime ordinario. Cittadini stranieri (PVS), età>17 anni. FEMMINE. Lazio, 2000.

Raggruppamenti di diagnosi principali	PVS		residenti Lazio
	N	Tasso	Tasso
MAL. INFETTIVE E PARASSITARIE	321	3,5	1,6
Tubercolosi	74	0,8	0,1
Infezione da HIV	86	0,9	0,3
TUMORI	699	7,6	16,9
Tumori maligni	346	3,8	11,0
MAL. ghiandole endocrine, nutrizione, metab. e immunità	183	2,0	5,3
Diabete mellito	53	0,6	1,9
MAL. SANGUE E ORGANI EMATOPOIETICI	69	0,8	1,2
Anemia	52	0,6	0,9
DISTURBI PSICHICI	316	3,5	3,3
Psicosi	157	1,7	1,7
MAL. SISTEMA NERVOSO E ORGANI DI SENSO	344	3,8	12,7
MAL. SISTEMA CIRCOLATORIO	546	6,0	25,2
Ipertensione	63	0,7	2,9
Infarto	32	0,3	1,1
MAL. APPARATO RESPIRATORIO	350	3,8	7,9
Polmoniti	78	0,9	1,4
MAL. APPARATO DIGERENTE	877	9,6	15,1
Ulcera peptica	25	0,3	0,6
Emorragia gastrointestinale	16	0,2	0,4
MAL. APPARATO GENITO-URINARIO	1.051	11,5	12,6
Malattie infettive degli organi pelvici	113	1,2	0,6
COMPLICAZIONI DELLA GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO	5.775	63,2	30,9
RICORSO AI SERVIZI PER MOTIVI CONNESSI ALLA RIPRODUZIONE	96	1,1	0,3
MAL. PELLE E TESSUTO SOTTOCUTANEO	148	1,6	2,5
MAL. SISTEMA OSTEOMUSCOLARE E TESSUTO CONNETTIVO	298	3,3	9,7
MALATTIE CONGENITE	76	0,8	1,1
SINTOMI, SEGNI E STATI MORBOSI MAL DEFINITI	697	7,6	7,9
TRAUMATISMI E AVVELENAMENTI	776	8,5	11,6
Fratture craniche	72	0,8	0,4
Traumi intracranici esclusi quelli associati a frattura	70	0,8	0,9
Traumatismi superficiali e contusioni	121	1,3	0,9
Ustioni	13	0,1	0,1
ALTRO	217	2,4	4,1

Diritti umani e migrazione

R. Malta

Prof. a c. Cattedra di Medicina Interna - Direttore Prof. S. Mansueto

Università degli Studi Palermo

Il problema della migrazione in qualunque versante avvenga parte o dal disagio a continuare a vivere nella propria terra o dalla ricerca di un migliore agio: si crea in sostanza una frattura tra il singolo e l'ambiente in cui vive; la relazione diventa conflittuale, non soddisfacente, problematica: la fuga mira a costruire una condizione personale diversa dal punto di vista economico - sociale.

Due sono i motivi che muovono il migrante: la richiesta di un asilo politico, la ricerca di una soddisfacente condizione economica. Il prezzo umano: il migrante lascia gli affetti e si porta dietro i ricordi. Nell'incontro con la nuova società sorgono una serie di fattori che richiedono una nuova *ambientazione*: che significa? È l'incontro di una cultura con un'altra, il che comporta due modi diversi di concepire i valori, anche quelli fondamentali.

Il tema che si intende trattare si propone di esaminare il fenomeno sociale della migrazione alla luce dei diritti dell'uomo.

Presupposto di questo è la constatazione che – anche se i diritti dell'uomo mirano a garantire la libera circolazione di cittadini tra gli stati, ciò nei fatti non avviene per quanto riguarda la comprensibile e condivisibile ricerca di una condizione socio – economica migliore. Il migrante viene garantito solo limitatamente al fatto che vi è bisogno di lui, che qualcuno lo utilizza.

L'immigrato in Italia entra pressoché obbligatoriamente in clandestinità, il che ne fa un soggetto debole, facile occasione di sfruttamento sin dal momento di intraprendere la navigazione in terra propria, ed in modi diversi nei due sessi. Il rispetto verso l'*altro*, che sta alla base della relazione etica, dovrebbe prevedere una forma di reclutamento ufficiale – se così si può dire – già direttamente nel paese di origine. Ciò crea una difficoltà non indifferente anche nella propria terra: per esperienza vissuta in grandi società e piccoli ambienti, quando si assiste ad una partenza, di solito partono i migliori, i più volenterosi, i più ambiziosi, i più disponibili a farsi carico di notevoli sacrifici: si allontanano le braccia e le menti migliori. E' un dato di fatto, che va guardato con profondo rispetto. Per molti anni, l'aspetto dimesso di popolazioni di migranti, ha consolidato nel tessuto sociale l'immagine di persone inferiori. Può anche essere vero per via della differenza di tradizioni, costumi o se vogliamo anche di livello culturale con la nostra società. Il fenomeno migratorio che conosciamo noi è di solito quello dei cittadini che provengono dall'oriente e dall'Africa ed un certo numero viene dall'Albania: i gruppi sappiamo hanno radicamento diverso nelle varie regioni italiane. Ciò che di solito li unisce è il credo religioso: la maggior parte di loro sono di religione musulmana.

L'intendere i diritti umani in ambito islamico è cosa diversa che in quello occidentale, anche se i diritti umani per definizione sono *universali*. La relazione che si instaura con cittadini immigrati deve prevedere che si conosca meglio il proprio interlocutore, che si colga l'essenza della sua eventuale diversità, affinché il rapporto non rimanga a livello di prestazione di lavoro e quindi di subalternità. La nostra cultura occidentale e la cultura musulmana hanno profonda diversità, da cui ne discende il diverso concetto di uomo, di società, di percezione dei valori con conseguente diversa gerarchia degli stessi. L'immigrato viene per il lavoro e spesso ci preoccupiamo solo di questo spazio, senza

andare oltre. Vive per il lavoro, è un uomo per il lavoro. Così compreso sembra che i diritti di cui debba godere siano solo quelli economici, mentre altri diritti gli appartengono quali quelli civili, religiosi, politici, sociali e culturali.

Queste due categorie di diritti in passato erano viste come espressioni contrapposte (la cultura marxista poneva attenzione ai diritti economici e sociali, mentre la occidentale ai diritti politici e civili). Oggi sono facce di una unica medaglia, guardando all'uomo nella sua integrità e completezza. L'economia e l'etica sempre più camminano insieme e si integrano: gli eventi economici sono consequenziali ai fatti umani.

Vi è una specificità nella comprensione dei diritti dell'uomo che è legata alla formazione personale e sociale di un popolo, alle norme legislative statali che ne hanno segnato lo sviluppo: infatti non si comprende questo tema senza la partecipazione attiva dello Stato, da cui provengono le norme a tutela dei diritti dell'uomo. Questi diritti non sono statici, ma ne sorgono di nuovi man mano che le nazioni progrediscono ed i problemi di oggi non sono quelli di due secoli orsono, epoca in cui si fa risalire l'origine ed il dibattito sugli stessi.

Tuttavia vi è una costante: i diritti dell'uomo sono strettamente collegati allo sviluppo umano nei vari sensi. In passato lo sviluppo umano sembrava appannaggio di economisti e sociologi, mentre i diritti umani appartenevano a giuristi, filosofi e politici. Oggi l'approccio integrato è quello meglio conducente sia sul piano concettuale che su quello pratico. All'interno di questo quadro il fenomeno della migrazione incontra tutto il set di diritti umani, e l'integrazione tra popolazioni e culture differenti evoca la necessità di una convivenza fondata sul riconoscimento dell'*altro* come persona.

Il migrante ha la necessità di godere di diritti di tutela non solo generali, ma specifici, legati al suo retaggio culturale, allo sviluppo socio economico che si attende, ad una serie di fattori che mirano alla salvaguardia dei fattori che lo hanno aiutato a crescere e progredire, quali la possibilità di mantenere i vincoli con il popolo a cui appartiene e dalla cui terra si è staccato.

Un modello di buone pratiche per combattere le eventuali forme di discriminazioni nell'accesso ai servizi sanitari
“BO-PA”

B. Aabaid**, M. Affronti**, H. Belhatti**, G. Brescia*, G. Bruno**, N. Candhe**, R. Chattat*, A. Cavina*, R. Collina*, A. Colucci*, R. Costantino*, G. Dallari*, L. Forni*, L. Galletti*, C. Garau*, E. Ghini*, F. Grippi**, E. Gualdi*, A. Larocca*, M. Lupo*, S. Mansueto**, S. Mellini*, A.M. Mesini*, M.R. Messina*, V. Migliori*, M. Monzur Hossain**, S. Pazzaglia*, E. Piccione**, M. Ponte**, A. Raza*, L. Thiam*, S. Toselli*, L. Vassallo**, V. Verzieri*, I. Wacoubo**, R. Zendron**

*U.O. di Bologna

**U.O. di Palermo

Premessa

Nel corso del 2000 è stata messa a punto attraverso la partecipazione al progetto europeo dell'Istituzione Minguzzi di Bologna, *Changing the Culture of the Organization*, una metodologia di analisi per comprendere il grado di accessibilità delle istituzioni/organizzazioni nei confronti di soggetti a rischio di discriminazione (Art.13 Trattato di Amsterdam).

Il tema è stato trattato rispetto all'accesso ai servizi alla persona, ai servizi per l'occupazione ed alla partecipazione sociale e politica.

In particolare a livello italiano è stata condotta un'analisi relativa all'accesso ai servizi sanitari dell'utenza immigrata.

Le premesse entro cui collocare il lavoro erano date da:

- privilegiare un approccio intersettoriale (horizontal approach)
- privilegiare l'analisi e l'attivazione di buone prassi tenendo conto dell'approccio orizzontale (example of good practices)

In seguito alla positiva esperienza il progetto ha avuto un ulteriore sviluppo con l'approvazione del progetto *Training Partnership Against Discrimination*, che ha come obiettivo quello di creare una buona partnership tra gli enti pubblici e il terzo settore, al fine di mettere a punto un modello che può essere utilizzato a livello europeo per combattere, con strategie efficaci, la discriminazione.

Tra gli aspetti condivisi dal gruppo di lavoro transnazionale, sono emersi alcuni punti salienti:

- multidimensionalità del concetto di discriminazione
- definizione dell'approccio orizzontale, sia come strategia per combattere contestualmente le diverse forme di discriminazioni coesistenti, che come strategia per la riorganizzazione dei servizi
- la interculturalità del corso di formazione, come esperienza diretta di lavoro tra rappresentanti non solo di diversi ambiti, ma anche di diverse culture
- far emergere a livello locale un partenariato attivo
- individuare esempi di buone pratiche ed esperienze a livello europeo.

E' proprio fra i modelli di buone pratiche che è stata presentata e positivamente valutata l'esperienza del partenariato interregionale proposto dal Progetto "Assistenza e sorveglianza sanitaria nelle collettività di cittadini indigenti italiani e stranieri", promosso dalla Regione Siciliana ed avente come capofila bolognese l'Azienda USL BO Città e capofila palermitano il Policlinico Universitario – Cattedra Medicina Interna, chiamato informalmente "BO-PA".

Tale partnership nasce in seguito all'approvazione del progetto ministeriale nel luglio 2001. In questa data è stato stipulato un protocollo d'intesa fra tutti i responsabili delle varie organizzazioni, con il quale è stata formalizzata la creazione del partenariato interregionale, che stava lavorando sugli stessi obiettivi, quali:

- rendere il livello di sicurezza sanitaria per gli ospiti registrati o presenti nelle collettività il più possibile prossimo a quello dei cittadini bolognesi e palermitani non indigenti
- rendere il diritto alla salute leggibile, accessibile e fruibile
- conoscere lo stato della salute della popolazione presa in esame
- offrire le vaccinazioni di legge
- aumentare il livello di integrazione fra enti pubblici e del volontariato.

Composizione del partenariato

La partnership è composta da 11 diverse organizzazioni, appartenenti agli Enti Locali ed al volontariato, che a vario titolo si occupano dell'utenza straniera sul nostro territorio ed in particolare su come facilitare l'accesso ai servizi di questa popolazione target.

Aderiscono al partenariato i seguenti soggetti:

- Azienda USL Bologna Città
- Comune di Bologna - Servizio Immigrati, Profughi e Nomadi;
- Comune di Bologna - Osservatorio Epidemiologico
- Comune di Bologna - Servizio Sociale Adulti
- Università di Bologna - Facoltà di Biologia - Dipartimento di Antropologia
- Associazione Confraternita della Misericordia (BO)
- Associazione Sokos (BO)
- Associazione Salute Senza Margini (BO)
- Croce Rossa Italiana (BO)
- Policlinico Universitario - Cattedra di medicina Interna (PA)
- Poliambulatorio S. Chiara (PA)
- ASL 6 - Distretto 13 di Palermo
- Referenti delle popolazioni target (in occasioni specifiche)

Organizzazione

Proprio per la complessità delle azioni e per il dislocamento delle varie Unità Operative è stato necessario attivare una partnership interregionale che fosse propositiva nel portare avanti quei progetti, con obiettivi più educativi che di salute, che per essere realizzati necessitano e non possono prescindere dall'integrazione socio-sanitaria (horizontal approach).

Fin da subito è stato nominato un Project Manager, unico in modo di avere il quadro complessivo della situazione sempre ben chiaro, facendo un controllo di gestione e una

valutazione delle azioni in modo univoco e paritetico. Ciò si è dimostrato molto utile, anche perché ha favorito la comunicazione fra tutte le U.O. Inoltre, sono stati individuati un interlocutore per ogni U.O con le seguenti caratteristiche:

- Essere un Middle manager dell'organizzazione
- Partecipare a tutti gli incontri e interaire con gli altri
- Disporre di tempo dedicato
- Avere un mandato ufficiale dall'organizzazione in modo da avere la possibilità di decidere e di organizzare

Sono stati fissati alcuni incontri a scadenza fissa a livello locale e interregionale, per avere la massima condivisione dei contenuti organizzativi e delle metodologie da applicare.

Ciascuna U.O. partecipa attivamente alla programmazione indipendentemente dal contenuto professionale in discussione, insieme ai mediatori che si sono dimostrati essere una preziosissima risorsa per questo tipo di azioni.

Questa partnership, nata per sviluppare e attivare uno specifico progetto, nel tempo è divenuta il luogo di discussione e analisi di cause e possibili interventi riguardanti le discriminazioni nei confronti dei Cittadini Stranieri Immigrati, per gli aspetti di salute che spesso sono legati anche a problematiche sociali.

Ogni responsabile di U.O. riferisce periodicamente al gestore, per ottenere consenso e risorse anche ai livelli superiori. Così facendo si è promosso un reengineering dei Servizi sulla base delle reali condizioni operative e dei bisogni rilevati.

Quello che inizialmente sembrava essere un motivo di ostacolo o meglio di difficoltà nel raggiungimento degli obiettivi preposti, si è dimostrato invece essere il vero valore aggiunto di questo tipo di progetto: un partenariato fra U.O. appartenenti a tipologie completamente diverse fra di loro, sia per ragione sociale, che per back ground e posizione geografica, è il punto di forza che ha consentito di attuare una metodologia ampia, duttile e variegata, che sicuramente può essere di aiuto a chiunque voglia intraprendere un lavoro come "il BO – PA".

PROGETTO SPECIALE IMMIGRATI: un nuovo assetto organizzativo aziendale per una nuova modalità di assistenza.

G.V. Dallari* ; A. Rossi** ; E. Quargnolo** ; R. Costantino***, L. Ribani*****Responsabile Progetto immigrati**Direttori Distretti EST OVEST***Project Manager Distretti EST OVEST, ****Staff Direzione Distretti EST OVEST

La tutela del patrimonio di salute del migrante richiede l'applicazione di politiche integrate, che vanno ben oltre le competenze del settore sanitario, ma dovrebbero essere sviluppate attraverso una rete che coinvolga la totalità degli attori interessati.

Le patologie maggiormente incidenti, che devono quindi costituire aree di particolare attenzione, sono quelle inerenti la salute della donna, del bambino, i traumatismi, gli incidenti sul lavoro, oltre che le malattie infettive.

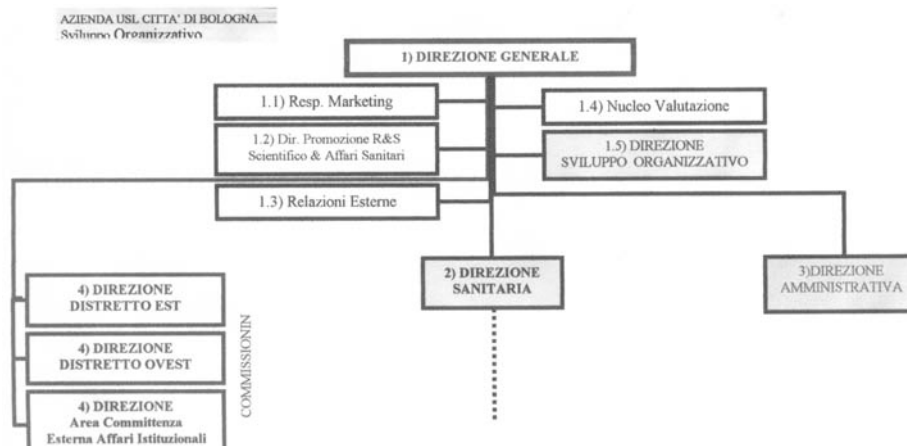
Dal punto di vista assistenziale si rileva un eccessivo ricorso all'assistenza presso le strutture ospedaliere, in contrapposizione con lo scarso utilizzo delle cure ambulatoriali territoriali, in particolar modo del Medico di Medicina Generale.

L'Azienda USL Città di Bologna ha sviluppato un'attività clinica ed organizzativa in questo campo fin dal 1978, anno di apertura dei primi ambulatori di volontariato convenzionati e, successivamente, del Centro per la Salute delle donne Straniere e dei Loro Bambini.

Recentemente, per recepire le nuove normative nazionali e regionali, è stato definito il nuovo assetto organizzativo aziendale nel quale, fra l'altro si ridefinisce la missione dei distretti cittadini, assegnando loro un ruolo innovativo e definendo al loro interno una posizione organizzativa del tutto nuova: il Progetto Speciale Immigrati.

L'atto aziendale

L'Atto Aziendale della Azienda USL Città di Bologna, approvato dalla Giunta Regionale nel 2001, è lo strumento di "autogoverno" dell'Azienda, contiene indicazioni riguardanti sia l'esterno, sia l'interno, di interesse per tutti gli attori della sanità e dei fornitori di beni e servizi. L'Atto è il punto di svolta che consentirà il passaggio da una gestione tipica dei sistemi amministrativi ad una gestione orientata su logiche manageriali, anche se all'interno di un contesto pubblico. L'Atto Aziendale è accompagnato dal Manuale dell'Assetto Organizzativo che contiene la mappa organizzativa, gli obiettivi e le aree responsabilità di tutti i servizi.



Dall'atto aziendale

“Il sistema documentale dell’Azienda USL della Città di Bologna, per la descrizione del sistema organizzativo e la definizione delle responsabilità, prevede un Manuale dal titolo “*Aspetto organizzativo AUSL Città di Bologna*”, “di proprietà” della Direzione Generale. E’, cioè, compito della stessa assicurare la comunicazione e la reperibilità del documento, aggiornarlo e assicurare l’addestramento adeguato ai possibili utilizzatori. *Il Manuale* contiene le descrizioni delle missioni, le funzioni e le responsabilità per tutte le posizioni organizzative di livello aziendale, prevede il rinvio a manuali organizzativi delle macrostrutture decentrate per gli altri livelli organizzativi. – Negli allegati al Manuale è descritto il sistema di attribuzione delle deleghe di firma e si documenta il collegamento alle altre procedure organizzative (norme di buona qualità)...”

Il Progetto Speciale Immigrati trae gli elementi fondanti nella Missione, Visione e Valori aziendali citati nell’atto ed è collocato presso la Direzione distrettuale.

Missione, visione e valori fondanti

1.9 La Visione

L’Azienda U.S.L. della città di Bologna è una grande azienda di servizi, cui compete un ruolo rilevante nella tutela della 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 di altre realtà provinciali e regionali.

All’Azienda U.S.L. della città di Bologna compete un ruolo nazionale rilevante, per ciò che 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.

Il ruolo di tutti coloro che operano nell'Azienda Usl della Città di Bologna deve essere quello di affermare con forza la volontà di lavorare per creare le condizioni dello sviluppo della sanità a Bologna.

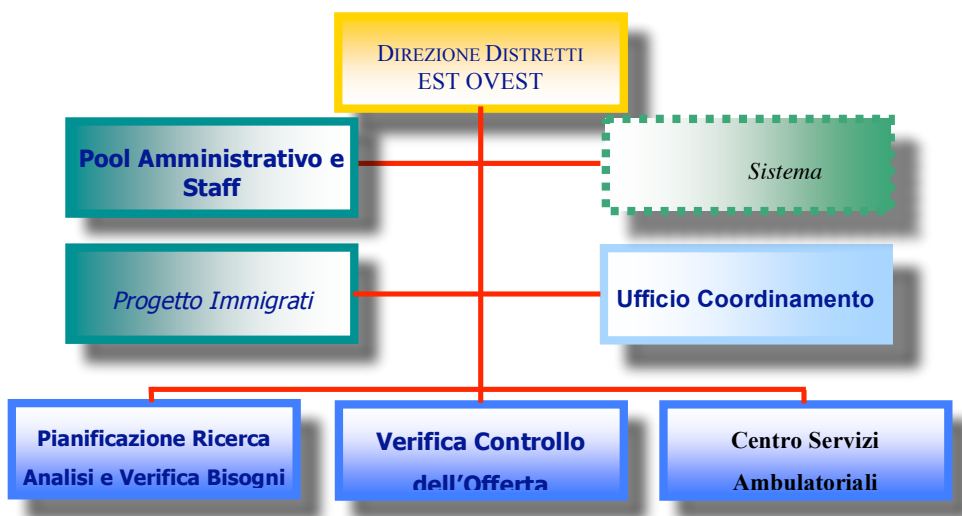
Dal Manuale Assetto organizzativo Revisione 4 Data 28/01/2002 Pagina 9 di 148

Modello di Commissioning

L'elemento che caratterizza maggiormente la nuova organizzazione dell'Azienda USL della Città di Bologna è il superamento da parte del Distretto del doppio ruolo di "committente" e di "produttore" o meglio l'applicazione del modello di commissioning...

L'Azienda si è orientata nel distinguere i due ruoli su richiamati, di **committente** e **produttore**, per assegnarli a due soggetti distinti dell'organizzazione aziendale al fine di assegnare ai Distretti responsabilità di "cliente" (si rendono garanti, per i cittadini e per le Amministrazioni che li rappresentano, dei risultati da raggiungere in termini di "obiettivi di salute" e delle risorse assegnate per raggiungerli: decide per chi, che cosa, quanto e come produrre), riservando ai Dipartimenti sia territoriali, che ospedalieri il ruolo di "fornitore" (rispondono della produzione e dell'efficienza/efficacia produttiva) in modo da equilibrarne le responsabilità.

Organigramma dei Distretti EST/OVEST



Assetto organizzativo dei "Distretti" est – ovest pagina 27 di 148

POSIZIONE ORGANIZZATIVA

DIRETTORE DEL DISTRETTO

Contesto organizzativo

La Posizione Organizzativa si configura come Unità organizzativa complessa.

Mission - scopo

Contribuire alla missione aziendale assicurando alla popolazione residente nel proprio territorio, la disponibilità e l'accesso ai servizi e alle prestazioni di tipo sanitario e di tipo sociale ad elevata integrazione sanitaria.

Svolgere la funzione di committenza, definendo le caratteristiche qualitative, quantitative e di appropriatezza dei servizi necessari a soddisfare i bisogni assistenziali della popolazione di riferimento. Alloca le risorse necessarie a sostenere la produzione dei servizi concordati, ai presidi aziendali ed extra-aziendali, avendo ampia autonomia nell'utilizzo delle risorse economiche assegnate e destinate ad organizzare l'assistenza alla popolazione di riferimento.

Rappresentare l'Azienda su delega del Direttore Generale presso le diverse sedi istituzionali e collaborare con esse sui temi relativi alla salute e alla offerta dei servizi e prestazioni fornendo le competenze tecniche necessarie.

Dipendenza

Le Posizioni (**Direzione Distretto EST ed OVEST**) rispondono direttamente al Direttore Generale.

Le Posizioni condividono i seguenti team di lavoro:

In staff:

Pool Amministrativo e di Staff

Progetto Speciale: Immigrati

Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali

In line:

Pianificazione Ricerca Analisi Verifiche dei bisogni Assistenziali

Verifica Controllo dell'Offerta

Il Centro Servizi ambulatoriali

POSIZIONE ORGANIZZATIVA

PROGETTO IMMIGRATI

Scopo

Contribuire alla missione aziendale, assicurando alla popolazione straniera del proprio territorio, la disponibilità e l'accesso ai servizi e alle prestazioni di tipo sanitario e di tipo sociale ad elevata integrazione sanitaria.

Coadiuvare la direzione distrettuale nelle funzioni di committenza.

Mission

Rileva i bisogni, pianifica, programma, coordina, effettua monitoraggio e verifica delle attività erogate in favore di Cittadini Stranieri Immigrati, sia a livello ospedaliero che a livello distrettuale, attraverso la messa in rete dei soggetti aziendali e delle Istituzioni pubbliche, private e di associazionismo volontario che si occupano di quel target di popolazione.

Finalità

- ❖ Assicura la disponibilità e l'accessibilità ai servizi sanitari di natura preventiva, curativa e riabilitativa, di base e di primo e secondo livello alla popolazione di riferimento (popolazione immigrata residente o presente nell'ambito dell'Azienda, o a quella via via indicata da precise disposizioni di altri Enti o Istituzioni), secondo principi di equità, appropriatezza, efficacia, efficienza e di qualità degli interventi e nei limiti definiti dalla normativa nazionale, regionale e locale e dalle politiche di piano.
- ❖ Assicura, nel rispetto delle normative specifiche o attraverso formule assistenziali innovative, la promozione ed il mantenimento della salute della popolazione di riferimento, attraverso l'interazione con le comunità locali, tutti i servizi aziendali e le Istituzioni ed Enti che concorrono a servire la popolazione di riferimento.
- ❖ Promuove il reengineering dei Servizi Sanitari in un'ottica multiculturale.
- ❖ Promuove la formazione di una cultura multi-etnica e multi-razziale di tutti i professionisti dei servizi sanitari.
- ❖ Monitorizza le attività erogate da parte di tutti gli attori interessati in favore della popolazione di riferimento, al fine di valutarne lo stato di salute, pianificare, attraverso i Piani per la Salute, gli obiettivi e le attività necessarie per la promozione e tutela della salute, valutare la congruità degli interventi eseguiti ed il risultato finale in termini di salute, secondo indicatori concordati.
- ❖ Assicura il coordinamento degli interventi erogati da parte delle varie articolazioni organizzative aziendali, promuovendo la semplificazione dei percorsi assistenziali e la massima integrazione organizzativa.
- ❖ Promuove il collegamento in rete con gli Enti Locali, la Prefettura, la Questura, il Carcere, il Carcere Minorile il Volontariato e gli organi istituzionali di rappresentanza dei Cittadini Stranieri Immigrati, al fine di progettare, programmare, semplificare gli interventi a livello locale, anche in ordine alla integrazione ed alla conoscenza delle rispettive specificità, finalizzato anche alla valutazione periodica e sistematica dello stato di salute della popolazione di riferimento e dei servizi offerti, alla individuazione dei problemi di nuova insorgenza ed al raggiungimento del maggior grado di sinergia ed integrazione operativa degli interventi socio-sanitari, evitando le sovrapposizioni ed incentivando i feedback positivi reciproci.
- ❖ CONTRIBUISCE AD ORIENTARE LE SCELTE AZIENDALI PER LA POPOLAZIONE DI RIFERIMENTO.

Responsabile del progetto immigrati

E' il referente aziendale per l'area relativa ai Cittadini Stranieri Immigrati.

Aree di Responsabilità

- Garantisce un'omogenea descrizione dei bisogni di salute e di servizi della popolazione di riferimento.
- Elabora la proposta di programma di intervento per il Piano per la Salute della popolazione di riferimento, congiuntamente con gli organismi interessati.
- Organizza e pianifica la produzione, attraverso la valorizzazione, la messa in rete ed il contributo di tutte le UO interne e delle Istituzioni pubbliche e del volontariato.
- Gestisce, attraverso i rispettivi dirigenti, il personale e le risorse materiali assegnate.
- Presidia i punti di interazione fra i vari attori interni ed esterni del sistema di salute e socio-assistenziale.
- Promuove e coordina i processi assistenziali per i Cittadini Stranieri Immigrati.
- Favorisce i processi di comunicazione.
- Presidia e valuta periodicamente l'appropriatezza, l'efficacia, l'efficienza e l'integrazione relative alle attività erogate da parte delle articolazioni aziendali, anche attraverso il controllo di gestione ed il Sistema Informativo.
- Propone nuovi modelli organizzativi più funzionali alla risposta ai bisogni.
- Assicura modelli decisionali basati sulla condivisione e sul consenso, sulle evidenze scientifiche e sulle esperienze locali, nazionali, internazionali e sulla sperimentazione.
- Promuove ed organizza l'informazione di tutti i cittadini, dei professionisti relativamente all'accesso ed ai diritti/doveri contenuti nelle normative.
- Promuove la formazione dei professionisti sia per i più direttamente interessati, che per la promozione di una cultura di servizi multietnici.
- Assicura il monitoraggio periodico e la valutazione annuale, secondo indicatori definiti.
- Si coordina col Sistema informativo aziendale, al fine di raccogliere i dati necessari al monitoraggio dello stato di salute ed ai servizi erogati nei confronti della popolazione di riferimento.
- Elabora progetti e cura gli adempimenti necessari per ottenerne finanziamenti, sia a livello nazionale, che regionale, o attraverso il supporto di imprese private.
- Partecipa alla pianificazione strategica aziendale ed al processo di budgeting.

Dipendenza

Opera in staff ai Direttori di Distretto

Il Progetto Speciale Immigrati è attivo dall'ottobre 2001 e si è fin qui occupato di

- Migliorare l'accessibilità ai servizi sanitari secondo principi di equità, appropriatezza, efficacia ed efficienza.
- Applicare e rispettare le normative specifiche
- Promuovere e mantenere la salute della popolazione di riferimento
- Riorganizzare i Servizi Sanitari in un'ottica multiculturale.
- Concorrere a formare una cultura multietnica e multirazziale di tutti i professionisti dei servizi sanitari.
- Semplificare i percorsi assistenziali e promuovere la massima integrazione organizzativa.

- Promuovere il lavoro in rete con gli Enti Locali, le Istituzioni, il terzo settore, il Volontariato e la rappresentanza dei Cittadini Stranieri Immigrati.

Attraverso i seguenti PROGETTI ed AZIONI

- Progetto Ministeriale *Assistenza e Sorveglianza Sanitaria nelle collettività per cittadini Indigenti italiani e stranieri*
- Attivazione Numero Verde metropolitano per cittadini stranieri 800 66 33 66
- Sportello Informativo metropolitano per cittadini stranieri
- Servizio di mediazione interculturale
- Formazione Operatori sanitari
- Progetto *Ospedale interculturale*
- Promozione di un tavolo di lavoro interistituzionale
- Scambio di buone prassi con altre realtà a livello locale, nazionale e transnazionale
- Ricerca fondi per la promozione di progetti sperimentali ed innovativi
- Organizzazione Evento Pubblico di condivisione attività ed esperienze
- Protocollo d'intesa per assistenza ambulatoriale tramite codice STP informatizzato
- Protocollo d'intesa per l'anticipazione del pagamento dei ticket per indigenti italiani e stranieri
- Convenzioni con Associazioni di Medici Volontari per Assistenza sanitaria a stranieri irregolari
- Convenzione con associazione Mediatrici Interculturali in ambito Socio-Sanitario (A.M.I.S.S.)

How we make services accessible to everybody

M. Davies

In this paper I am going to discuss *how we make health services accessible to everybody* with reference to London and Bradford. We will look at how London as a city of 7.1 million people is developing an inclusive approach to public health. We will then look at some examples of good practice which have been developed by Bradford Hospitals NHS Trust.

But first we shall briefly consider the context of health services.

Context

The key policy issue in improving the health of the UK is inequalities. It is generally accepted that perhaps the most important determinant of health is inequality. This is because wherever there are bad health statistics there is poverty.

It is also the case that statistics which demonstrate the link between bad health and poverty very often coincide with concentrations of ethnic minority communities, both new arrivals and long established. The barriers facing these communities include:-

1. Language
2. Religious
3. Cultural
4. Lack of education – especially with regard to healthy lifestyles
5. Lack of awareness of services
6. Inappropriate services – type, location, delivery
7. Lack of confidence – in themselves and in the institutions
8. Discrimination – Direct and indirect. Most often race and sex, but also age and religious belief

Perhaps the first six can be summarised as “social exclusion” and can apply to all communities regardless of ethnic or national origin.

Therefore, in order to make services accessible to everyone we must remove the barriers which are inherent in both the services we provide and within the users themselves.

London

There have been huge changes in London Government which have resulted in the election of a Mayor and the creation of the Greater London Authority. The NHS has also experienced substantial change with all levels being reorganised several times over recent years. This means that a completely new approach to public health has to be developed .

London is still very much in the development phase but a lot of work has taken place and it clearly focuses on the determinants of health, the connections with different policy areas, and the importance of partnership, especially with the community.

London is divided into 32 London Boroughs and the City of London. I work for the London Borough of Haringey which is number 14 on this map

Every borough has a Primary Care Trust which covers the whole borough. Haringey PCT is within the North Central Health Authority (London boroughs of Camden, Islington, Barnet, Enfield, and Haringey) and the Barnet, Enfield and Haringey Mental Health Trust. There are no general hospitals within Haringey

Every local authority in England must have a Health Improvement and Modernisation Programme (HIMP). The organisational changes in the Haringey NHS has meant that previous work had to be completely revised and this year's HIMP is regarded as a draft version.

The Haringey HIMP states:-

“Our vision for health in Haringey is to ensure that all residents start life as healthy as possible and that all partners plan and work together so that our services provide the best possible chance of remaining healthy throughout as long a life as possible.

The health improvement strategy is based on a clear analysis of the health status and health needs of the local population. It recognises the diversity of the local population and the issues that are specific to our local communities. The strategies are underpinned by a clear acknowledgement of the determinants of health such as education, housing, and crime, and integrate with and optimise the opportunities presented by the regeneration agenda.”

The bold type highlights the role of multi-agency partnerships in preparing the HIMP and that partners should be relevant to the determinants of health. Also, that health is fundamental to regeneration.

At Greater London level there is the London Health Strategy. London has experienced huge changes in local government and the NHS so that the Greater London Authority (GLA) which was created two years ago has responsibilities which include public health. The GLA set up the London Health Commission which has just presented its first annual report. This Commission's work includes:-

- Improving the health and well-being of Londoners
- Reducing inequalities in health among different groups and communities.
- The London Health Strategy which was developed during 1999 and launched in March 2000.

The London Health strategy was published in March 2000 and identified four key priority areas:

- Regeneration
- Inequalities
- Black & minority ethnic health
- Transport

1. Regeneration

The key challenges

- a. What action can be taken to involve neighbourhoods in improving health?
- b. How can the NHS, as a major employer in many of the most deprived areas of London, do more to attract, support and develop people from local communities?

Example of work being developed – *The King's Fund, one of the sponsoring partners of the LHC, has developed a learning network for professionals working to regenerate disadvantaged neighbourhoods.*

2. Inequalities

The key challenges

- a. How can the health needs of the most vulnerable groups be met, especially those of deprived families and children?
- b. How can the health gap be narrowed between different communities?

Example of work being developed – *In October 2001, the LHC organised a major forum for discussion of the Government's plans to tackle health inequalities. Over 250 people from a wide range of organisations backed a call for increased co-ordination over key areas, and adequate resources to enable effective partnership working at regional and local level.*

3. Black and minority ethnic health

The key challenges

- a. How can organisations be helped to work for better health among black and minority ethnic communities?
- b. How can organisations effectively engage black and minority ethnic communities in developing local and national health initiatives?

Example of work being developed – *Working with the Public Health Network for London, the LHC has identified access to, and quality of, primary care as a particular issue for ethnic minorities. Examples of good practice have been identified in reaching out to these communities, and plans made to share these ideas across London.*

4. Transport

The key challenges

- a. How can the LHC encourage a greater understanding of the relationship between health and transport?
- b. What action can be taken to encourage healthy transport policy and decisions across London?

Example of work being developed – *A report, On the move, was launched at the first meeting of the LHC. The research looked for the first time at how transport in the widest sense – from walking and cycling to lorry, car and bus traffic – affects Londoners' health.*

A further three priorities were also agreed as crucial to the strategy's success:

- Health impact assessment
- Community involvement / engagement
- Establishing the London Health Observatory – launched in June 2000.

Community development

The aim here is to build the capacity of communities to take full part in the decision making that shapes their present and future. For example: The South Lambeth Primary Care Group, Peabody Trust Youth (*social housing provider*) and the Health Action Zone who adopted a partnership approach when developing a programme of 'sexual health social action'. The aim of the project was to reduce the high rate of sexually transmitted diseases and teenage

pregnancies in the area, and to help the young people involved feel better about themselves and each other. A training programme was run for young people who came forward as volunteers. The project was then launched via a dance contest at Brixton Academy. Volunteers talked to people, directed them to sources of further information, handed out questionnaires, and distributed bottles of water containing messages about sexual health. The launch is being followed up by a programme of focus groups with young people. One trust chief executive with a clinical background said: *"I think lots of people working in health are actually quite scared of what the community might say... We need to learn how to work together with people, really listen to them, not assume that we always have to be the ones who'll come up with the answers."*

Health Impact Assessment

Health Impact Assessment (HIA) is a useful tool for influencing decisions that affect the health of local communities – wherever these decisions are taken and whoever takes them. It is a relatively new approach, drawing on a range of methods, skills and techniques.

The basic values supporting HIA centre on improving health and reducing inequalities in health. The aim is always to encourage decision makers to build on the positive and reduce the negative impacts of their decisions. Lambeth, Southwark and Lewisham Health Authority used the HIA approach to help decide the priorities in its public health budget. The Director of Public Health for the authority said, "Doing the HIA, we found that despite our different backgrounds, we could agree about some really key areas of health locally. For example, we made a strong recommendation to the Board that urgent action had to be taken on both mental health and tuberculosis. And that recommendation was acted on."

London Health Observatory

Monitoring and improving health in London. Based at the King's Fund in central London, the London Health Observatory (LHO) aims to bring together the information (inside and outside the health service) and know-how needed to analyse and research health in London.

Bradford

Here are some examples of good practice developed by the Bradford Hospitals NHS Trust.

The Bradford Hospital Trust's Equality Charter. The starting point for a coordinated approach:-

- Establish a consultative process which enables users of services to contribute effectively to service development
- Develop a comprehensive monitoring programme to ensure health care planners understand the make up and future make up of the communities they serve
- Identify barriers faced by local black and minority ethnic groups, disabled people and other disadvantaged groups in gaining access and effectively using services
- Examine how the Trust currently delivers its services in the light of needs identified

- Assess whether the existing services need to be changed and/or improved so that they are more accessible, appropriate and sensitive to all patients and service users
- Make specific proposals for improvement and action
- Establish a vehicle to monitor progress and ensure that all future service developments take into account the needs of black and ethnic minority groups, people with disabilities and other disadvantaged groups
- Ensure that health care professionals are aware and sensitive to the cultural and religious needs of all service users
- Develop appropriate recruitment, retention and training programmes and workforce policies to ensure effective service delivery
- Work in partnership with other local agencies — Primary Care Groups, health authorities, social services, Community Health Councils — to ensure equality is part of a common agenda

The Equalities Charter was written in response to studies which highlighted that negative attitudes of staff have contributed to consumers from ethnic minority communities receiving an inequitable and often insensitive service. The Trust decided that:-

“Health services clearly need to be responsive to the patients they are aimed at and take account of not just what they are treating but who they are treating. They cannot be based on stereotypes.

The patients treated by the Trust have a wide variety of needs and ensuring they receive an equitable service will not be achieved by treating them with the same uniform response. We have therefore endeavoured to tailor our services to meet patients’ differing needs and we are sensitive to the multi-cultural and multi-religious communities we serve.

Many staff have undergone training to learn more about the cultures and religions of the patients they are treating. Training is also offered to staff to raise their awareness of the needs of patients with disabilities. This understanding enables our doctors, nurses and other health care professionals to adopt the correct approach in their daily care.

Ensuring we are sensitive in the services we provide means that the Trust has not only trained staff but also introduced a range of measures — such as addressing dietary needs - within our hospitals. These recognise the cultural and religious backgrounds of our patients and demonstrate that just because they are in hospital does not mean their needs cannot be fulfilled.

The Disability Policy Group steers initiatives to ensure the needs of patients with hearing, learning and visual difficulties are met. User groups have enabled us to address issues and we now have systems in place to help these patients access services. These include loop systems in key areas and portable minicomms to help deaf people to communicate. Patients with visual

impairment are helped by audio tapes and large print drug labels are used in pharmacy where appropriate. The Trust has also improved sign posting around hospital sites.” **Spiritual Care**

Bradford Hospitals NHS Trust encourages a holistic approach to healing. It recognises that there is an interplay of physical, emotional and spiritual factors which affect the well-being of people and that attention must be given to each element in the attempt to bring wholeness of life to individuals.

The Spiritual Care Service is part of that total caring service which the Trust offers to its patients, relatives, students and staff. It offers pastoral care within a multi-faith community for people of all faiths or those with no faith at all.

Multi-faith visiting team The number of spiritual care visitors has increased significantly over the last two years to improve spiritual care to all patients. The 60-strong team of volunteers now includes visitors from several faiths which have previously been unrepresented. They include the Quakers, the Pentecostal Church and Salvation Army as well as members of local Muslim, Sikh and Hindu and Jewish communities. Each volunteer undergoes extensive training in a variety of skills including cultural awareness and sensitivity towards people of other faiths, bereavement care and communication.

Prayer room Working in partnership with local religious leaders, the Trust has developed a multi-faith place of worship at the St Luke’s Hospital site. Plans are being made to develop a similar place of worship on the Bradford Royal Infirmary site. Currently every effort is made to ensure patients, visitors and carers are offered facilities such as quiet rooms for prayer during their time within each hospital.

Religious

circumcision

This initiative is a prime example of how the Trust is meeting the cultural and religious needs of local communities and so being sensitive to those needs. The Trust acknowledged that a third of our patients and service users are from black and ethnic minority communities and was keen to develop a menu to offer greater choice and quality of minority ethnic meals.

Parent Education

Women’s Awareness in Health Education Association (WAHEDA) WAHEDA is a multi disciplinary group focusing on the needs of ethnic minority women. Around 40 per cent of the 6,000 women in Bradford using the Trust’s maternity services originate directly or indirectly from the Asian sub continents of Pakistan and Bangladesh. The association exists to help improve the women’s ability to access services through education and by overcoming communication barriers.

The initiatives to achieve this aim include Sari meetings and cultural awareness sessions for staff. Parent education sessions are held both within maternity departments and in the community.

Another scheme to bridge language barriers and raise awareness of maternity services is the Mubarak project. This provides women with a number of videos featuring a variety of pregnancy and childbirth issues which they can borrow and watch at their leisure at home.

The objective of the Mubarak Project is to present a positive image of pregnancy and childbirth for Pakistani & Bangladeshi women and to meet the identified need for more relevant parent education.

Health Support Workers are:-

- Interpreter
- Friend
- Empowerer
- Link
- Trainer
- Educator
- Advocate

Health Support Workers work in rotation between Community and Hospital and receive continuous in-house training. They also organise Sari Meetings.

Sari meetings This initiative was developed in response to the low number of women from ethnic communities taking part in traditional parent education sessions.

Asian health support workers working in the maternity service decide to target pregnant women and their extended families and invited them to meetings at their local health centres. The Sari meetings provide the women with a forum in which they feel comfortable to discuss a variety of issues related to pregnancy and childbirth. The women are addressed in relevant languages by the health workers who are supported by both midwives and health visitors.

The Sari meetings have proved a resounding success, attracting better attendance rates than traditional education sessions. They provide Asian women with an open door through which to access our maternity services.

Identifying Users

Ethnic Records The Trust has been collecting data on the ethnicity of patients from April 1997 and this initiative will be developed from April 1999 to include out patients. This confidential collection of data will enable the Trust to develop services, making them more appropriate to the differing needs of the local population. The information will be particularly useful in pinpointing health areas which may need additional funding in the future. The data collection is supported by posters explaining the reasons for ethnic monitoring which have been distributed to hospital departments, GP surgeries, health clinics and community centres.

Staff have also attended training sessions to familiarise themselves with the process of collecting the information. The initiative will also help staff become more aware of the varied customs and health needs of people from different ethnic groups.

One example of monitoring within the Trust is in accident and emergency where staff were keen to respond to the health needs of their patients. A monitoring process has been established to provide staff with relevant information as well as focus groups to enable patients to be involved in shaping the service.

Intensive Care Unit

Currently employs 25% of its staff from different ethnic groupings

Current Situation – Rich mixture of staff ensures an intrinsic interpreting service permits rapid exchange of vital information that is specific to patients who have special requirements

Developments

- Cross-culture communication enhanced by use of translated information cards and pictorial aids - Also useful for patients with hearing disabilities and illiterate patients - Pilot study in final stages of completion
- Quiet area of ICU available where support and information can be given to family and relatives - Also utilised for multi-faith prayer and overnight accommodation for families of critically and terminally ill patients

The Future

- Staff involvement and empowerment
- Commitment
- Patient involvement

Renal Unit:

Current Situation - 30% of total patient numbers of Asian origin - Involvement of patients & families - Nurse-led clinics for peritoneal dialysis and transplant follow-up Outreach programme for peritoneal dialysis and transplant patients

Dieticians

All dieticians are State Registered Practitioners. Their aim is to provide a high quality Nutrition & Dietetic service which facilitates good nutrition, appropriate to the needs of all the people of Bradford.

BRADFORD ROYAL INFIRMARY EMPLOYED THE FIRST CHAPPATI MAKERS IN THE NHS AS PART OF ITS COMMITMENT TO PROVIDE SERVICES SENSITIVE TO THE NEEDS OF THE COMMUNITY.

The initiative was launched after it became clear that the chappati was a vital component of the meat or vegetable curry and for patients, the standard of the meal suffered if the chappati was of poor quality.

In-house chappati makers ensure that the food arrives thaza (fresh) on the meal trays of patients. The initiative highlights the importance of serving food which is both culturally appropriate and culturally acceptable in terms of quality.

The Trust has introduced a Halal meat option and Kosher meals are supplied by local producers. Identification tags for meat, Halal meat and non-meal utensils are also used.

Identifying The Issues

- Communication is the Key
- Talking, listening to individuals - one to one
- Training health professionals
- Producing dietary resources
- Reaching all areas to facilitate healthy eating

Progress to Date

- Asian weaning information - locally produced:
- Cook and eat teaching pack available
- Weaning “soft cube” game and teaching pack
- Afro-Caribbean Cook and eat recipe book developed with local group including their recipes

Liaison Officers

Help to bridge the cultural and linguistic divide between patient and healthcare professional.

The Trust and its staff want to communicate effectively with patients and recognise that there are many different languages used in multi-racial Bradford. Liaison officers are employed within a variety of hospital departments — out-patients, paediatrics, antenatal clinics — to help patients who speak Punjabi, Urdu, Bengali, Hindi and Gujarati. They make sure patients understand what is happening and are able to ask necessary questions and make informed decisions about their care. The Trust has a total 10 liaison officers and they are a crucial link between the patient and the health care professional. Together with health care assistants they bridge the cultural and linguistic divide between patient and health care professional.

Languages covered: Punjabi’ Urdu, Hindi, Bengali, Gujarati

Another major improvement in the Trust’s communication with patients has been the introduction of telephone information lines for those who cannot read their own language. This freephone service provides a range of information and advice on being admitted to hospital and is available in six of the languages spoken in Bradford — Urdu, Gujarati, Bengali, Punjab, Polish and English. With the majority of Bradford’s ethnic population — some 70,000 people — speaking one or more of the Asian languages included in the helplines, this is a pioneering service which is expected to be taken up by hospitals across the country.

Present Provision of Service

- Outpatients
- Antenatal
- ENT/Eye
- Paediatrics

Additional areas covered:

- Wards
- A&E
- Diabetes Unit
- Day Case Unit
- Physiotherapy
- Medical Physics
- Cardiology

- Gastroenterology
- X-ray
- Cochlea Implant Unit

The use of audio and video tapes in hospital departments is also proving helpful in enabling patients to get the most from services. This form of communication is used in maternity where more than half the Asian women who use the service are unable to read or speak English. Audio cassettes provide them with information on aspects of their care and certain procedures while a series of video tapes in Urdu and Bengali are available for use at home.

Role of Liaison Officers

- Link between patient & Health Care Professional
- Explain
- Inform
- Educate
- Communicate
- Cultural Issues
- Religious Aspects
- Linguistic Difficulties
- Translate
- Interpret
- Visit
- Accompany
- Refer

Another department where communication by video is proving useful is in ENT and the eye day case unit where the majority of patients undergo cataract surgery. The video has been produced in both English and Urdu. Information leaflets in a wide range of hospital departments have been translated into minority ethnic languages and bilingual reception staff are employed in key areas such as out patient clinics, accident and emergency and intensive care.

Future Plans for the Service

- All Liaison Officers to be qualified in Public Service Interpreting (Health Option)
- Common base with telephone access
- Liaison Officer Service Review

Le prestazioni previdenziali per cittadini extracomunitari stabilizzati a Palermo: esperienze e casistica i.n.p.s.

L. Milone, C. Rizzo (°), A. Miceli, M. Rubino, M. Meli, P. Procaccianti

Dipartimento di Biotecnologie Mediche e Medicina Legale dell'Università di Palermo –
Sezione di Medicina Legale
Policlinico “P. Giaccone”, Via del Vespro, 90127 PALERMO
(°) Sede Regionale INPS Sicilia

Introduzione

La spinta migratoria verso l'Italia e verso gli altri Paesi più sviluppati dell'Europa Occidentale rispecchia una realtà mondiale, segnata da profondi squilibri di crescita e di benessere.

Il nostro Paese, per oltre un secolo terra di emigrazione, si è trovato così, negli ultimi trent'anni, ad affrontare un rapido cambiamento di ruoli ed è stato chiamato a “misurarsi”, sul piano politico e culturale, con flussi migratori provenienti da varie parti del mondo.

Nel 1998 il governo italiano ha emanato un provvedimento legislativo atto a disciplinare gli accessi nel nostro paese e sostenere i percorsi d'integrazione per gli immigrati regolarmente soggiornanti in Italia.

Ogni tre anni, il Governo, con la collaborazione degli enti e delle associazioni nazionali maggiormente attivi nell'assistenza e nell'integrazione degli immigrati e delle organizzazioni dei lavoratori e dei datori di lavoro maggiormente rappresentative sul piano nazionale, predispone un documento programmatico che stabilisce, nel quadro della strategia politica generale in materia di immigrazione, i criteri relativi ai flussi in ingresso, tenendo conto dell'offerta complessiva di lavoro (dando priorità all'ingresso di manodopera qualificata), e delle disponibilità finanziarie dello Stato, ma anche di tutti gli elementi che consentono un adeguato inserimento sociale dell'immigrato.

Ad esempio per il 2000 è stato previsto l'ingresso in Italia per svolgere attività di lavoro subordinato anche a carattere stagionale, di lavoro autonomo e per inserimento nel mercato del lavoro, di 63.000 stranieri di cui 45.000 provenienti da qualsiasi paese extracomunitario e 18.000 da paesi “privilegiati” in ragione della collaborazione da loro offerta nelle politiche migratorie (Albania, Tunisia, Marocco).

Vengono dal piano previste tre tipologie di ingressi con le seguenti procedure:

- Lavoro subordinato tramite chiamata diretta
- LA PRESTAZIONE DI GARANZIA
- Lavoro autonomo

La normativa attuale prevede inoltre specifiche disposizioni in materia di assistenza sanitaria nonché di istruzione, alloggio, partecipazione alla vita pubblica ed integrazione sociale.

Si tratta di un sistema di disposizioni che prevede, da un lato, obblighi per lo straniero regolarmente soggiornante in Italia quali, ad esempio, l'iscrizione al Servizio Sanitario pubblico, il versamento di tasse, l'obbligo scolastico e, dall'altro, il riconoscimento di diritti quali la parità di trattamento con i cittadini italiani.

Per l'anno 2001 è stata prevista una quota totale di ingressi per lavoro pari a 83.000 unità, prevedendo, per la prima volta, quote speciali di lavoratori stranieri con particolari qualifiche, quali infermieri professionali ed operatori specializzati nelle tecnologie dell'informazione e della comunicazione.

Lo stesso decreto prevede delle possibilità di lavoro per stranieri già soggiornanti regolarmente in Italia per altri motivi, stabilendo normative non solo legate a problemi di ordine pubblico ma direttamente connesse al mercato del lavoro con il coinvolgimento dei relativi Uffici Provinciali del Lavoro, prevedendo inoltre l'attivazione delle procedure presso l'INPS per la copertura previdenziale anche di questi lavoratori sia temporanei che stabilizzati, in rapporto alla tipologia lavorativa.

Le principali prestazioni economico-previdenziali erogate dall'INPS appaiono contemplate dalla legge n. 222 del 12 giugno 1984 e si articolano principalmente nelle seguenti prestazioni, che vengono garantite a cittadini iscritti appartenenti a specifiche categorie di lavoratori con contribuzione obbligatoria (minima da cinque anni).

In particolare l'art.1 e l'art.2 definiscono il riconoscimento dello status di invalido pensionabile o di inabile a seconda del grado di riduzione permanente della capacità di lavoro in occupazioni confacenti alle loro attitudini; in particolare l'assegno ordinario d'invalidità viene concesso all'assicurato la cui capacità di lavoro sia ridotta in modo permanente a causa di infermità, difetto fisico o mentale a meno di un terzo, mentre la pensione di inabilità prevede una assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualunque attività.

L'art. 5 prevede inoltre la concessione di un assegno mensile per l'assistenza personale e continuata ai pensionati per inabilità, che si trovano nell'impossibilità di non poter svolgere le normali funzioni e compiti della loro età o di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore.

Gli articoli 6 e 7 della stessa legge prevedono poi il trattamento pensionistico di privilegio spettante agli invalidi od inabili quando venga riconosciuto un rapporto causale diretto con finalità di servizio, cioè quando la malattia del soggetto o i suoi danni siano legati al tipo di servizio o al lavoro che svolgeva.

All'INPS spetta poi l'erogazione di prestazioni previdenziali in tema di assistenza antitubercolare, ai sensi della legge n° 2055 del 1927 e successive modificazioni (Legge 04/03/1987 n°88):

- indennità giornaliera
- indennità post-sanatoriale
- assegno di cura o di sostentamento
- assegno natalizio.

Materiale

Allo scopo di conoscere l'andamento delle prestazioni previdenziali erogate dall'INPS, abbiamo preso in considerazione i casi esitati o comunque esaminati dal Servizio Sanitario dell'INPS della sede Provinciale di Palermo, nel corso degli ultimi cinque anni, in favore di cittadini extracomunitari stabilizzati.

In particolare sono stati osservati e presi in considerazione i seguenti elementi:

- Numero complessivo dei casi differenziati per età e sesso
- Paese di provenienza

- Residenza nell'area metropolitana di Palermo od in provincia
- Da quanto tempo il soggetto risiede stabilmente in Sicilia
- Tipologia di attività lavorativa
- Patologia denunciata ed accertata dall'INPS
- Tipo e percentuale di prestazione concessa ai lavoratori extracomunitari.

Considerazioni

In Sicilia nel 1999 su una popolazione residente pari a 5.087.794 vengono registrati ufficialmente 56.736 stranieri, pari all' 1,3 % della popolazione totale.

Non risulta possibile attuare un confronto tra le prestazioni INPS erogate nei confronti dei cittadini italiani rispetto agli extracomunitari, atteso che di questi ultimi non è dato possibile conoscere la precisa posizione e consistenza contributiva, venendo spesso per tali soggetti a tutt'oggi non versate le contribuzioni INPS in toto od anche parzialmente (ad es. collaborazioni domestiche).

La nostra ricerca assume quindi un valore indicativo e vuole essere un approccio preliminare alla conoscenza di una tematica che dovrebbe per completezza investire anche altri campi di natura assistenziale-previdenziale come ad esempio eventuali prestazioni garantite dall'INAIL od anche dalle AA.SS.LL.

In totale sono stati considerati 25 casi di cittadini extracomunitari le cui domande sono state prese in esame nell'ultimo quinquennio con eguale distribuzione tra i due sessi (13 uomini e 12 donne).

Preliminarmente si vuole precisare come su 25 domande ben 17 hanno avuto esito favorevole (68 %), mentre i restanti 8 casi esito negativo; nella metà circa degli accoglimenti si è trattato di provvedimenti definitivi, mentre per gli altri casi è ancora in corso un procedimento di revisione.

L'esame dei dati ricavabili dalla nostra ricerca ci permette di verificare come la maggioranza delle prestazioni riguardi una fascia di età medio-alta (41-50 e 51-60 aa.); tale dato appare concordare con il riscontro di presenze stabilizzate in Sicilia da oltre 10 anni, a dimostrazione del fatto che si tratta di lavoratori da lungo tempo oramai soggiornanti in Sicilia (in due casi da oltre 30 anni) ed integrati nel mondo lavorativo, quasi tutti peraltro residenti nel perimetro urbano della città di Palermo (22 soggetti su 25 esaminati, pari all'88%) rispetto alla provincia (12%) (v. tabelle 1 e 2) .

Per quanto concerne la nazionalità di questi lavoratori, dalla tabella 3 emerge una prevalenza di soggetti provenienti dall'area indiana, in questa comprendendo una buona parte di lavoratori provenienti dallo Sri Lanka, la cui comunità è particolarmente presente ed attiva a Palermo; altra comunità prevalente è quella Filippina, mentre i lavoratori stabilizzati provenienti dal Nord-Africa appaiono equamente distribuiti tra i paesi mediterranei (Tunisia, Libia, Marocco) con equivalenza rispetto al centro Africa (Ghana, Etiopia, Somalia). A parte abbiamo voluto indicare la presenza di un cospicuo numero di mauritiani, attesa la presenza in buon numero a Palermo di appartenenti a questa comunità. Abbiamo voluto inoltre segnalare un certo numero di lavoratori già provenienti da ex Paesi dell'Est (Germania Orientale) che oggi dovrebbero essere considerati a tutti gli effetti cittadini comunitari attesa la riunificazione delle due Germanie.

Affrontando il tema delle patologie denunciate ed accertate in sede di riscontro medico-legale INPS, vediamo come si tratti di una distribuzione sovrapponibile a quella della

popolazione autoctona, attesa la netta prevalenza delle patologie dell'apparato cardiovascolare e neoplastiche, con piena rappresentatività di patologie ad andamento cronico-degenerativo (vedi tabella 4).

In ordine infine all'attività lavorativa svolta dai soggetti esaminati, si evidenzia come nella quasi totalità (v. Tabella 5) si tratti di collaboratori familiari (domestici), venendo in parte rappresentate anche attività professionali qualificate, ad esempio nell'ambito dell'area sanitaria. Da rilevare come in alcuni casi nei paesi di origine tali soggetti svolgessero ben altre mansioni in rapporto anche al titolo di studi posseduto (laureati).

In ultimo, si rappresenta come nell'ambito delle pratiche INPS prese in esame risultino del tutto assenti prestazioni di tipo antitubercolare, apparendo per lo più rappresentate prestazioni del tipo assegno ordinario di invalidità, con un solo caso di pensione di inabilità ed uno di assegno familiare.

Conclusioni

I dati emergenti dalla nostra ricerca ci consentono di precisare come sia effettivamente in corso una progressiva acquisizione di conoscenze da parte della popolazione extracomunitaria residente nel palermitano dei propri diritti anche in ambito previdenziale.

Tale considerazione tiene anche conto del fatto che in buona parte dei casi si tratta di soggetti che da lungo risiedono in Sicilia e che quindi hanno sviluppato un buon grado di consapevolezza circa i benefici che possono essere loro concessi in caso di menomazioni sia sotto il profilo sanitario (assistenza da parte dell'S.S.N.) che previdenziale (INPS) laddove si ottemperano agli obblighi contributivi.

L'assenza di prestazioni assicurative antitubercolari fa ritenere come questa fascia di popolazione extracomunitaria stabilizzata sia esente da problematiche di questo genere (più frequente invece nella popolazione irregolare), per loro valendo le stesse problematiche sanitarie comuni alla popolazione residente.

Gli elementi emersi appaiono quindi espressivi di un processo di integrazione sociale in corso per quanto concerne questa fascia di popolazione extracomunitaria da anni stabilizzata in Sicilia, indicando per costoro una progressiva tendenza alla pariteticità dei diritti con la popolazione residente in cui si sono ben inseriti con le loro dignitose attività lavorative.

Lavorare in strada e nei servizi per promuovere l'integrazione delle marginalità sociali

F. Grippi, G. Bruno, M. Crapanzano, M. Ponte, L. Vassallo

L. Bezzi, A. Gugino, S. Palazzo, P. Sampino

Ausl 6 Distretto 13 Palermo

AUSL 6 DISTRETTO 13 PALERMO

Dall'esperienza maturata, in molte realtà locali, nel contatto diretto con le popolazioni immigrate e con i loro bisogni sanitari, è emersa in questi anni una prima importante osservazione che si riassume nel cosiddetto "effetto migrante sano": l'immigrato, generalmente, è una persona in buono stato di salute fisica e psichica, con una cultura media-superiore. Il suo stato di salute è compromesso da fattori socio-ambientali (lavoro, alloggio, alimentazione, supporto psico-affettivo, accessibilità ai servizi sanitari) e comportamentali conseguenti. Mancando il soddisfacimento di tali bisogni scaturisce una complessiva situazione di sofferenza personale che si manifesta nella difficoltà a prendersi cura della propria salute, e quindi nel rischio di perdere l'occupazione lavorativa, di precarizzare così l'autonomia economica, di ostacolare la gestione dei bisogni della propria famiglia, di vivere in condizioni di stress psico-fisici, con conseguenti possibili sofferenze nelle relazioni di coppia e tra genitori e figli.

Tutti i servizi pubblici hanno registrato una sempre più numerosa utenza straniera nei cui confronti gli operatori hanno dovuto attivare forme di comunicazione e di gestione della relazione terapeutica assolutamente nuove. Gli operatori oggi gestiscono faticosamente un intervento sul singolo caso che spesso necessiterebbe di una presa in carico globale da parte di tutte le istituzioni e ormai bisogna riconoscere che la gravità di molte condizioni sociali è determinata da questi limiti istituzionali oltreché dalla comunità accogliente. Occuparsi di immigrazione in un'ottica di prestazione significa isolare i soggetti e dare il via ad una catena infinita di risposte che non arrivano comunque a risolvere la complessità di un fenomeno per definizione dinamico.

Collocarsi nell'area concettuale della promozione della comunità aiuta invece a leggere l'immigrazione come evento complesso, che interfaccia più soggetti sociali e apre il campo delle soluzioni possibili come processi integrati e non come risposte alla infinita serie dei singoli problemi. Questo cambiamento porta una ricaduta positiva sulla qualità dei servizi in termini di flessibilità, di capacità di elaborare nuove strategie di lavoro, di fornire risposte adeguate a bisogni diversi, e obbliga servizi e istituzioni a potenziare le reti di comunicazione e collaborazione, a progettare in modo integrato, a vantaggio non del singolo utente ma di tutta la comunità riconosciuta come risorsa.

Nell'ambito del Distretto 13 di Palermo il Centro salute immigrati e nomadi, insieme all'unità sanitaria di strada zingara, rappresentano il primo momento di realizzazione nel servizio pubblico di una tipologia di interventi rivolti ad una popolazione immigrata e ad aree di marginalità sociale che potremmo definire di "medicina di comunità". Questo significa promuovere salute a diversi livelli, a partire dunque dall'iscrizione all'anagrafe assistiti, così come dalla presa in carico a livello domiciliare o nei campi sosta per quanto

riguarda gli zingari, dall'accessibilità dei percorsi assistenziali o dai processi di mediazione e integrazione socio-sanitaria.

A livello distrettuale alcuni dati rilevati nel corso della nostra attività ci hanno spinto non solo ad attivare "la rete dei servizi", ma a realizzare una continuità di intervento (di percorso), che inizia con un'offerta attiva di servizio, da avviare sul campo, e prosegue a livello ambulatoriale e nei successivi livelli.

L'attivazione di un Centro salute rappresenta dunque il prodotto di questo percorso che trova però nel lavoro "porta a porta" la sua fondamentale strategia di servizio. È stato necessario in questo percorso sostenere alcune "scelte" e probabilmente trarne alcune conclusioni.

Alcune di queste riflessioni riguardano non solo i determinanti di salute o di malattia ma anche potremmo dire il "sistema sanitario globale" per come si rapporta ai bisogni di salute delle comunità immigrate, nomadi o marginali che siano.

La tutela dei diritti

Ogni cittadino iscrivendosi all'anagrafe assistiti (tutti gli immigrati con permesso di soggiorno) accede alle prestazioni del SSN, scegliendo altresì medico e pediatra di base. Dalle prime analisi degli utenti in carico all'unità sanitaria di strada e al Centro salute immigrati e nomadi risultava evidente (v. grafico I- 2) che sebbene in regola da anni col soggiorno raramente si avviava questa presa in carico. Facilitare l'accessibilità ai servizi ha comportato l'attivazione di uno "sportello" dedicato agli immigrati con la presenza di una mediatrice culturale. Solo tramite questo tipo di "scelta" si è modificata significativamente (700 iscrizioni in un anno) una situazione che oggi fa intravedere la possibilità di lavorare in rapporto anche con i pediatri e i medici di base nella promozione della salute. Il dato di attività rileva, una presa in carico rilevante (4500 visite annuali) dei problemi di salute dei cittadini immigrati, e che per la prima volta nella nostra regione, è stato possibile rilasciare il codice STP (oltre 700) previsto dalle normative vigenti, agli utenti non in regola con il permesso di soggiorno.

Distretto 13 Utenti immigrati (Soggiorno in Italia)

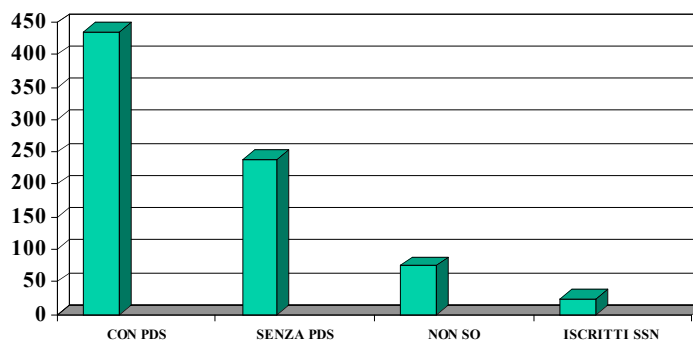


Grafico 1

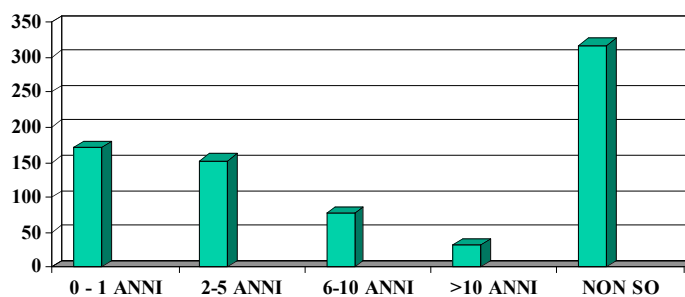


Grafico 2

Bisogna inoltre considerare che anche nel nostro paese le famiglie di immigrati rappresentano una realtà in costante crescita che necessita di sostegno con programmi adeguati, che vanno dalla tutela della maternità e dei minori alla tutela socio-assistenziale. Tutto ciò risulta evidente quando si parla di natalità, ricoveri nel 1° anno di vita e allattamento materno (v. grafico3). Per quest'ultimo si conferma che anche se l'allattamento al seno è ancora culturalmente presente tra le donne immigrate, vi è una forte tendenza ad una forma di adattamento alla società di accoglienza.

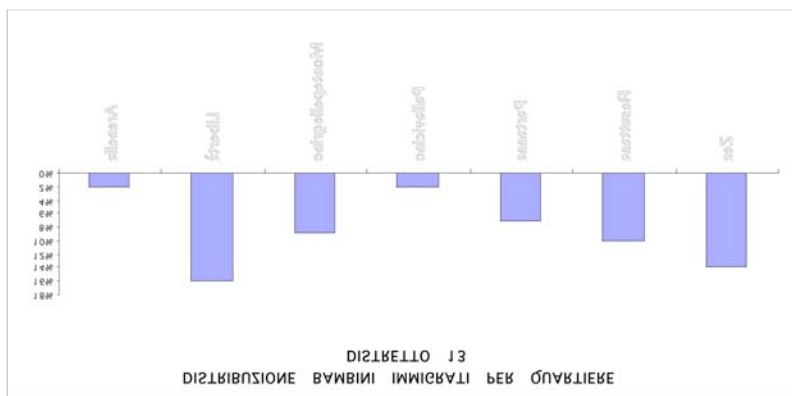
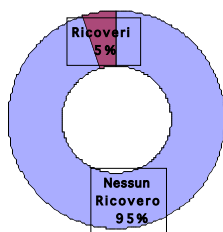


grafico 3

RICOVERI NEL 1° TRIMESTRE DI VITA
FIGLI DI GENITORI IMMIGRATI
(nati dal 1-12-00 al 30-6-01/ DISTRETTO 13)



ALLATTAMENTO
BAMBINI IMMIGRATI DISTRETTO 13



Il centro salute

Nell'ambito dell'attività ambulatoriale del Centro salute immigrati e nomadi, i dati raccolti (*v.grafico3*) mostrano come la maggior parte dell'utenza provengano dall'area sud-asiatica (67%), con un età compresa tra i 20-40 anni, un rapporto maschi-femmine 2:1 con un 35,2% di popolazione che vive con il proprio nucleo familiare.

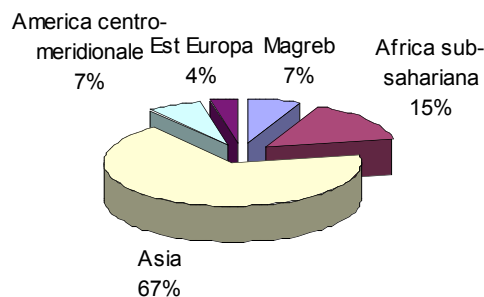


grafico 4

ortopedia-reumatologia	145	17,3%	diabetologia	16	1,9%
gastroenterologia	125	14,9%	parassitosi intestinali	16	1,9%
pneumologia	107	11,4%	neurologia (ictus,epilessia)	12	1,4%
dermatologia	75	8,9%	cefalea	11	1,3%
ginecologia-ostetricia	69	8,2%	psichiatria	3	0,3%
orl	46	5,5%	oncologia	3	0,3%
odontostomatologia	43	5,1%	endocrinologia	2	0,2%
cardiovascolare	34	4,1%	varie	54	6,4%
urologia	29	3,5%	patologia infettiva "a rischio"(tbc,epatiti, mst,scabbia)	19	2,3%
oculistica	20	2,4%	totale	836	
chirurgia	18	2,1%			

Tabella 1

Sono stati eseguiti 113 esami ematochimici rivolti a persone ritenute sane per conoscere il reale stato di salute, nell'ambito del progetto, ancora in itinere, "sorveglianza sanitaria nelle collettività per cittadini indigenti immigrati e nomadi" che vede il Distretto sanitario 13 di Palermo impegnato con l'Istituto di Medicina Interna del Policlinico di Palermo e con l'ASL della città di Bologna.

Il 28,3% (32) ha mostrato un quadro di pregressa positività per epatite B, mentre il 3,5% (4) sono risultati positivi per HbsAg. In questa popolazione è risultato un quadro dislipidemico con il 12,4% sia di ipertrigliceridemie che ipercolesterolemie isolate, con valori tuttavia più bassi rispetto a quelli isolati nella comunità nomade (vedi avanti). Uno screening con intradermoreazione secondo Mantoux è stato eseguito in 78 soggetti di età compresa tra 20-50 anni, di cui il 31% (24) è risultato positivo.

Le patologie di più frequente riscontro (v. *tabella 1*) sono state quelle a carico dell'apparato osteo-articolare (17,3%) dove prevalgono gli eventi traumatici (52,4%), e a carico

dell'apparato gastro-enterico (14,9%) in cui una percentuale pari al 26% è dovuta a malattia ulcerosa. Le problematiche pneumologiche, osservate soprattutto nel periodo invernale, sono state prevalentemente quelle a carico delle vie aeree superiori. Avendo però un'utenza la cui attività lavorativa si esplica "su strada" e con alloggi alquanto disagiati, sempre più spesso questi vanno incontro a complicanze broncopolmonari (35%). Infine per quanto attiene la patologia "a rischio" permane l'andamento registrato negli anni passati e cioè pochi casi di TBC ed epatite nessun caso di AIDS. Da segnalare una certa prevalenza di MST e scabbia che rappresentano 89,4% della patologia a rischio.

L'unità sanitaria di strada

Nello specifico poi delle comunità zingare che vivono ormai tutte in un'area del Parco della Favorita (tra le 600 e 800 persone) la prevalenza della coorte di nati tra 0 e 14 anni risulta ancor più significativa ed in media sono circa 70-100 i gruppi familiari presenti con un indice migratorio che oscillerebbe tra il 40% e il 60%. Il dato più evidente in questa popolazione risulta dunque essere l'elevato l'indice di natalità, anche se rispetto al passato è in crescita la domanda di contraccezione da parte delle donne. Si osserva inoltre la presenza di una popolazione oltre i 55 anni di età che raggiunge oggi il 10%, dato questo che necessita di ulteriori indagini demografiche per valutare quali siano i processi in corso (ricongiungimenti familiari, crescita dell'aspettativa di vita media nonostante la presenza di patologie croniche...).

Le patologie di più frequente (*tabella 2*) riscontro sono sempre a carico della cute (micosi, piodermi, ecc), dell'apparato gastroenterico (diarree virali) e delle prime vie aeree, immutate negli anni, e legate al degrado ambientale in cui sono costretti a vivere.

patologie riscontrate	N° VISITE	%
dermatologia	177	27,2
pneumologia	164	25,2
gastroenterologia	72	10,9
varie	45	6,9
ortopedia- reumat	25	3,8
anemia	20	3,1
cardiangiologia	24	3,7
orl	22	3,4
oculistica	17	2,6
ginecologia	16	2,4
patologia inf.tbc,mst)	15	2,3
urologia-nefrologia	13	2
diabetologia-obesita'	10	1,5
traumatologia	10	1,5
neuropsichiatria	9	1,4
odontostomatologia	9	1,4
chirurgia	3	0,5

Tabella 2

Per quanto concerne poi le patologie a rischio nell'anno 1998-99 si verificarono due casi di Tbc polmonare per cui si effettuò uno screening con intradermoreazione secondo Mantoux estesa a 83 persone che presentarono una positività del 43,3% (36 positivi) e di questi 12 aderirono alla profilassi antitubercolare.

Vista l'elevata prevalenza di cutipositività nella fascia di età compresa tra 16- 35 anni, si è rivalutata nel corso del 2001-2002 la situazione, con un gruppo di 119 persone appartenenti a questa fascia di età e non testata precedentemente.

La positività osservata oggi risulta essersi ridotta al 33,6% (40 positivi) e non si sono più verificati nuovi casi di tbc al campo.

Sono stati eseguiti 87 esami ematochimici relativi alle malattie del ricambio e all'epatite B, a persone in apparente stato di buona salute, d'età compresa tra 16 e 50 anni. I dati emersi forniscono indicazioni preoccupanti sullo stato di salute degli zingari, in considerazione soprattutto della loro giovane età: il 25,2% ha presentato un profilo dislipidemico anche severo e perciò sono stati inviati a strutture sanitarie di II livello; il 43,6% ha presentato una positività per pregressa epatite HBV-correlata (38 HBcAb positivi) e il 2,2% risultava positivo per HbsAg.

Questi dati confermano che per occuparsi dello stato di salute di queste popolazioni, è necessario promuovere umane condizioni di vita nei campi e che la complessità della

situazione richiede un livello di integrazione degli interventi sociali, assistenziali, scolastici, sanitari, che devono trovare un'adeguata programmazione e il coinvolgimento di tutti gli enti competenti. Le azioni realizzate al

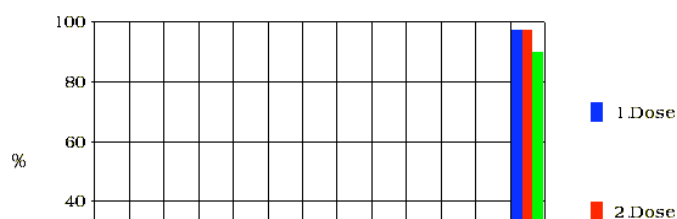
campo dimostrano comunque che queste popolazioni si sono sempre più coinvolte sui problemi di gestione della salute, e che come si vede dal progressivo aumento delle visite ambulatoriali dal campo al Centro salute, individuano i servizi come referenti per molti dei loro problemi, con un incremento degli accessi ambulatoriali di circa il 200% in un anno (settembre 2000- settembre 2001).

Anche per l'infanzia risulta evidente il superamento di quelle diffidenze ad avviare anche i nuovi nati alla vaccinazione come risulta d'altronde dai dati di questi anni, computerizzati in un'anagrafe vaccinale presso il Distretto (nei grafici 5-6 le % delle coperture vaccinali alle diverse età in mesi).

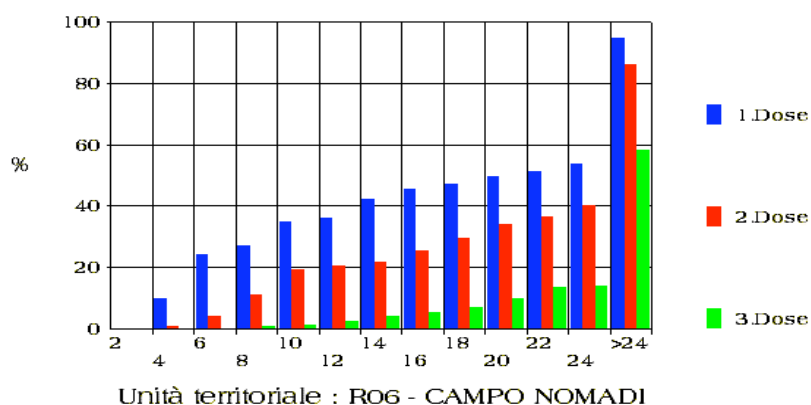
I periodi successivi al 1994, data d'inizio della nostra presenza al campo, confermano il trend progressivo e la necessità che questo tipo d'attività richiedono questa metodologia di lavoro.

Grafico 3

Coperture Vaccinali Anti Polio



Coperture Vaccinali Anti Polio



Unità territoriale : R06 - CAMPO NOMADI

L'istituzionalizzazione di un'unità mobile attrezzata per gli interventi sanitari di base, con stabilizzazione dell'equipe permette ora di garantire l'assistenza sanitaria di base in una comunità marginale e la promozione dell'accesso ai servizi territoriali.

L'organizzazione delle attività ha comportato la strutturazione di differenti e specifici strumenti informativi (scheda e anagrafe familiare, gestione anagrafe e sorveglianza vaccinale, registro attività, patologie, codici STP) e pertanto un cambiamento del modello organizzativo dei relativi servizi.

Conclusioni

Questi dati richiedono certamente ulteriori conferme, ma sembra tuttavia confermarsi il fatto che "l'effetto migrante sano" si stia esaurendo, e lo stesso discorso risulta ancor più evidente per "le comunità zingare" che in assenza d'interventi di supporto sociale, vivono situazioni estreme che determinano pesanti ricadute sullo stato di salute generale. È sui sistemi informativi che bisognerà in sede nazionale promuovere forme di comunicazione tra i servizi al fine di garantire in qualsiasi luogo pari opportunità. Ma più in generale si dovrà promuovere un progetto che integri gli interventi di mediazione culturale, di formazione degli operatori, social-support, home visiting e di lavoro in rete con i servizi territoriali. Crediamo che il sistema dei servizi dovrà necessariamente passare attraverso una nuova modalità di presa in carico, nuovi modelli operativi e tenendo conto di questa nuova fase, lavorando per un'integrazione possibile, tutte le volte che questo determinerà risultati reali in termini di salute.

**Il Medico e la Salute dell'immigrato:
i casi del permesso di soggiorno per motivi di salute
e dell'interruzione volontaria di gravidanza**

F. Russo, A. Busardò, G. Cassarà, A. Gorizia, V. E. D'Antoni, L. Vernuccio, M. Affronti
Ambulatorio DH per immigrati (M. Affronti)
Cattedra di Medicina Interna e Geriatria
dell'Università degli Studi di Palermo (Direttore Prof. S. Mansueto)

Il Medico per sua natura persegue il miglioramento dello stato di salute dell'individuo. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità la salute si definisce come lo stato di benessere fisico, psicologico e sociale di un individuo.

Il problema della salute nel soggetto immigrato prevede da parte del medico l'intervento in un campo che molto spesso va oltre la sola competenza fisico-biologica. Elementi di ordine culturale, psicologico e soprattutto sociale influenzano in modo determinante lo stato di benessere del soggetto immigrato fino al punto che anche il più adeguato trattamento medico rischia di essere assolutamente non adatto e poco praticabile se vengono ad aggiungersi determinati fattori culturali e sociali particolarmente presenti nei soggetti immigrati.

Come esempi abbiamo riportato due esperienze che abbiamo vissuto nella nostra attività quotidiana con gli immigrati: il permesso di soggiorno per motivi di salute e l'interruzione volontaria di gravidanza.

A) Permesso di soggiorno per cure mediche:

Il riconoscimento del diritto alle cure mediche deve andare di pari passo soprattutto nei casi di malattia grave con il riconoscimento giuridico della posizione dell'immigrato. Il riconoscere lo stato di malattia presuppone il riconoscimento della persona con i propri bisogni.

Per questo abbiamo portato avanti un metodo secondo il quale il medico stesso può mediare con gli enti giuridici preposti il riconoscimento del malato come uomo.

In base alla possibilità esistente di rilascio di permessi di soggiorno per motivi umanitari, il caso della malattia grave è stato sottoposto all'attenzione come possibilità che possa essere riconosciuta tra questi motivi tanto da poter essere rilasciato un permesso di soggiorno per cure mediche.

“Ma a cosa può servire ciò una volta che comunque le cure mediche vengono garantite?”. Questa è l'obiezione che di solito viene fatta dagli organismi preposti.

Casi clinici

- Glory 25 anni africana irregolare dedita alla prostituzione
- Antony 29 anni africano irregolare lavoratore in nero
- Issa 30 anni africano irregolare lavoratore in nero
- Stella 23 anni africana irregolare lavoratrice in nero

Presso il nostro ambulatorio-Day Hospital viene fatta diagnosi di infezione da hiv in fase conclamata per Glory, insufficienza renale grave per Antony, di tubercolosi ossea della colonna vertebrale per Issa, grave incidente con fratture per Stella.

Vengono ricoverati presso vari ospedali tra cui alcuni decentrati alla periferia della città per le cure del caso. Una volta dimessi non si dedicano più alle attività precedenti ma si fanno aiutare da centri di recupero soprattutto per quanto riguarda l'alloggio.

Stanno meglio ma per loro, la terapia, la dialisi, le medicazioni quotidiane sono vitali e spesso devono recarsi negli ospedali alla periferia della città.

“Ma come fare per due-tre volte alla settimana a muoversi e arrivare a piedi fino a lì?”

“E poi come fare a muoversi per spostarsi per andare a prendere qualcosa da mangiare visto che il supermarket e' lontano?”

“E poi come fare se proprio mentre si è fuori veniamo fermati dalla polizia con il rischio di essere rimandati nei nostri paesi dove spesso non ci sono le cure mediche per queste malattie?”

I ragazzi già ammalati gravemente vivono il dramma interiore di tutti questi interrogativi.

A questo punto ognuno di loro scopre che l'unica possibilità per muoversi nel modo meno gravoso possibile sarebbe l'autobus.

Ma il biglietto costa 1 euro per un' ora e di questo passo ci vuole un capitale. ...potrebbero fare l'abbonamento sarebbe la soluzione ideale per risparmiare ma ecco che inesorabile arriva la domanda dell'addetto:

"Signorina, Signore lei c'è l'ha il permesso di soggiorno? se c'è l'ha bene altrimenti non c'è niente da fare!"

A questo punto ai ragazzi restano solo alcune possibilità:

- Scegliere di non curarsi
- Scegliere di riprendere la vita di prostituzione e di lavoro in nero per potersi garantire un sostegno economico adeguato che garantirebbe le cure
- Trovare un altro lavoro onesto ma anche lì, la richiesta ufficiale è il permesso di soggiorno e poi i lavori offerti sono sempre molto pesanti rispetto alle loro riserve fisiche.
- Avere una piccolissima pensione di invalidità; questo darebbe loro la possibilità di non perpetuare uno stile di vita irregolare fatto di espedienti non sempre “leciti” che in ogni caso gli consentono di procurarsi il necessario. Ma anche in questo caso è necessario il permesso di soggiorno.

Si garantiscono, così, le cure sanitarie adeguate per queste malattie gravi ma si dà per scontato che le stesse persone per sopravvivere e potersi curare possano anche rubare o prostituirsi.

Queste motivazioni in parte sono state comprese dagli organi competenti e adesso ai ragazzi è stato rilasciato un permesso di soggiorno per cure mediche della durata di sei mesi o un anno rinnovabili che gli consente di vivere più serenamente la propria malattia

B) INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA

MOTIVI DI RICOVERO IN DAY HOSPITAL IN ITALIA TRA GLI STRANIERI RESIDENTI E NON RESIDENTI (Dossier Statistico Caritas 2001)

1) ABORTO INDOTTO	incide per il	33,7 %
2) INFEZIONE DA HIV	incide per il	4,1 %
3) TUBERCOLOSI	incide per il	2,4 %
4) CHEMIOTERAPIA	incide per il	1,7 %

in particolare per i non residenti, in valore relativo, l'aborto indotto incide il doppio rispetto ai residenti:

Incidenza di aborti tra i non residenti 56 %
Incidenza di aborti tra i residenti 27 %

Il tasso di abortività (numero di i.v.g. effettuate ogni mille donne tra i 18 e i 49 anni) stimato tra le straniere, è tre volte superiore rispetto a quello delle cittadine italiane.

Tra le italiane l'i.v.g. è più frequente tra le donne di età compresa tra i 25-35 anni. tra le straniere l'i.v.g. è più frequente tra i 18 ed i 24 anni (tasso di abortività 5 volte superiore rispetto alle italiane):

55,0 % PER LE STRANIERE
11,5 % PER LE ITALIANE.

Interruzioni volontarie di gravidanza per 1000 donne residenti in Italia per cittadinanza e classe di età'

Classe di età	ITALIANE	STRANIERE
18-24	11,5	55,0
25-29	12,0	44,0
30-34	12,2	31,4
35-39	11,1	23,6
40-44	5,3	10,0
45-49	0,5	0,7
18-49	9,1	32,5

Questi dati vengono interpretati come:

1) segno inequivoco del disagio sociale vissuto dalle giovani donne immigrate con una complessiva precarietà di vita relativa a:

- famiglia (assenza di nucleo familiare stabile)
- lavoro (timore che la gravidanza possa comportarne la perdita)
- alloggio (instabilità e inadeguatezza delle condizioni abitative)
- relazioni sociali (scarsità di figure che possano supportare nella crescita e nell'accudimento dei bambini)
- esercizio della prostituzione per alcune

2) dovuti alla provenienza da aree in cui l'aborto è più frequente che in Italia

La LEGGE N.194 DEL 22 MAGGIO 1978 in merito è chiara:

Art.5

"I consultori, la struttura socio-sanitaria o il medico di fiducia, anche in collaborazione con strutture di volontariato (art. 2) oltre al dover garantire i necessari accertamenti medici, hanno il compito in ogni caso, e specialmente quando la richiesta di interruzione della gravidanza sia motivata dall'incidenza delle condizioni economiche, o sociali, o familiari sulla salute della gestante, di esaminare con la donna e con il padre del concepito le possibili soluzioni dei problemi proposti, di aiutarla a rimuovere le cause che la porterebbero alla interruzione della gravidanza, di metterla in grado di far valere i suoi diritti di lavoratrice e di madre, di promuovere ogni opportuno intervento atto a sostenere la donna, offrendole tutti gli aiuti necessari sia durante la gravidanza sia dopo il parto".

D'altra parte il terzo comma dell'articolo 33 legge40/98 (art 35 del testo unico per l'immigrazione) prescrive che è "in particolare garantita, nei confronti degli stranieri presenti in Italia ma non in regola con le disposizioni sull'ingresso ed il soggiorno, la tutela sociale della gravidanza e della maternità, a parità di trattamento con le cittadine italiane".

Riportiamo adesso l'esperienza del Centro Aiuto alla Vita, del Movimento per la Vita e di tutte quei gruppi di volontariato che aiutano le madri che si trovano in un momento di difficoltà che vivono tale problematica.

Attività del Centro Aiuto Alla Vita: Bambini nati e Donne assistite

	1996	1997	1998	1999	2000
numero complessivo di bambini nati nei cav dall'inizio della sua attività (1988)	963	17714	20567	24337	28178
Bambini nati nell'anno	2185	2751	2862	3761	3841
gestanti assistite	3270	4038	4193	5794	5352
donne ospitate	298	438	470	549	327

	1996	1997	1998	1999	2000
AMERICA	8%	10%	6%	8%	11%
ASIA	6%	5%	6%	8%	7%
Gestanti straniere assistite complessivamente	1058	1420	1873	2937	2711
OCEANIA	/	/	/	/	/
NON NOTA	31%	26%	28%	23%	22%
Paesi di provenienza					
AFRICA	39%	44%	41%	41%	50%
EUROPA	17%	15%	18%	20%	25%

Le donne che si sono presentate ai CAV già con il certificato per abortire sono state il 16%.
i queste il 78% ha poi proseguito con la gravidanza.

Di tutte le altre donne che si sono presentate incerte o intenzionate ad abortire il 78% ha portato avanti con successo la gravidanza.

Storia di Sony

- Immigrata
- Non in regola con il permesso di soggiorno
- Dedita alla prostituzione
- Rimane in gravidanza da un uomo italiano
- che non riconosce la paternità
- Non ha una casa propria

Sony ha tutti i criteri che di norma giustificano il ricorrere ad una interruzione di gravidanza, però tentata dal praticare l'aborto ha detto definitivamente di volere la propria bambina quando si è vista accolta ed aiutata in una comunità che gli ha dato quei sostegni materiali e psicologici per portare avanti la propria gravidanza.

Adesso è nata CATERINA.

Altre questioni aperte per la tutela della "Salute" tra le straniere sono:

1. Il senso di diffidenza nei confronti delle strutture pubbliche viste come sedi di denuncia del proprio stato di clandestinità che verrebbe ad essere punito definitivamente.

"Alla luce della legge che garantisce la assistenza sanitaria anche a chi non è in regola con le norme per il soggiorno questo è un pregiudizio che fa comodo a chi vuole favorire a tutti i costi l'interruzione della gravidanza (vedi l'esempio della prostituta che si vede costretta a dover abortire) e soprattutto fa comodo a chi sull'onda di questa intimidazione clandestinamente si dedica a svolgere interruzioni di gravidanza chiedendo compensi economici e quindi di conseguenza non valutando assolutamente la possibilità di un dialogo per le possibili alternative"

2. La scarsa informazione delle strutture pubbliche in tema di assistenza Sanitaria agli stranieri che rischia di avvalorare il senso di diffidenza da parte degli stranieri tramite atti non previsti dalla legge quali denunce a strutture di polizia.
3. La mancanza di adeguate possibilità di risposta da parte della struttura pubblica in termini di aiuti alle donne che per motivi ben definiti ricorrono all'interruzione di Gravidanza.
4. La impossibilità a stabilire l'esatta età per quelle ragazze straniere sprovviste di qualsiasi documentazione di identità che permetta almeno di accertare il compimento della maggiore età, termine questo al di sotto del quale, per legge, non è possibile fare richiesta di interruzione di gravidanza se non con autorizzazione di un genitore o di un soggetto giuridicamente riconosciuto

Il medico ed il velo: casi clinici paradigmatici.

F. Russo, A. Busardò, G. Cassarà, A. Gorizia, V. E. D'Antoni, L. Vernuccio, M. Affronti
Ambulatorio DH per immigrati (M. Affronti)
Cattedra di Medicina Interna e Geriatria
dell'Università degli Studi di Palermo (Direttore Prof. S. Mansueto)

Spesso in medicina esistono dei fattori, nell'ambito del rapporto medico-paziente, che possono indurre ad errori, tanto da sconvolgere la storia di una malattia.

La conclusione a cui si arriva al termine della presentazione dei casi di seguito riportati è che la modalità di presentazione ad una visita medica influenza in modo determinante la storia, la prognosi e la terapia di una determinata malattia. Così, elementi come il particolare habitus, la razza del paziente, la storia di disagio socio-psico-economico finiscono con il far calare una sorta di "velo" sul ragionamento del medico tanto da indurlo ad errori e quindi rappresentare dei veri e propri fattori di rischio che influenzano la storia e la prognosi di una malattia.

In questa storia si ripercorre il caso di alcuni giovani senzateo della nostra città che si ritrovano ad essere accompagnati dal 118 ad un pronto soccorso di uno dei tanti ospedali della città. La storia ripercorre l'esperienza vissuta all'interno di una Missione che nella nostra città si occupa dell'accoglienza e del recupero dei senza tetto. Le storie sono volutamente raccontate in un modo particolare perché il lettore almeno per un momento possa calarsi nei vissuti di queste situazioni che fanno parte del vissuto quotidiano della nostra stessa città .

Storia n.1

Ore 9.00: alla Missione squilla il telefono.....

E' in linea il Pronto Soccorso di uno dei tanti Ospedali della città

La richiesta è.....

"Si trova nella sala d'aspetto del nostro pronto soccorso un signore di possibile nazionalità cecoslovacca o olandese che ha trascorso la notte coricato sulle panchine. Lo abbiamo visto perché diceva che aveva dolore ad una gamba. Per noi non ci sono problemi il caso non è di nostra pertinenza avrebbe solo bisogno di un posto dove andare..."

Un pulmino parte dalla Missione per andare a prendere il signore cecoslovacco. A bordo dell' automezzo sono un volontario ed un ospite della comunità. Dopo circa mezzora Hans, così lo chiameremo da ora in poi, varca il cancello della Missione.

I primi commenti di volontari ed ospiti della Missione:

" Hans è davvero in brutte condizioni : è molto sporco, è mal vestito,...negli ultimi tempi deve aver attraversato davvero grosse difficoltà...e poi guarda!!! E' pallido!!! a guardarlo bene dall'ultima volta che lo abbiamo visto sarà dimagrito di almeno 30 chili. Che sarà successo di particolare!?!...è vero! lo conosciamo, beve molto!! ma non si era mai ridotto così !"

Ognuno all' interno della Missione dai Missionari, ai Volontari, al Medico, agli Ospiti veniva colpito dalle sue condizioni.....e continuavano dicendo:

"Dai!! serve subito una sedia a rotelle non vedi!! non riesce nemmeno a camminare!"

Tutti a questo punto assieme commentarono: "Ma come è possibile che all'ospedale hanno detto che non c'erano problemi!!! Saliamo di nuovo in macchina, dobbiamo vedere cosa è successo in ospedale!"

Questa volta sul pulmino c'è anche un medico della Missione che ad una prima visita nell'ambulatorio aveva notato, oltre ai problemi che erano evidenti a tutti, i segni di una severa disidratazione e la febbre.

Ma prima di partire tutti assieme pensarono:

Dobbiamo fare una cosa però!! Prima di andare lo dobbiamo lavare bene e vestire in modo sistemato

E così i missionari fecero!! Arrivati al pronto soccorso dell'ospedale, dopo una lunga attesa all'esterno, si chiedono spiegazioni ed informazioni sullo stato di salute di Hans La risposta è stata...

"Collega, guarda! noi riteniamo che questo ha bisogno solo di mangiare!..il prelievo non ci direbbe niente di più.

Si cominciò allora a fare notare il pallore, a dire che dall'ultima volta che lo avevano visto qualche mese prima era dimagrito di oltre 30 chili, che aveva la febbre, la cute secca, alitosi e che non riusciva a reggersi in piedi. A questo punto i medici, messi evidentemente a maggior agio dal fatto che Hans era stato lavato e vestito, lo rivisitarono .

Soltanto dopo diverse ore fu eseguito il prelievo da cui risultò un quadro di scompenso metabolico severo. Il dato più importante era uno squilibrio elettrolitico severissimo...il potassio era inferiore a 2 mEq/l. A questo punto il ricovero si imponeva...ma la cosa non fu così facile. Dopo un intero giorno, il medico del pronto soccorso, che forse per la prima volta si imbatteva in una situazione del genere, disse.....Ma, collega, tu lo sai che significa mettere uno così dentro una stanza con altre persone in un reparto di Medicina??!?!.....Il medico fu rassicurato dal fatto che la Missione sarebbe stata vicino ad Hans, ogni giorno, come se fosse stata una persona che viene assistita dalla sua stessa famiglia.

Hans fu ricoverato alle ore 22:00 presso un reparto di Medicina così come meritava la sua patologia. L'indomani nella mattinata fu accudito dai medici del reparto, dagli infermieri, dagli stessi compagni di stanza e dai Missionari tra le cui braccia morì alle ore 14.00. La sua malattia, di cui non abbiamo conosciuto mai il nome, ce lo aveva fatto rincontrare quando ormai era in uno stato molto avanzato. La grande consolazione che rimase a tutti nella Missione fu che Hans è morto in un letto e non per strada, è morto circondato da persone che gli hanno dato un' attenzione e non nella indifferenza e nella solitudine più assoluta. Hans non aveva più di quaranta anni.

Storia n.2

Al cancello della Missione arriva una macchina della Polizia...

Scendono i due agenti.....dal finestrino si scorge che nel sedile posteriore della autovettura c'è un uomo che non è proprio.... un poliziotto.....Uno dei due poliziotti dice:

"Buongiorno! ci hanno chiamato dal pronto soccorso di un Ospedale cittadino, ci hanno affidato quest'uomo che non sappiamo!!....dovrebbe essere tedesco! Ci hanno detto che era lì in Pronto Soccorso e che non presenta niente di grave. Dovreste aiutarlo, tenendolo qui in Missione".

Si aiuta a farlo scendere dall' auto, ed istintivamente il signore scende e si siede per terra, non dando segni di riuscire a camminare bene... Corsogli incontro i commenti tra missionari, medici e volontari della Missione furono:

"Prendiamo una sedia a rotelle ed accompagniamolo dentro! E ridotto male, è sporco, come minimo vivrà per strada da anni. Non lo conosciamo, non lo abbiamo mai visto prima. A guardarlo è un alcolista di grosso calibro e quasi quasi penso che ci ritroviamo di fronte ad uno di quei casi di neuropatia alcolica che blocca questi soggetti costringendoli spesso a chiedere aiuto".

Capita spesso di osservare quadri simili di gravi danni da alcool.... C'è chi addirittura arriva a perdere temporaneamente la vista per cui da un giorno all'altro diventa dipendente dagli altri. Per tutti questi casi la Missione è un punto di ritrovo in cui rimangono, vengono curati per poi spesso ritornare a riprendere la strada di chi vive girando per le strade di tutto il mondo. La Missione è una comunità libera, non viene obbligato nessuno a rimanere....

Il nuovo arrivato, così, si accompagna nel suo nuovo letto, si aiuta a lavarsi e a tagliarsi i capelli....I commenti dei vari ospiti della Missione erano:

"Guarda sembra un altro!!"

Tutti lo osservano e scambiano con lui sorrisi per farlo sentire a suo agio. Anche lui è abbastanza sorridente...se non fosse per quelle gambe che non gli permettono di camminare!?! Il nuovo ospite dopo due giorni di permanenza alla Missione appare sereno e sorride e saluta tutti ...più di questo no! ..e già!! infatti parla solo la sua lingua..... Per risolvere questa problema interviene Rainer un signore tedesco che da anni vive alla Missione e che aiuta tanto quelli della sua Nazione che si rivolgono alla Missione. Rainer ci fa notare un particolare che ci ha messo in allarme..... Dice:

"Guarda !! a livello della coscia ha una macchia nera!"Risponde il medico:

"Grazie Rainer! hai fatto una giusta osservazione e mi hai fatto pensare a qualcosa"

Riprese Rainer:

"Ma dottore!! lui viene dall'Ospedale e lì hanno detto che non aveva niente di grave!!"

il medico:

"Lo so Rainer!! però a tutti può capitare di farsi sfuggire qualcosa..."

Si trattava di un grosso ematoma localizzato alla radice della coscia sinistra.... E chiede ancora:

"Che sia questo a non farlo camminare bene!?"

A questo punto Rainer osserva:

"Guarda dottore!! guarda come tiene il piede sinistro e poi guarda il destro ...il sinistro lo tiene completamente ruotato verso l'esterno e poi non può neanche appoggiarlo ...quando ci prova ha sempre una smorfia di dolore...! A me la gamba sinistra sembra più corta della destra!"

Andiamo con Rainer ed un Missionario nello stesso ospedale da cui ci è stato inviato ...Il medico che ci accoglie è lo stesso che era di turno il giorno in cui l'ammalato è stato visto in ospedale ...Il medico esordisce dicendo:

"Ma è lui !?! neanche lo riconoscevo! ma che è! si è tagliato i capelli ?!. Ascolta collega! non ha niente !!....guarda gli ho fatto pure la radiografia del piede e del ginocchio..."Gli si fece notare il grosso ematoma alla radice della coscia...In quel momento subito si eseguì una radiografia del femore La diagnosi fu: Frattura pertrocanterica scomposta della testa del femore.

Fu trasferito in una clinica privata perché lì non c'erano posti.....Dalla clinica privata fu trasferito per impossibilità di eseguire l'intervento in un altro ospedale pubblico.....da dove fu dirottato in un'altra clinica privata; da lì è andato di nuovo in un nuovo ospedale pubblico dove si trova in atto, dopo un mese dal nostro incontro, ricoverato in un reparto di medicina dove si sta curando una pericardite che ancora oggi non ha permesso di eseguire l'intervento al femore. I compagni di stanza ci dicono che lo avevano incontrato qualche mese prima nel pronto soccorso di un altro ospedale che ancora non risultava nel nostro elenco degli ospedali in cui è stato seguito dalla Missione.....

Rainer ogni giorno gli è accanto....Questo sta servendo ad alleviare una sofferenza che forse sarebbe stata davvero insopportabile.....

Riepilogo dei sintomi con i quali Hans si è presentato alla visita medica:

-PALLORE-GRAVE CALO PONDERALE-FEBBRE-ALITOSI

-DISIDRATAZIONE-PROFONDA ASTENIA-TETRAPARALISI

Caratteristiche delle modalità con cui Hans si è presentato alla visita medica:

-HA DORMITO SULLA PANCHINA DELLA SALA D'ASPETTO DEL PRONTO SOCCORSO

-IMMIGRATO-MALVESTITO-MALEODORANTE

Esito della prima visita medica:

DIMISSIONE DAL PRONTO SOCCORSO DELL'OSPEDALE

Provvedimenti presi da chi si è ritrovato ad accogliere Hans dopo la dimissione:

-LAVARLO-VESTIRLO-RIACCOMPAGNARLO IN OSPEDALE

Esito della seconda visita medica:

RICOVERO IN REPARTO DI MEDICINA (DECESSO)

Riepilogo dei sintomi e dei segni con i quali il signore tedesco si è presentato alla visita medica:

- DOLORE ALL'ARTO INFERIORE
- EMATOMA ALLA RADICE DELLA COSCIA
- ARTO RUOTATO RISPETTO AL CONTROLATERALE
- ACCORCIAMENTO DELL'ARTO

Caratteristiche delle modalità con cui si è presentato alla visita medica:

-ACCOMPAGNATO DAL 118 IN OSPEDALE

-IMMIGRATO-MALVESTITO-MALEODORANTE

Esito della prima visita medica:

DIMISSIONE DAL PRONTO SOCCORSO DELL'OSPEDALE

Provvedimenti presi da chi si è ritrovato ad accogliere il signore tedesco dopo la dimissione:

-LAVARLO

-VESTIRLO

-RIACCOMPAGNARLO IN OSPEDALE

Esito della seconda visita medica:

RICOVERO IN REPARTO DI MEDICINA (FRATTURA DEL FEMORE-PERICARDITE)

Riepilogo dei sintomi e dei segni con i quali il signore austriaco si è presentato alla visita medica:

- ASTENIA
- TREMORI
- CALO PONDERALE
- ANORESSIA

Caratteristiche delle modalità con cui si è presentato alla visita medica:

-ACCOMPAGNATO DAL 118 IN OSPEDALE
-IMMIGRATO-MALVESTITO-MALEODORANTE

Esito della prima visita medica:

DIMISSIONE DAL PRONTO SOCCORSO DELL'OSPEDALE

Provvedimenti presi da chi si è ritrovato ad accogliere il signore austriaco dopo la dimissione:

-LAVARLO

-VESTIRLO

IL PAZIENTE MUORE NEL TRAGITTO CHE LO STAVA RIACCOMPAGNANDO
IN OSPEDALE

Così per concludere diciamo:

La modalità di presentazione alla visita medica influenza la storia di una malattia.

- -Il vestire malandato
- -La scarsa igiene
- -Il cattivo odore
- -La razza
- -Lo stato di ebbrezza alcolica
- -L'età avanzata
- -L'handicap fisico o psichico
- -La storia di tossicodipendenza
- -La storia di disturbi psichici
- -Lo storia di degrado sociale
- -La povertà

Ognuno di questi elementi considerati singolarmente o combinati tra di loro può essere considerato come grave fattore di rischio che può cambiare in maniera sconvolgente la storia, il decorso e la prognosi di una malattia. Il presentarsi da soli alla visita medica, il che è molto probabile in determinate circostanze, associato anche ad uno solo di questi fattori aggrava ulteriormente il decorso della malattia.

Le somatizzazioni in un ambulatorio di medicina generale per immigrati.

M. Aragona, F. Colosimo, L. Bindì, B. Martinelli, H. Raad, L. Tarsitani.

Caritas Diocesana - Area Sanitaria; Via Marsala 103, Roma

Introduzione

Kirmayer¹, definisce la somatizzazione come presentazione di sintomi fisici in assenza di patologia organica o amplificazione dei disturbi fisici concomitanti a malattie organiche, al di là di una possibile connessione fisiogena. Il termine somatizzazione è usato clinicamente in diversi modi: per riferirsi a classi di disturbi psichiatrici (i disturbi somatoformi nel DSM-IV-TR); per riferirsi a processi di trasformazione e traduzione di conflitti psicologici in sintomi corporei; per descrivere un gruppo di disturbi del comportamento, specialmente uno stile di presentazione clinica, in cui i sintomi somatici sono presentati per escludere o eclissare stress emozionali e problemi sociali² Nella ricerca questa varietà di definizioni si traduce in ostacoli metodologici legati alle diverse modalità di valutazione che rendono spesso i dati presenti nella letteratura scientifica difficilmente confrontabili.

In questo lavoro si utilizzerà il termine "sindromi da somatizzazione" per indicare quel gruppo di quadri clinici caratterizzati dalla preponderanza, nel quadro sintomatico, di sintomi corporei che: a) non sono espressione di un danno organico o di una alterazione funzionale di un determinato e conosciuto processo somatico, e b) sono interpretati come espressione corporea di un problema di ordine psichico (utilizzando volutamente un termine generico come "problema", per evitare di attribuire ad un unico meccanismo psicopatogenetico un complesso sindromico che è probabilmente eterogeneo).

La Caritas, a partire dal 1983, ha organizzato un servizio di medicina di base, attualmente supportato da 15 ambulatori specialistici e da servizi per la diagnosi strumentale, rivolto ai pazienti che hanno difficoltà ad accedere ai servizi sanitari pubblici.³ Tra questi, una parte decisamente rilevante è costituita da persone provenienti dai paesi al di fuori dell'unione europea, soprattutto immigrati irregolari.

Tra le patologie più frequentemente riscontrate negli immigrati "si nota la netta prevalenza delle patologie acute, spiegate dalla giovane età e dalla storia migratoria relativamente recente, ed il ruolo limitato delle patologie infettive e parassitarie; rare in particolare si sono dimostrate le patologie esotiche d'importazione; basso è anche stato il riscontro di patologie psichiatriche". Tra queste ultime, che nel 1998 sono state il 3,95% dei 3639 pazienti diagnosticati (*dati non pubblicati*), le sindromi depressive e quelle ansiose sono di gran lunga le più frequenti (nel '98, 36,8% e 36,1% delle diagnosi psichiatriche, rispettivamente: *dati non pubblicati*), mentre per quel che riguarda specificamente i disturbi somatoformi, i dati ICD-9 del 1998 (*dati non pubblicati*) riportano una percentuale pari soltanto al 10,4% delle diagnosi psichiatriche (le quali, come detto, rappresentano solo il 3,95% delle patologie totali).

Questo lavoro nasce dall'esperienza clinica negli ambulatori di medicina di base, che ha fatto emergere una discrepanza tra l'osservazione di molti di questi disturbi, e la loro rarità nei corrispondenti dati epidemiologici. L'ipotesi è che i dati epidemiologici possano sottostimare l'effettiva incidenza e prevalenza delle sindromi di somatizzazione, la cui diagnosi sarebbe spesso celata dai sistemi nosografici utilizzati, che ricorrono a categorie mediche poco specifiche.

L'eventuale conferma di una presenza elevata di questi quadri clinici appare particolarmente importante, visto che l'andamento dei flussi migratori comporta un aumento degli utenti immigrati nei servizi di tutto il Sistema Sanitario Nazionale, che non sempre possiedono un know-how specifico al riguardo.

Non riconoscere che un sintomo fisico possa essere espressione di una sofferenza psicologica comporta la prescrizione di terapie spesso inefficaci e talora iatrogene, e una maggior frequenza di cronicizzazione.

Scopo del presente studio è obiettivare l'effettiva prevalenza delle somatizzazioni in immigrati di varie etnie, valutando al contempo l'influenza nello sviluppo di somatizzazioni di alcune caratteristiche epidemiologiche (sesso, età, scolarità, etnia) e di alcuni possibili "fattori di rischio" legati al difficile status di migrante (situazione abitativa e lavorativa, grado di integrazione con la popolazione ospite e con i propri connazionali, soddisfazione/delusione rispetto al proprio progetto migratorio, conoscenza dell'italiano, periodo di permanenza in Italia).

Metodo

È attualmente in corso la valutazione di pazienti immigrati di varie etnie afferenti agli ambulatori Caritas di Medicina Generale, prima che vengano sottoposti a visita, senza operare alcun tipo di selezione guidata del campione, per garantire la loro rappresentatività della popolazione degli immigrati che si rivolgono al medico di base.

Per le somatizzazioni viene utilizzato il Bradford Somatic Inventory (BSI) nella versione inglese a 21 items⁴, tradotto e "back translated" per l'occasione nelle seguenti lingue: arabo, bengali, cinese, francese, italiano, polacco, rumeno, russo e spagnolo (tali lingue permettono la valutazione nella propria lingua della grande maggioranza degli utenti del nostro servizio). Dal punto di vista psicometrico, il BSI-21 al cut-off di 13/14 ha una sensibilità del 75%⁵ e una specificità del 75%. Per ottenere un ulteriore incremento della specificità, è prevista l'analisi dei dati con due diversi cut-off: quello usuale a 14, e uno superiore, di 21.

Per le variabili sociodemografiche è stato invece costruito appositamente un questionario *ad hoc*, anch'esso tradotto e "back translated" nelle stesse lingue.

Per l'analisi statistica è stato utilizzato il test t di Student per il paragone tra medie.

Risultati

Vengono presentati i dati preliminari dello studio, sui primi 121 pazienti testati (Missing=11; M=62,F=59; età media=36,13±10,52). I dati relativi ai paesi d'origine sono riportati in Tabella I.

Paese	N	Paese	N
Bangladesh	20	Mauritania	1
Camerun	1	R. Moldova	3
Cina	3	Nigeria	2
Colombia	1	Perù	7
Congo	3	Romania	26
Ecuador	31	Russia	1
Egitto	1	Santo Domingo	1
Etiopia	2	Senegal	3
Filippine	1	Tunisia	2
India	1	Ucraina	8
Marocco	3		

La prevalenza di somatizzazioni con il cut-off di 14, comunemente usato in letteratura, è risultata del 42%, un dato decisamente superiore ad ogni aspettativa. Usando un cut-off superiore, di 21 (per diminuire il rischio di falsi positivi aumentando la specificità), è risultata una prevalenza del 25%.

La tendenza a somatizzare risulta significativamente aumentata nelle donne ($p<0.05$) (Figura I), nelle persone con bassa scolarità ($p<0.05$) (Figura II) e in chi è in Italia da meno di sei mesi ($p=0.001$) (Figura III). Tra le tendenze non significative ricavate dal questionario appare di rilievo i) che le somatizzazioni tendono ad aumentare nei soggetti coniugati il cui partner è rimasto nel paese d'origine, II) nei soggetti più anziani, III) in chi è rimasto più deluso rispetto alle aspettative del suo progetto migratorio (delusione che non appare correlata alla somatizzazione nel caso di insoddisfacente situazione abitativa e occupazionale). Questi ultimi dati necessitano però di essere approfonditi in un campione più vasto.

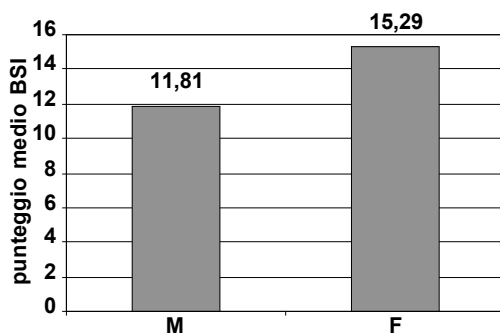


Figura I. Genere e somatizzazioni (p<.05)

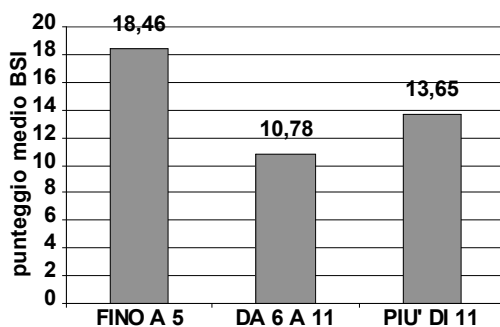


Figura III. Permanenza in Italia e somatizzazioni (p<.01)

Discussione e conclusioni preliminari

I dati preliminari riguardanti variabili demografiche, sociali e legate alla migrazione necessitano di ulteriori approfondimenti, non fornendo allo stato informazioni decisive per guidare le politiche più generali di assistenza sociosanitaria per la corretta accoglienza e integrazione dei migranti che giungono nel nostro paese. La differenza di genere, con un aumento del punteggio medio al BSI nelle donne, sembra confermare una tendenza documentata in letteratura⁶. Riguardo alla scolarità, il dato necessita di un approfondimento, perché sembrerebbe che la tendenza a somatizzare aumenta di nuovo al di sopra degli undici anni di studio. Il dato sul tempo di permanenza in Italia appare in accordo con l'osservazione di Hafner⁷, secondo il quale le somatizzazioni tendono ad essere una espressione tardiva di disagio emotivo, che si sostituirebbe all'iniziale espressione ansioso-depressiva.

Il dato di prevalenza appare rilevante nonostante il limitato numero di soggetti valutati ed, essendo congruo con l'osservazione empirica di una sottostima delle somatizzazioni, sottolinea l'importanza di una valutazione degli aspetti psicopatologici, già durante l'attività di Medicina Generale. Pur con il cut-off più elevato, infatti, la percentuale di positivi risulta elevatissima, ed apre il problema della corretta diagnosi e gestione clinica

dei soggetti con questi disturbi. E' infatti noto che la cronicizzazione e la iatrogenia sono conseguenze di terapie inappropriate in sindromi da somatizzazione non riconosciute (ad esempio terapie antiinfiammatorie in pazienti con dolori psicogeni), mentre un corretto inquadramento può aprire la strada alla collaborazione tra medico di medicina generale e operatori della salute mentale. Ciò sia per le possibilità di terapie farmacologiche diverse (psicofarmacologiche), sia per l'importanza che va attribuita al rapporto medico-paziente, da usare come strumento per approfondire le problematiche del soggetto e gradualmente spostare la sua attenzione dalla preoccupazione per il corpo ai problemi di adattamento alle situazioni vitali che li sottendono, sia infine per l'invio di casi selezionati al servizio di Igiene Mentale per un supporto anche psicoterapico.

Il dato è rilevante anche riguardo alla formazione di personale sanitario di strutture con poca esperienza specifica nell'ambito immigrazione⁸ e potrebbe contribuire ad un più adeguato utilizzo delle risorse, perché un corretto inquadramento diagnostico consente di non utilizzare impropriamente farmaci importanti per altre patologie e di evitare complicanze iatrogene.

Bibliografia

- ¹ Kirmayer L.J. Culture, affect and somatization. *Transcultural Psychiatr Res Rev* 1984;21:159-188
- ² Aragona M., Colosimo F.(2000): Le sindromi da somatizzazione in un ambulatorio di medicina generale per gli immigrati, in Italia. I. Dati epidemiologici e psicopatologia clinica. *Psichiatria e Territorio*, 18(1):1-6.
- ³ Geraci S. (1998): L'area sanitaria per immigrati e nomadi della Caritas di Roma: aspetti statistico-epidemiologici generali. Parte I. In Buffa S., Geraci S. (a cura di) *Quaderni di InformaArea* vol.1, : 65-71.
- ⁴ Mumford D.B. et al. (1991): The Bradford Somatic Inventory: a multi-ethnic inventory of somatic symptoms reported by anxious and depressed patients in Britain and the Indo-Pakistan subcontinent. *Br. J. Psychiatry*, 158:379-386
- ⁵ Colosimo F., Aragona M. (2000): Le sindromi da somatizzazione in un ambulatorio di medicina generale per gli immigrati, in Italia. I. Confronto tra i principali test e valutazione del Bradford Somatic Inventory. *Psichiatria e Territorio*, 18(1):7-12.
- ⁶ Mazzetti M (1996) : Stappare le radici. Psicologia e psicopatologia di donne e uomini che migrano. L'Harmattan Italia
- ⁷ Hafner H. et al. (1977): Psychische Störungen bei türkischen Gastarbeitern. Eine prospective Studie zur Untersuchung der Reaktion auf Einwanderung und partielle Anpassung. *Nervenarzt*, 48, 268-275.
- ⁸ L. Tarsitani, H. Raad, F. Colosimo, L. Bindi, B. Martinelli, M. Aragona. *Somatizzazioni negli immigrati: elementi di discussione per la in-formazione dei medici*. *Annali dell'istituto Superiore di Sanità*. In press.

"Mediazione linguistica e la nuova figura professionale dell'interprete sociale"

M. Rudvin, E. Tornassini
SSLiMIT, Università di Bologna

La presenza di un crescente numero di lavoratori immigrati che interagiscono con servizi pubblici (sanitari, giuridici, amministrativi, educativi) in Italia ha evidenziato l'esigenza di formare nuove figure professionali di interpreti sociali, dotati non solo delle appropriate competenze linguistiche, ma anche consapevoli del funzionamento del sistema giuridico, sanitario e amministrativo italiano e del fatto che i modelli socioculturali degli interlocutori siano fonte di potenziali malintesi o conflitti. Quest'ultimo aspetto è reso ancora più complesso dal fatto che le lingue e culture interessate spesso non sono europee né occidentali e che è frequente la necessità di usare lingue di mediazione terze. Le implicazioni etiche di questa attività sono evidenti e le particolari condizioni di questa forma di interpretazione offrono spunti interessanti per rivedere concetti fondamentali come equivalenza, interazione professionale, coinvolgimento e neutralità dell'interprete. In questo contesto, non si può considerare l'interpretariato sociale come una forma di sperimentazione, bensì come attività socialmente utile, in vista del processo d'integrazione degli immigrati e di una maggiore efficienza dei servizi pubblici. In Italia l'interpretazione sociale è in forte crescita, seppure con ritardo rispetto ad altri paesi quali Australia, Canada, Nuova Zelanda e paesi scandinavi, dove è l'intera società a riconoscere la necessità che le pubbliche istituzioni possano contare su interpreti affidabili.

Partendo dalla considerazione che raramente gli interpreti operanti in questo settore hanno avuto accesso a una formazione specifica che li aiuti a risolvere le difficoltà specifiche, la SSLiMIT dell'Università di Bologna sta predisponendo, anche su esplicita richiesta di ospedali e strutture sanitarie locali, diversi progetti didattici, tra cui un modulo interno alla laurea in interpretazione e traduzione, dei corsi serali di specializzazione di interpretariato sociale per operatori già esistenti nel campo e un corso di Master in interpretariato per servizi pubblici. I futuri partecipanti ai corsi serali rientrano essenzialmente in due figure professionali: in primo luogo, interpreti qualificati che lavorano per ospedali o altre strutture pubbliche che necessitano di approfondimenti tecnico-specialistici e in secondo luogo persone spesso di madre-lingua extra-europea che, pur non avendo qualifiche particolari di interpretariato, vengono utilizzate per attività di interpretariato sociale e necessitano di corsi di tecnica di traduzione, linguaggio settoriale, lingua italiano a livello approfondito, nozioni generali sulle istituzioni e le leggi italiane ed etica dell'interpretariato per servizi pubblici. Il corso di Master sarà rivolto ai laureati in Lingue, Traduzione e Interpretariato, Scienze Giuridiche, Scienze Politiche, ecc. Questo programma di formazione è rivolto non solo ai futuri interpreti sociali, ma anche ad operatori e manager pubblici che gestiscono o utilizzano frequentemente servizi di interpretariato. Il Master prevede, oltre alla tecnica e alla pratica di interpretazione, linguaggio settoriale specialistico, modelli linguistici di comunicazione, comunicazione inter-culturale, nozioni giuridiche. E' allo studio infine un corso di sensibilizzazione sull'uso dell'interprete nella comunicazione interculturale rivolto ad operatori di servizi pubblici (medici, funzionari, operatori giuridici), secondo modalità ed esperienze di successo in altri paesi. E' importante sottolineare che questi corsi sono diversi ma complementari rispetto alle esperienze

didattiche di mediatore culturale già ampiamente sviluppate in Italia. La figura dell'interprete, diversamente di quello del mediatore culturale, necessita di una formazione molto specifica. La SSLiMIT, essendo una delle uniche due facoltà di traduzione e interpretazione in Italia, è in grado di predisporre un'offerta formativa adeguata alla qualità dei servizi richiesti. Parallelamente all'attività didattica, alcuni docenti e studiosi della SSLiMIT stanno conducendo, in collaborazione con l'ASL di Bologna, un'indagine statistica sull'utilizzo dell'interpretariato nei servizi pubblici volto a delineare un quadro accurato della situazione e ad individuare le metodologie di formazione più idonee in base alle necessità evidenziate nei servizi pubblici. Ciò è ritenuto fondamentale alla luce dei massicci fenomeni migratori in atto che determinano una crescente importanza dei contatti tra interlocutori con ruoli e di estrazione culturale profondamente diversi. L'indagine servirà a mettere a punto e collaudare tecniche di osservazione e di raccolta dati in vista della costituzione di un osservatorio a livello nazionale. Sulla base dei dati ottenuti si potranno precisare profili professionali e iniziative formative necessari, identificando elementi cruciali per moduli di formazione universitaria, tenendo conto anche delle iniziative europee di armonizzazione.

AIDS: la nostra esperienza con gli immigrati

G. Cassarà, A. Busardò, A. Gorizia,
M. Lupo, L. Malfa, F. Russo, L. Vernuccio, M. Affronti
Ambulatorio DH per immigrati (M. Affronti)
Cattedra di Medicina Interna e Geriatria
dell'Università degli Studi di Palermo (Direttore Prof. S. Mansueto)

L'infezione da HIV, di per sé, denota una malattia catastrofica che colpisce principalmente i giovani. Tale diagnosi nel momento della sua formulazione ha un impatto devastante anche quando il soggetto sembra perfettamente sano.

Le implicazioni psicologiche sono sempre sconvolgenti in quanto la persona infetta si prefigura un percorso in discesa, di perdita progressiva.

Rabbia, ansia e depressione sono le emozioni che accompagnano la presa di coscienza della propria malattia.

Nel trattare i complessi problemi clinici e psicologici dell'AIDS, il medico deve sempre armarsi di pazienza e comprensione per entrare in empatia con il paziente nel rispetto dei suoi valori culturali, stile di vita e credenze religiose.

Alla problematicità della malattia si aggiungono, nell'esperienza con gli immigrati, le evidenti difficoltà di approccio verso un'utenza linguisticamente e culturalmente diversa.

La presenza di mediatori culturali diventa così essenziale per eliminare almeno il primo livello di incomprensione tra medico e paziente dato spesso da un cattivo uso di una lingua "intermedia" parlata e capita male da entrambi.

Superato il problema dell'incomprensione, bisogna tener presente che la maggior parte dei pazienti immigrati proviene da regioni del mondo in cui la sigla AIDS (SIDA per i francofoni) è sinonimo di morte, di fine immediata, di impossibilità a procreare.

Non è raro trovarsi davanti pazienti riluttanti a fare il test per l'HIV pur sapendo di essere stati esposti al contagio.

Tra l'altro si tratta di persone che provengono da paesi in cui fare il test ha poco senso se non si ha poi la possibilità di praticare la terapia antiretrovirale. A ciò si aggiunge la difficoltà di conquistare la fiducia di chi si trova nell'ambigua condizione del migrante, legato ancora al proprio passato e desideroso di integrarsi in un mondo che ancora non comprende del tutto con forti implicazioni sul piano del risultato terapeutico finale. Oggi il 90% dei casi di AIDS è distribuito nei paesi più poveri del mondo, gli stessi dai quali proviene il grande flusso immigratorio che interessa l'Europa e l'Italia.

Il 66% dei casi di AIDS è concentrato nel solo continente africano (TAB 1).

Tab 1

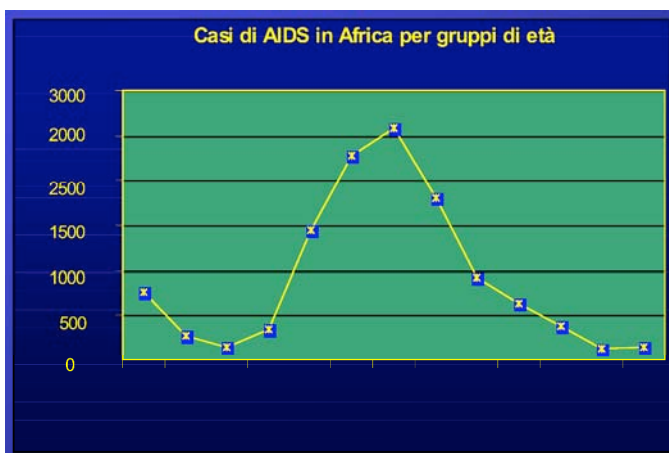
Regione	N° persone infette da HIV (milioni)	N°nuovi casi 2000 (milioni)	Prevalenza (%)	Donne tra gli HIV+ (%)	Trasmissione
Sub-Sahara	25.3	3.8	8.8	55	etero
Nord Africa	0.4	0.080	0.2	40	etero,TD
Sud Africa	5.8	0.78	0.56	35	etero,TD
Est Asia	0.64	0.13	0.07	13	etero,omo,TD
Sud America	1.4	0.15	0.5	25	etero,omo,TD
Caraibi	0.39	0.06	2.3	35	etero,omo
Est Europa	0.7	0.25	0.35	25	TD
Nord America	0.92	0.045	0.6	20	etero,omo,TD
Australia	0.015	0.0005	0.13	10	omo,TD
Totale	36.1	5.3	1.1	47	

La pandemia africana colpisce prevalentemente le regioni subsahariane dove si concentrano i 2/3 di tutte le infezioni da HIV in Africa.

La gravità del problema è comunque difficile da valutare perché in queste zone la sorveglianza è logisticamente complessa anche per la differente definizione di AIDS rispetto ai paesi industrializzati.

Bisogna ancora tener presente la mancanza di adeguate tecniche di laboratorio e l'assoluta impossibilità dell'uso della terapia antiretrovirale, troppo costosa .

In Costa d'Avorio un adulto su 10 è sieropositivo per l'HIV ed il 90% dei casi interessa pazienti di età compresa tra i 15 ed i 49 anni. (TAB. 2).



Tab 2

In Zambia una persona su 5 è infetta e l'aspettativa di vita è scesa da 55 anni (in epoca precedente all'epidemia HIV) a 37 anni.

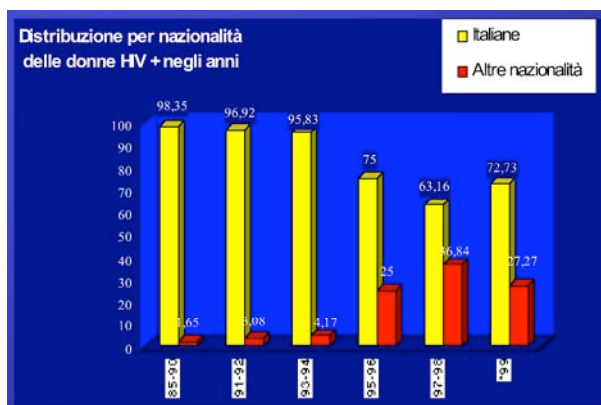
Come per il resto dell'Africa subsahariana, la modalità di trasmissione del virus è quasi esclusivamente eterosessuale con progressivo aumento di incidenza nella popolazione femminile in età fertile e consequenziale incremento della trasmissione verticale del virus.

In Ghana il 59% delle infezioni da HIV riguarda giovani donne in età compresa tra i 15 e i 49 anni.

La nostra esperienza presso l'Ambulatorio di Medicina delle Migrazioni del Policlinico Universitario di Palermo riflette in gran parte la situazione epidemiologica dei paesi di provenienza degli immigrati.

In collaborazione con il Servizio di Riferimento Regionale per la diagnosi di AIDS e Sindromi correlate, abbiamo raccolto negli anni i dati riguardanti la presenza di donne straniere con infezione da HIV.

Come mette in evidenza il grafico successivo (TAB 3), dal 1987 al 1999 vi è stato un progressivo aumento della percentuale di sieropositività per HIV nella popolazione femminile non italiana (dall'1,65% nel 1987 al 27,27% nel 1999).



Tab. 3

Nell'anno 2000, su 288 pazienti ricoverati in regime di day hospital (164 uomini e 124 donne), 64 persone sono state sottoposte a test ELISA per HIV , in base a sospetti clinici o ad esposizione al rischio di infezione.

Gli 11 pazienti risultati positivi al test sono stati testati anche con metodo Western Blot confermando la sieropositività per HIV in tutti gli 11 casi.

Si tratta di 7 donne e 4 uomini di età compresa tra i 18 e i 31 anni provenienti dalla Costa d'Avorio, dalla Nigeria e dal Ghana.(TAB. 4)

Pz.	Sex	Età	Naz.	Presentazione clinica	Occupazione
M.P.	F	25	Nig.	Ulcere ano-genit.	Prostituta
Y.A.	F	28	C.Av.	Ln + les.hodulo-erit.	Nessuna
K.H.	F	18	C.Av.	Cisti ovarica	Parruc/domest.
C.M.	F	24	C.Av.	Febbre elevata	Domestica
N.J.	F	25	C.Av.	Emipar. Tox cerebr.	Nessuna
U.P.	F	26	Nig.	Otalgia – Lombalgia	Prostituta
O.M.	F	28	Nig.	Faring.-Feb.-Ast.	Sarta
S.A.	M	31	Gha.	Febbre-Edemi arti inf.	Posteggiatore
K.A.	M	26	Gha.	Dimagrim.-Astenia-Ln	Domestico
C.K.	M	30	Gha.	Sy.simil influenzale	Agricoltore
M.B.	M	26	C.Av.	Sy.simil influenzale	Metalmec.

Tab.4

L'indicazione al test HIV è stata data o dall'esposizione al rischio o da un emocromo sospetto per la presenza di linfopenia o/e ipergamma-globulinemia o/e ipoalbuminemia. Rispetto alle casistiche presentate negli anni passati si nota nel 2000 un netto incremento dei casi di AIDS che in parte riflette il trend epidemiologico generale ed in parte è sicuramente legato all'applicazione della legge sugli irregolari con l'emissione del codice STP che presso il nostro ambulatorio inizia proprio nel 2000.

Nel corso del 2001 (TAB.5) sono stati ricoverati presso il Day Hospital per gli Immigrati 525 pazienti (331 uomini e 194 donne) tra i quali 5 sono risultati essere sieropositivi per HIV. Si tratta di 3 uomini e 2 donne di età compresa tra i 28 e i 36 anni.

Tre di questi pazienti sono stati diagnosticati durante uno studio sugli immigrati provenienti dalla Costa d'Avorio condotto durante il 2001 in collaborazione con l'Università di Bologna (Progetto Palermo-Bologna sull'integrazione socio-sanitaria degli ivoriani in Italia).

Indicazioni al test HIV					
Paz.	S	Età	Naz.	Pres. Clinica	Occupazione
F.F.	M	28	C. Avorio	Screening	Atleta
D.M.	F	29	C. Avorio	Ascesso ascel.- Ln	Domestica
A.J.	M	32	C. Avorio	Poliadenop. Mtx +	Ass. Anziani
J.M.B	F	36	C. Avorio	Screening	Nessuna
A.J.	M	35	Ghana	Poliadenopatia	Nessuna

Tab. 5

Durante questi primi mesi del 2002 (al 7/5/02) sono stati sottoposti a test per HIV con metodo ELISA 21 pazienti su 310 ricoverati in Day Hospital; sono tutti risultati negativi al test tranne uno la cui sieropositività non è stata poi confermata dal test con metodo Western Blot.

I dati dimostrano:

- L'aumento dei casi registrati presso il nostro ambulatorio di Medicina delle Migrazioni dal 1987 ad oggi, soprattutto nell'anno 2000, epoca dell'applicazione della norma giuridica riguardante gli irregolari ed i clandestini.
- Il cambiamento del pattern epidemiologico che adesso interessa soprattutto le modalità di contagio eterosessuale.
- La rilevanza delle problematiche di approccio verso l'utenza straniera, culturalmente diversa.

Bibliografia:

- Global AIDS surveillance-part I- Weekly epidemiological record no.47, 24 November 2000*
Global AIDS surveillance- part II- Weekly Epidemiological record no.48, 1 december 2000

Su un caso di Schistosomiasi intestinale

P. Mansueto*, S. Vigneri*^o, A. Busardò, G. Cassarà, A. Gorizia,
M. Lupo, L. Malfa, F. Russo, L. Vernuccio, A. Zanghierato, M. Affronti
Ambulatorio DH per immigrati (M. Affronti)

*Dipartimento di Medicina Clinica e delle Patologie Emergenti
dell'Università degli Studi di Palermo (Direttore Prof. A. Notarbartolo)

^oCattedra di Medicina Interna e Geriatria
dell'Università degli Studi di Palermo (Direttore Prof. S. Mansueto)

Riassunto

La schistosomiasi, o bilharziosi, è una malattia parassitaria causata da diverse specie di platelminti, della classe dei trematodi, genere *Schistosoma*, che si sviluppano in molluschi di acqua dolce (ospiti intermedi) e completano il loro ciclo biologico nell'uomo ed in altri vertebrati (ospiti definitivi). Si distinguono una forma urinaria, da *S. haematobium*, ed una forma intestinale, da *S. mansoni*, *S. japonicum*, *S. mekongi* ed *S. intercalatum*. *Schistosoma mansoni*, agente principale della schistosomiasi intestinale, è un trematode che infesta, con maggior frequenza, l'uomo, ma anche altri primati. Le forme sessuali femminili, fecondate, del parassita raggiungono, per via ematica, i plessi venosi pericolicici e perirettali, dove depongono le uova, le quali, superata la barriera venulare, penetrano nella parete intestinale e vengono, quindi, eliminate con le feci. Le uova rimaste incluse nella parete intestinale determinano, invece, fenomeni infiammatori e di ipersensibilità ritardata, con comparsa di iperemia, edema, granulomi, ulcerazioni, emorragie e fibrosi. Il quadro clinico della malattia nella fase di stato è caratterizzato da nausea, meteorismo, dolori addominali, diarrea mucoematica, tenesmo rettale ed epatosplenomegalia. Il caso di schistosomiasi intestinale di seguito descritto ci è sembrato interessante per la paradigmaticità del quadro clinico ed ematochimico-strumentale presentato; per la ricchezza della documentazione iconografica delle lesioni endoscopiche ed anatomopatologiche intestinali, suggestive, in prima battuta, per una riacutizzazione di una malattia infiammatoria cronica intestinale; per la lieve risoluzione del quadro clinico in seguito a terapia con mesalazina, completa, però, in seguito a terapia specifica con anti-parassitario.

Parole chiave: Schistosomiasi, Rettocolite ulcerosa, Granuloma

Introduzione

La schistosomiasi, o bilharziosi, è una malattia parassitaria causata da diverse specie di plattelminti, della classe dei trematodi, genere *Schistosoma*, che si sviluppano in molluschi di acqua dolce (ospiti intermedi) e completano il loro ciclo biologico nell'uomo ed in altri vertebrati (ospiti definitivi). In relazione alla localizzazione d'organo, si distingue una forma urinaria, da *S. haematobium*, ed una forma intestinale, da *S. mansoni*, *S. japonicum*, *S. mekongi* ed *S. intercalatum*^{1,2}.

Schistosoma mansoni, agente principale della schistosomiasi intestinale, è un trematode che infesta, con maggior frequenza, l'uomo, ma anche altri primati. Le forme sessuali femminili, fecondate, del parassita raggiungono, per via ematica, i plessi venosi pericolicici e perirettali, dove depongono le uova, le quali, superata la barriera venulare, penetrano nella parete intestinale e vengono, quindi, eliminate con le feci. Le uova rimaste incluse nella parete intestinale determinano, invece, fenomeni infiammatori e di ipersensibilità ritardata, con comparsa di iperemia, edema, granulomi, ulcerazioni, emorragie e fibrosi. Il quadro clinico della malattia nella fase di stato è caratterizzato da nausea, meteorismo, dolori addominali, diarrea mucoematica, tenesmo rettale ed epatosplenomegalia³⁻⁵.

Il caso di schistosomiasi intestinale di seguito descritto ci è sembrato interessante per la sua intrinseca difficoltà in termini di diagnostica differenziale; per la paradigmaticità del quadro clinico ed ematochimico-strumentale presentato; per la ricchezza della documentazione iconografica delle lesioni endoscopiche ed anatomopatologiche intestinali, suggestive, in prima battuta, per una riacutizzazione di una malattia infiammatoria cronica intestinale; per la lieve risoluzione del quadro clinico in seguito a terapia con mesalazina, completa, però, in seguito a terapia specifica con anti-parassitario.

CASO CLINICO

Dati anagrafici:

Paziente JR, nato in GHANA il 29/01/78, di 24 anni di età, religione: mussulmana, scolarità: diplomato, conosce italiano ed inglese, data immigrazione in Italia: 2001, motivo dell'immigrazione: economico, occupazione precedente: studente, occupazione in Italia: nessuna, senza permesso di soggiorno.

Anamnesi patologica remota:

Nulla di rilevante fino a circa 2 anni or sono, epoca in cui riferisce la comparsa di dolore testicolare cronico per il quale è stato ricoverato, nel suo paese d'origine, in Ambiente Ospedaliero ove veniva posta diagnosi e praticata terapia imprecisata, con beneficio. Il dolore è però sporadicamente ricomparso, dopo un certo periodo di tempo, alla sospensione del trattamento.

Anamnesi patologica prossima:

Il paziente viene alla nostra osservazione, presso il Servizio di Day Hospital per Immigrati Extracomunitari del Dipartimento di Medicina Clinica e delle Patologie Emergenti, in data 08/02/02, per la comparsa, da qualche giorno, di dolore addominale diffuso, qualche volta prima, qualche volta dopo i pasti, con sporadiche evacuazioni di feci frammiste a sangue

rosso vivo. Riferiti altresì alcuni episodi di vomito alimentare che il paziente mette in relazione all'intensità del dolore addominale.

Esame obiettivo:

Addome trattabile, dolente alla palpazione superficiale e profonde in sede epigastrica, mesogastrica ed al fianco destro e sinistro. Soffio sistolico in corrispondenza del focolaio mitralico, 2/6 Levine. Presenza di piccoli linfonodi laterocervicali. Faringe iperemica. Null'altro da segnalare a carico degli altri organi ed apparati.

Esame ematochimici:

Routine ematochimia: glicemia basale, azotemia, creatininemia, sodiemia, kaliemia, GOT/GPT, □-GT, fosfataseemia alcalina, bilirubinemia totale, elettroforesi sieroproteica, AP, aPTT, INR, fibrinogenemia, VES, Proteina C Reattiva, sideremia, transferrinemia, ferritinemia, calcemia, cupremia, ceruloplasminemia ed esame delle urine: nei limiti della norma.

Emocromo: WBC 4.550 x mmc (N 34.6%, L 37.5%, M 8.1%, E 16.9%, B 2.8%), RBC 5.230.000 x mmc, HGB 15.2 gr%, HCT 47.9%, MCV 91.6 fL, MCH 29.1 pg, MCHC 31.8 gr%, RDW 13.5%, PLT 233.000 x mmc, MPV 11.1 fL.

Striscio periferico: N 32%, L 42%, M 8%, E 18%. Non cellule patologiche.

Esami strumentali:

ECCG: nei limiti

Rx torace: nei limiti

Ecografia addome superiore: nulla di rilevante.

Colonscopia (12/02/02): esame condotto sino in prossimità della flessura splenica e qui interrotto per la presenza di residui fecali liquidi e solidi. A partire dall'orificio anale e per circa 25 cm. la mucosa del retto e del sigma presenta multiple erosioni aftoidi, ricoperte da fibrina e circondate da mucosa iperemica su cui si eseguono multiple biopsie. Null'altro da segnalare a carico degli altri tratti esplorati.

Colonscopia (21/02/02): al controllo odierno si confermano le lesioni aftoidi prima rilevate, anche se la mucosa appare solo lievemente iperemica (Figura 1).

Colonscopia (28/03/02): al controllo odierno persiste il quadro endoscopico già segnato in precedenza (Figura 2).

Colonscopia (30/04/02): al controllo odierno sensibile miglioramento. La mucosa appare lievemente iperemica, con isolate petecchie. Null'altro da segnalare nelle porzioni esplorate (Figura 3).

Esame istologico biopsia mucosa retto-sigma a 5 cm. dall'orificio anale (12/02/02):

1) lembo di mucosa del grosso intestino sede di infiltrazione flogistica linfo-plasmogranulocitaria della lamina propria; 2) lembo di mucosa del grosso intestino sede di infiltrazione flogistica granulomatosa comprendente uova di parassiti riferibili a *Schistosoma*.

Ricerca di uova di *Schistosoma mansoni* nelle feci (19/02/02): positiva (Figura 4).

Decorso clinico

In attesa del referto bioptico della colonscopia eseguita in data 12/02/02, macroscopicamente suggestiva per la riacutizzazione di una malattia infiammatoria cronica intestinale, del tipo, ad esempio, della rettocolite ulcerosa, si prescriveva terapia con mesalazina (Asacol®) clisteri 2 gr, 1 clistere la sera per 1 settimana. In relazione al referto della colonscopia eseguita in data 21/02/02, che dimostrava il leggero miglioramento del quadro endoscopico precedentemente descritto, si prescriveva la prosecuzione della terapia con clisteri di mesalazina. Il 13/03/02, in relazione al referto delle biopsie intestinali eseguite in data 12/02/02, si prescriveva terapia con praziquantel (Biltricide ?) 5 + ½ cpr/die (3 cpr a pranzo e 2 + ½ cpr a cena), in un'unica assunzione. In relazione al referto della colonscopia eseguita in data 28/03/02, che dimostrava il netto miglioramento, anche se non la completa risoluzione, del quadro flogistico, si ripeteva terapia con praziquantel (5 + ½ cpr/die, in un'unica assunzione), con ulteriore miglioramento del quadro endoscopico, rilevato al successivo controllo del 30/04/02. Nulla di rilevante a carico degli altri accertamenti ematochimici e strumentali eseguiti, ad eccezione di una discreta eosinofilia ematica, regredita in successivi controlli.

Discussione

La schistosomiasi, per la sua ampia diffusione, in almeno tre continenti (Africa, Asia ed America latina), e per l'enorme numero dei soggetti colpiti, circa 200 milioni, rappresenta una delle endemie parassitarie di più vaste proporzioni e di maggior peso socio-sanitario^{1,2,6-10}.

In particolare, il Ghana, da cui proveniva il nostro paziente, è uno dei paesi africani a maggiore diffusione della malattia, sia nella forma urinaria che intestinale^{11,12}.

Essendo la trasmissione della malattia legata a molluschi di acqua dolce, l'infestazione colpisce, nei paesi endemici, soprattutto, quelle categorie di soggetti la cui pelle, per ragioni lavorative o altro, viene più spesso a contatto con le acque dei fiumi, dei laghi, delle paludi e dei sistemi di irrigazione artificiale (barcaioli, pescatori, lavoratori delle risaie, ecc.). La malattia è inoltre favorita da condizioni di scarsa igiene e inadeguato smaltimento delle acque nere e dalla presenza di animali, domestici e selvatici (scimmie, roditori, bovini, suini, ecc.), in grado di fungere da ulteriore serbatoio naturale^{3,4,13}.

Schistosoma mansoni, agente principale della schistosomiasi intestinale, insieme con *S. japonicum*, *S. mekongi* ed *S. intercalatum*, è un trematode che infesta, con maggior frequenza, l'uomo, ma anche altri primati. Anche in questo caso, le uova del parassita, emesse dagli individui infetti con le feci, in idonee raccolte d'acqua dolce maturano, dando luogo a forme larvali ciliate, dette miracidii. Queste, nuotando, raggiungono ed infettano un gasteropode del genere *Biomphalaria* (ospite intermedio), all'interno del quale maturano in cercarie, provviste di coda bifida e mobili. Le cercarie, forme infestanti del parassita, liberate nell'acqua, infestano, mediante passaggio trans-cutaneo, l'uomo ed altri vertebrati, nei tessuti dei quali si trasformano in schistosomuli, privi di coda, che, tramite il circolo venoso, raggiungono i polmoni e da lì, tramite la grande circolazione o per via trans-diaframmatica, il fegato. All'interno dei vasi portali, il parassita va incontro a maturazione sessuale e fecondazione delle femmine. Queste, dopo l'accoppiamento, raggiungono, per via ematica, i plessi venosi pericolicici e perirettali, dove depongono le uova, le quali, superata la barriera venulare, penetrano nella parete intestinale e vengono, quindi, eliminate con le feci. Le uova rimaste incluse nella parete intestinale determinano

fenomeni infiammatori e di ipersensibilità ritardata, con comparsa di iperemia, edema, granulomi, ulcerazioni, emorragie e fibrosi. Talora, soprattutto nel retto, possono prodursi polipi sessili o peduncolati. Le uova che, invece, giungono al fegato per via embolica portale provocano lesioni granulomatose e fibrotiche periportal. Anastomosi portocavali, inoltre, possono determinare la disseminazione embolica delle uova nel parenchima polmonare, ove si osservano lesioni granulomatose endoarteritiche, con quadri clinici di cuore polmonare cronico. Anche per *S. mansoni*, la deposizione delle uova può protrarsi, con varia intensità, per tutta la durata della vita del parassita, che può superare il decennio (schema)¹⁴⁻¹⁷.

Per quanto riguarda la patogenesi sperimentale della malattia, recenti studi hanno completamente rivoluzionato le nostre conoscenze a tal proposito. Cloni Th CD4+/CD8-, derivati da granulomi epatici di topi infestati per 8 settimane presentano una produzione di citochine compatibile con una risposta Th0 (interleuchina (IL)-2, IL-4, interferone-gamma) mentre quelli infestati per 20 settimane presentano una risposta di tipo sia Th0, sia Th2¹⁸⁻²¹.

La penetrazione delle cercarie attraverso la cute è quasi sempre inavvertita. Raramente, e, soprattutto, in soggetti sensibilizzati, possono osservarsi dermatiti acute eritematopapulari pruriginose ("prurito dei pescatori"). Nella schistosomiasi intestinale, soprattutto da *S. japonicum*, durante la fase di deposizione intestinale delle uova, a distanza, quindi, di 2-10 settimane dall'avvenuta infestazione, può osservarsi il quadro della cosiddetta febbre di Katayama, caratterizzato da febbre, brividi, sudorazioni, cefalea, nausea, vomito, diarrea, calo ponderale, sudorazioni ed epatosplenomegalia, eosinofilia spiccata²²⁻²⁴.

Il quadro clinico della malattia è caratterizzato da nausea, meteorismo, dolori addominali, diarrea mucoematica, tenesmo rettale ed epatosplenomegalia. La sclerosi di parete e la poliposi intestinale possono produrre episodi di subocclusione intestinale, mentre le lesioni epatospleniche possono determinare gravi quadri di ipertensione portale ed emorragie digestive. Possibili anche manifestazioni anatomocliniche a carico del polmone, con i sintomi ed i segni del cuore polmonare cronico²⁵⁻²⁷.

La diagnosi, come nel caso sopra descritto, si basa sulla dimostrazione del parassita nelle urine e nelle feci o nel materiale biotico prelevato mediante cistoscopia e rettosigmoidoscopia, che, durante la fase acuta della malattia, mostra la presenza di uova sulle lesioni ulcerose e pseudopolipoidi della mucosa vescicole ed intestinale, macroscopicamente simili a quelle della riacutizzazione di una malattia infiammatoria cronica intestinale. La differenziazione delle varie specie è resa possibile dalla diversa forma e dimensione delle uova. Utile l'evidenziazione dell'eosinofilia ematica e le indagini sierologiche di fissazione del complemento, immunofluorescenza indiretta ed ELISA²⁸.

La profilassi prevede la disinfezione delle acque dolci, l'eliminazione degli ospiti intermedi e la limitazione del contatto cutaneo con le fonti di infestazione. La terapia si basa sull'utilizzazione del praziquantel, del metrifonato e dell'oxamnichina²⁹⁻³³.

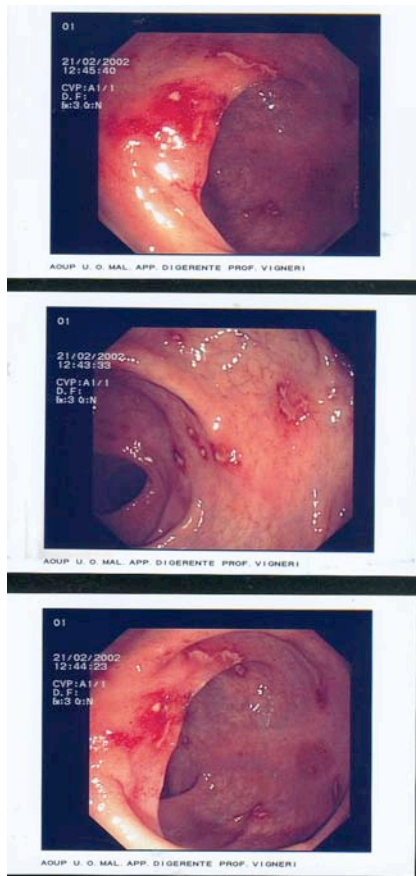


Fig. 1

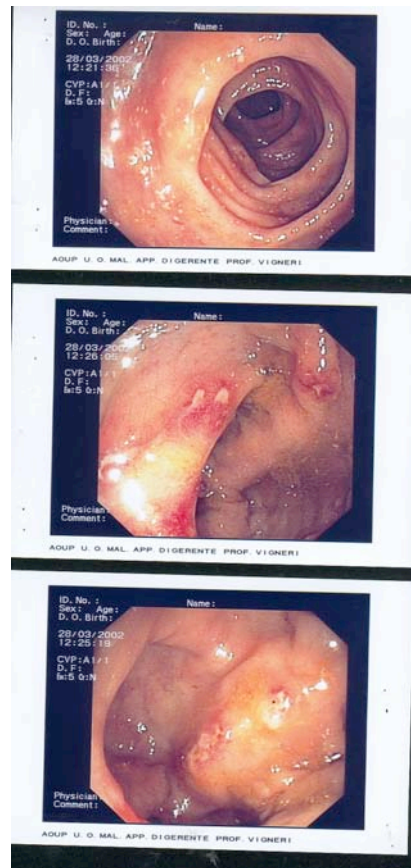


Fig. 2

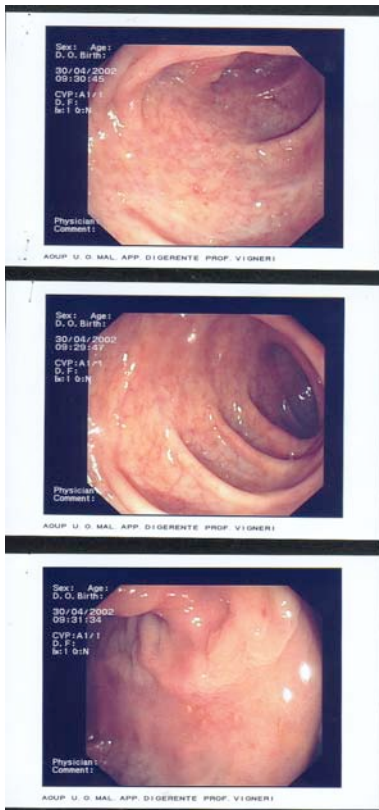


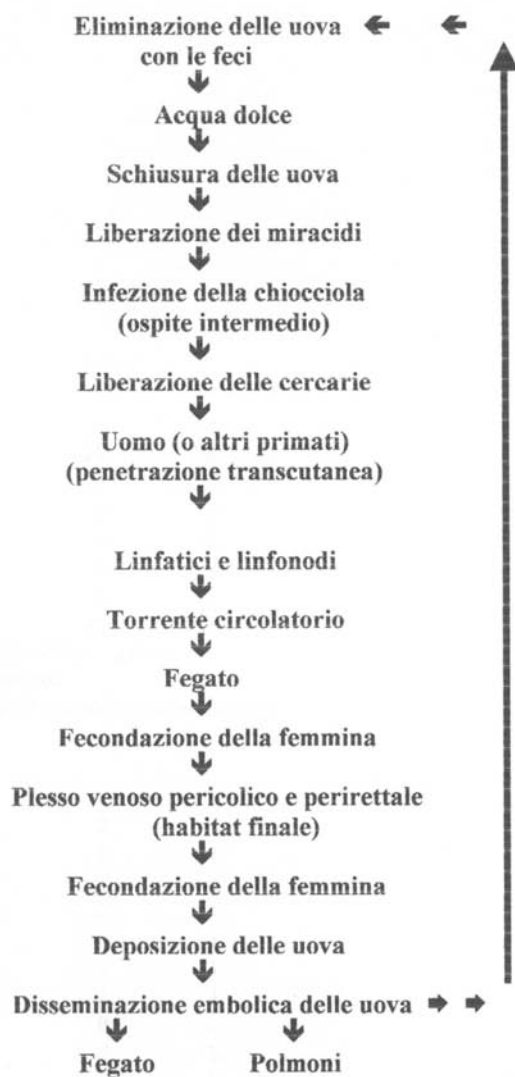
Fig. 3



Fig. 4

SCHEMA

Ciclo biologico di *S. mansoni*



Bibliografia

1. Sturrock RF. Schistosomiasis epidemiology and control: how did we get here and where should we go? *Mem Inst Oswaldo Cruz* 2001; 96 Suppl: 17-27.
2. Goodburn EA, Ross DA. Young people's health in developing countries: a neglected problem and opportunity. *Health Policy Plan* 2000; 15(2): 137-44.
3. Ripert C. *S. mansoni* intestinal schistosomiasis. *Presse Med* 2000; 29(28): 1577-9.
4. Ranque S, Dessein A. *Schistosoma mansoni* schistosomiasis. *Rev Prat.* 2001; 51(19): 2099-103.
5. Schafer TW, Hale BR. Gastrointestinal complications of schistosomiasis. *Curr Gastroenterol Rep* 2001; 3(4): 293-303.
6. Erko B, Gebre-Michael T, Balcha F, Gundersen SG. Implication of *Papio anubis* in the transmission of intestinal schistosomiasis in three new foci in Kime area, Ethiopia. *Parasitol Int* 2001; 50(4): 259-66.
7. Habib M, Abdel Aziz F, Gamil F, Cline BL. The epidemiology of schistosomiasis in Egypt: Qalyubia Governorate. *Am J Trop Med Hyg* 2000; 62(2 Suppl): 49-54.
8. Carne B. Human parasitoses in French Guiana. *Presse Med* 2001;30(32):1601-8.
9. Brillat P. Overview of the geography of intestinal schistosomiasis in Brazil. *Sante* 2000; 10(2): 131-6.
10. Amarista M, Niquil N, Balzan C, Pointier JP. Interspecific competition between freshwater snails of medical importance: a Venezuelan example. *C R Acad Sci III* 2001; 324(2): 143-8.
11. Brooker S, Marriot H, Hall A, Adjei S, Allan E, Maier C, Bundy DA, et al. Community perception of school-based delivery of anthelmintics in Ghana and Tanzania. *Trop Med Int Health* 2001; 6(12): 1075-83.
12. The cost of large-scale school health programmes which deliver anthelmintics to children in Ghana and Tanzania. The Partnership for Child Development. *Acta Trop* 1999; 73(2): 183-204.
13. Boisier P, Ramarokoto CE, Ravoniarimbina P, Rabarijaona L, Ravaoalimalala VE. Geographic differences in hepatosplenic complications of schistosomiasis mansoni and explanatory factors of morbidity. *Trop Med Int Health* 2001; 6(9): 699-706.
14. Morgan JA, Dejong RJ, Snyder SD, Mkoji GM, Loker ES. *Schistosoma mansoni* and *Biomphalaria*: past history and future trends. *Parasitology* 2001; 123 Suppl: S211-28.
15. Mavarez J, Amarista M, Pointier JP, Jarne P. Fine-scale population structure and dispersal in *Biomphalaria glabrata*, the intermediate snail host of *Schistosoma mansoni*, in Venezuela. *Mol Ecol* 2002; 11(5): 879-889.
16. Silva LM, Fernandes AL, Barbosa A Jr, Oliveira IR, Andrade ZA. Significance of schistosomal granuloma modulation. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 2000; 95(3): 353-61.
17. Abdel-Hadi AM, Talaat M. Histological assessment of tissue repair after treatment of human schistosomiasis. *Acta Trop* 2000; 77(1): 91-6.
18. Yoshida A, Maruyama H, Yabu Y, Amano T, Kobayakawa T, Ohta N. Immune response against protozoal and nematodal infection in mice with underlying *Schistosoma mansoni* infection. *Parasitol Int* 1999; 48(1): 73-9.

19. Park MK, Hoffmann KF, Cheever AW, Amichay D, Wynn TA, Farber JM. Patterns of chemokine expression in models of *Schistosoma mansoni* inflammation and infection reveal relationships between type 1 and type 2 responses and chemokines in vivo. *Infect Immun* 2001; 69(11): 6755-68.
20. Fallon PG, Smith P, Richardson EJ, Jones FJ, Faulkner HC, Van Snick J, Renauld JC, Grecis RK, Dunne DW. Expression of interleukin-9 leads to Th2 cytokine-dominated responses and fatal enteropathy in mice with chronic *Schistosoma mansoni* infections. *Infect Immun* 2000; 68(10): 6005-11.
21. Almeida CA, Leite MF, Goes AM. Signal transduction events in human peripheral blood mononuclear cells stimulated by *Schistosoma mansoni* antigens. *Hum Immunol* 2001; 62(10): 1159-66.
22. Maki J, Mikami M, Maruyama S, Sakagami H, Kuwada M. Discovery of the adult *Schistosoma japonicum*, a causative agent of schistosomiasis in the Katayama area of Hiroshima Prefecture. *Yakushigaku Zasshi* 2001; 36(1): 32-5.
23. Bou A, Gascon J, Eugenia Valls M, Corachan M. Katayama fever in Spanish tourists: analysis of 25 cases. *Med Clin (Barc)* 2001; 116(6): 220-2.
24. Kager PA, Schipper HG. Acute schistosomiasis: fever and eosinophilia, with or without urticaria, after a trip to Africa. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001; 145(5): 220-5.

25. Hanck C, Verbeke CS, Storm L, Junghans T, Singer MV. Chronic abdominal pain and eosinophilia in a young African patient. *Z Gastroenterol* 2000; 38(9): 799-802.
26. Schafer TW, Hale BR. Gastrointestinal complications of schistosomiasis. *Curr Gastroenterol Rep* 2001; 3(4): 293-303.
27. Bica I, Hamer DH, Stadecker MJ. Hepatic schistosomiasis. *Infect Dis Clin North Am* 2000; 14(3): 583-604, viii.
28. Massoud AA, Hussein HM, Reda MA, el-Wakil HS, Maher KM, Mahmoud FS. *Schistosoma mansoni* egg specific antibodies and circulating antigens: assessment of their validity in immunodiagnosis of schistosomiasis. *J Egypt Soc Parasitol* 2000; 30(3): 903-16.
29. Sturrock RF, Davis A. Efficacy of praziquantel against *Schistosoma mansoni* in northern Senegal. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2002; 96(1): 105; discussion 105-6.
30. Matsumoto J. Adverse effects of praziquantel treatment of *Schistosoma japonicum* infection: involvement of host anaphylactic reactions induced by parasite antigen release. *Int J Parasitol* 2002; 32(4): 461-71.
31. Filho SB, Gargioni C, Silva Pinto PL, Chiodelli SG, Gurgel Velloso SA, da Silva RM, da Silveira MA. Synthesis and evaluation of new oxamniquine derivatives. *Int J Pharm.* 2002; 233(1-2): 35-41.
32. Lambertucci JR, Serufo JC, Gerspacher-Lara R, Rayes AA, Teixeira R, Nobre V, Antunes CM. *Schistosoma mansoni*: assessment of morbidity before and after control. *Acta Trop* 2000; 77(1): 101-9.
33. Stephenson I, Wiselka M. Drug treatment of tropical parasitic infections: recent achievements and developments. *Drugs* 2000; 60(5): 985-95.

Rapporto tra malattia e diritto alla salute: analisi dei ricoveri in regime di Day Hospital compresi tra il 1996 e il 2002.

L. Vernuccio, A. Busardò, G. Cassarà, V. E. D'Antoni, A. Gorizia, M. Lupo., L. Malfa,
P. Mansueto, G. Mazzola, F. Russo, M. Affronti
Ambulatorio-DH Immigrati
Cattedra di Medicina Interna Università di Palermo

Introduzione

Il Day Hospital per cittadini extracomunitari esiste dal 1996 presso la Cattedra di Medicina Interna dell'Università di Palermo ed è collegato operativamente con il Poliambulatorio Caritas-S. Chiara ubicato presso l'Albergheria, quartiere storico della vecchia Palermo dove abitano numerosi gli immigrati.

L'esperienza di questi anni è stata una autorevole testimonianza della collaborazione tra il pubblico ed il privato sociale come metodo di lavoro privilegiato nel campo della medicina delle migrazioni in cui forti sono le specificità etno-culturali per affrontare i quali bisogna lavorare integrando i servizi e le rispettive competenze.

Il risultato è stato quello di creare una medicina più attenta all'uomo, al di là delle differenze di superficie, che tenga conto di due principi di ordine generale: l'influenza che la cultura esercita sulla estrinsecazione della malattia e la forza terapeutica della relazione che in questi ultimi anni la medicina ufficiale sembra avere dimenticato.

In questa ottica la medicina delle migrazioni ha rappresentato una grande occasione di ripensamento e di verifica dei canoni ufficiali in un clima libero da qualsiasi preconcetto di ordine culturale e politico che vuole vedere nel paziente immigrato un uomo povero, ignorante, quasi sempre delinquente ed infetto, pericoloso per sé e per gli altri.

Avere sottolineato, invece, l'effetto migrante sano è stato determinante non solo ai fini conoscitivi ma anche per affermare che l'immigrato si ammala nei paesi di accoglienza per motivi squisitamente socio-culturali, dovuti cioè al viaggio in sé e/o per le precarie condizioni di vita in cui è costretto quasi sempre a vivere: sono la povertà e la mancanza di diritti e generare e perpetrare la malattia del migrante.

Avere sottolineato l'aspetto culturale è stato determinante nel cercare soluzioni che potessero risolvere il nodo interpretativo nel rapporto medico-occidentale /paziente-eteroculturale mediante la formazione, prima, e l'aiuto poi, dei mediatori culturali scelti tra gli immigrati.

Avere sottolineato, infine, la mancanza di diritti sanitari ed i rapporti tra la loro mancanza e la malattia è stato importante nella scelta di assumere in proprio, dopo il riconoscimento dell'ambulatorio da parte dell'Azienda Policlinico, la gestione degli immigrati irregolari e clandestini col codice STP (Straniero Temporaneamente Presente).

Obiettivi

E' stata effettuata una valutazione epidemiologica di tutti i ricoveri avvenuti presso il DH Immigrati nel periodo compreso tra il 1996 e il 2002. (Tab. 1)

L'obiettivo principale dello studio è stato quello di trovare una correlazione tra gli aspetti sanitari, sociali, economici, giuridici e culturali di due realtà che si incontrano, quella dei migranti e quella del paese che li ospita.

Materiali metodi

E' stato condotto uno studio retrospettivo sui 2018 ricoveri effettuati tra il 1996 e il 2002, analizzando tutte le cartelle cliniche, prendendo in considerazione i dati relativi all'età, al sesso, alla provenienza e alle patologie più frequenti, osservando per ognuno di questi l'andamento nel corso degli anni. (Tab1; 2; 3; 4; 5)

Risultati

I dati evidenziano un numero crescente di ricoveri dal 1996 al 2002 (maggio), dato particolarmente evidente nel periodo compreso tra il 1999 e il 2001.

Possibile spiegazione di ciò è l'attuazione della normativa sugli irregolari e sui clandestini mediante il rilascio del codice STP che ha facilitato l'accesso all'assistenza socio-sanitaria.

La prevalenza del sesso maschile su quello femminile è costante in tutto l'arco di tempo esaminato. (Tab: 2)

Per quanto concerne le età dei pazienti giunti alla nostra osservazione è interessante notare che, pur perpetuandosi una netta prevalenza della seconda e terza decade, vi è comunque un aumento dei pazienti di età più avanzata. (Tab. 3)

Tale riscontro è particolarmente evidente negli anni 2000, 2001, 2002, per i pazienti al disopra di 40 anni di età e rilevazione ancora più importante è la comparsa di soggetti di età superiore a 50 anni; ciò si allinea con l'aumento della popolazione anziana nel mondo, sia essa autoctona che migrante, dato oggi universalmente accettato in letteratura.

La presenza dei mediatori culturali a partire dal 2000 ha condizionato numericamente le comunità presenti. I paesi di origine più rappresentati negli ultimi anni sono il Bangladesh, il Marocco, il Ghana, la Costa D'Avorio, lo Sri Lanka e la Nigeria, tutte aree di origine comune ai mediatori culturali che collaborano con i nostri ambulatori. (Tab: 4)

L'ultima osservazione considera le patologie più frequenti: i dati mostrano una certa omogeneità nel corso degli anni. Le patologie più frequenti sono inerenti all'apparato gastroenterico, respiratorio, cardiovascolare, ortopedico, urologico. Particolare attenzione meritano i rilevamenti per le malattie infettive, MST, odontostomatologiche e neuropsichiatriche che sono a nostro avviso spia che la malattia nei migranti è figlia delle condizioni socio-sanitarie in cui vivono.

Considerazioni conclusive

I dati del nostro Poliambulatorio non si discostano molto da quelli degli anni passati, soprattutto se confrontati con quelli di S. Chiara che li precedono (S. Chiara è attivo dal 1987) ma la loro valutazione è importante per cogliere sia le differenze, anche le più piccole, che le eventuali novità.

A tale proposito è importante sottolineare come le malattie che più frequentemente osserviamo sono affezioni comuni dell'apparato gastroenterico, respiratorio, cardiovascolare e del sistema osteo-muscolare (Tab 5 - 10).

Raramente i nostri malati presentano malattie esotiche, che per quanto non vadano misconosciute, vanno cercate con la consapevolezza che non è il colore della pelle del paziente a richiamarle ma la sua particolare storia anamnestica.

Elemento di novità è sicuramente rappresentato dallo sdoganamento del diritto che qui da noi si è verificato agli inizi del 2000 (due anni di ritardo) che ci ha consentito di seguire meglio i malati con un successo dell'iniziativa testimoniato dalla improvvisa impennata dei ricoveri verificatasi (da 176 del 1999 a 525 del 2001).

Nel nostro ambulatorio, dal 2000 fino ad oggi sono stati rilasciati 977 STP, numero rilevante in considerazione del fatto che non siamo gli unici nella nostra città ad emettere il codice.

L'STP è un codice sanitario che viene rilasciato agli immigrati temporaneamente presenti nel nostro paese come irregolari e/o clandestini, valevole per sei mesi, che dà al portatore alcuni diritti sanitari.

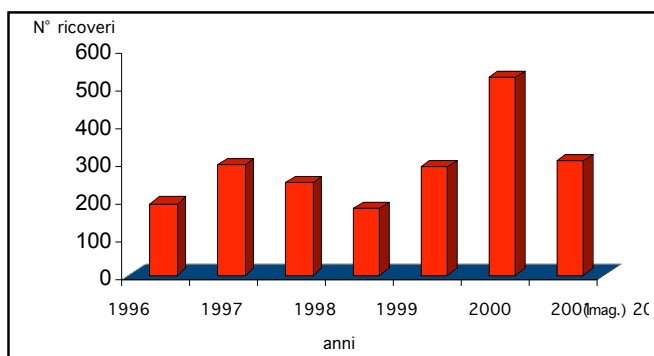
Ciò ha permesso l'assistenza di ammalati, che prima esistevano solo come tali, ma che, almeno nei presidi sanitari, acquistano un nome e il diritto di essere riconosciuti.

L'avvento dell'STP ha determinato un aumento del numero di DH (Tab. 1), e conseguentemente un maggiore aumento di malattie, permettendo di indagare meglio l'incidenza e la prevalenza di affezioni anche silenti, ma comunque estremamente importanti, come l'HIV, la tubercolosi, etc (Tab. 5 - 10).

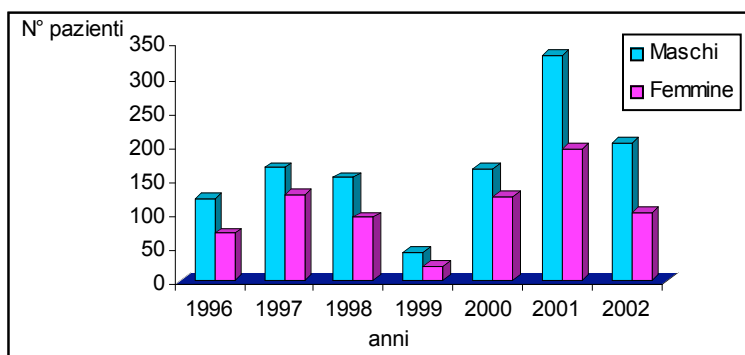
I nostri dati mettono in evidenza anche un altro aspetto epidemiologico che riguarda l'età dei pazienti immigrati: nei primi anni l'età maggiormente rappresentata riguardava la seconda e terza decade di vita che oggi rimane sempre al primo posto ma con un relativo incremento delle decadi successive. (Tab. 3)

Protagonisti dei nostri ambulatori sono attualmente anche gli anziani immigrati che portano con sé le stigmate di una età fisiologicamente fragile e di una realtà notoriamente precaria relativa alla condizione di migrante.

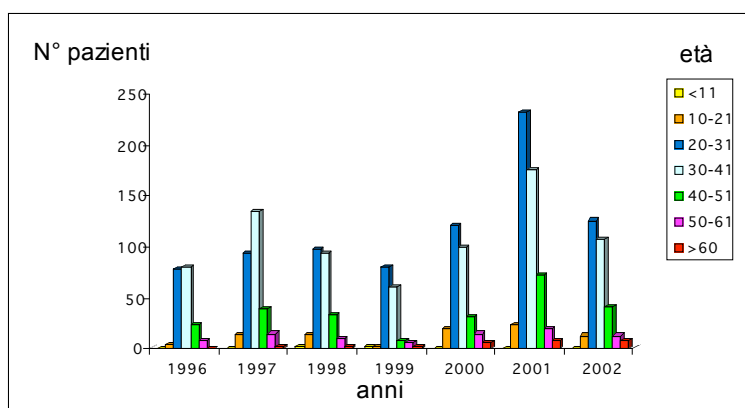
Un altro aspetto riguarda i paesi di origine (Tab. 4) che si sono via via modificati negli anni con alcune particolarità che non potrebbero essere spiegate senza l'apporto del lavoro dell'ambulatorio dei mediatori culturali. A tale proposito si ricorda che la Cattedra di Medicina Interna ed il DH Immigrati hanno formato 19 mediatori culturali durante l'anno accademico 1999-2000 mediante un Corso-FSE della durata di 800 ore e che adesso ci consentono di avere una migliore comprensione dell'uomo-paziente-immigrato, mediando un codice non strettamente linguistico ma che appartiene all'irripetibile ed esclusiva realtà del linguaggio non verbale.



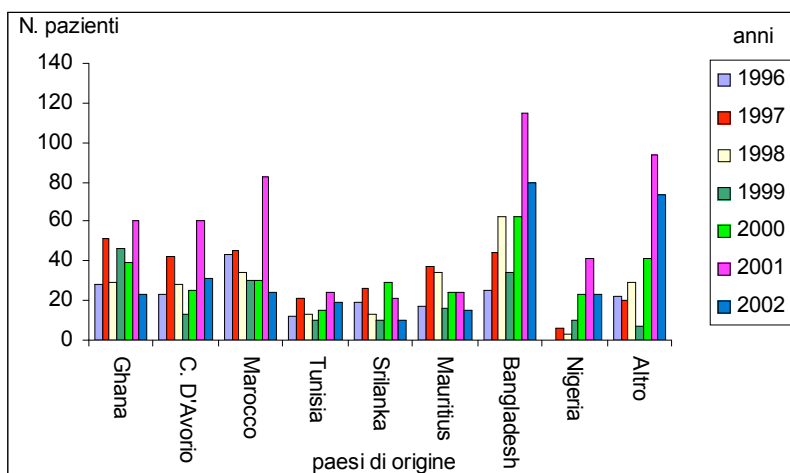
Tab 1



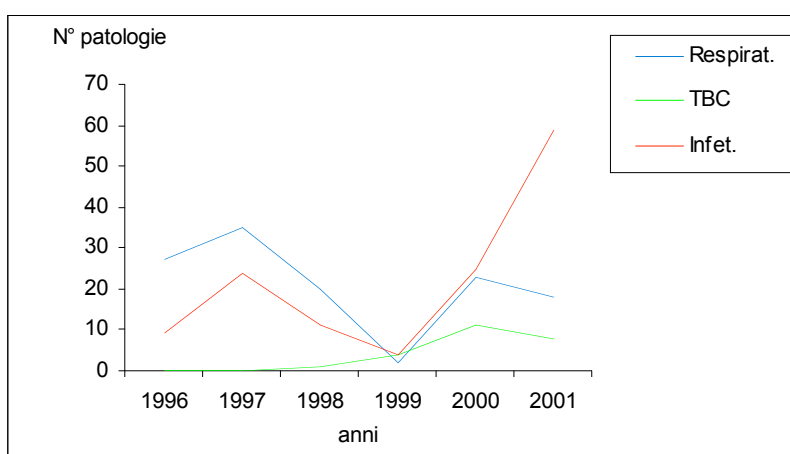
Tab. 2



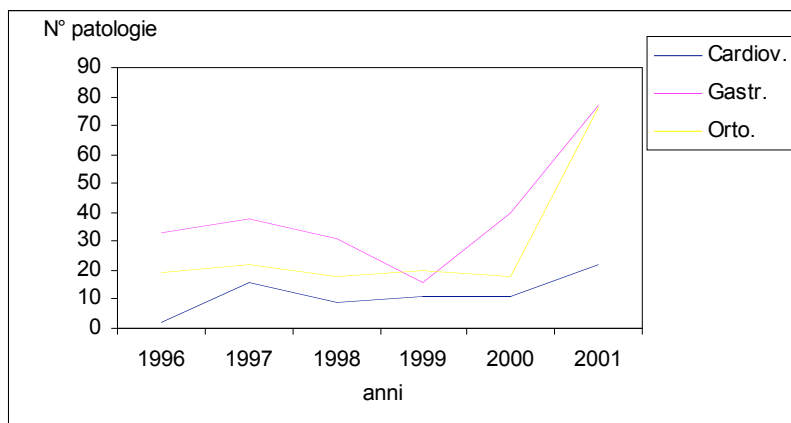
Tab. 3



Tab. 4



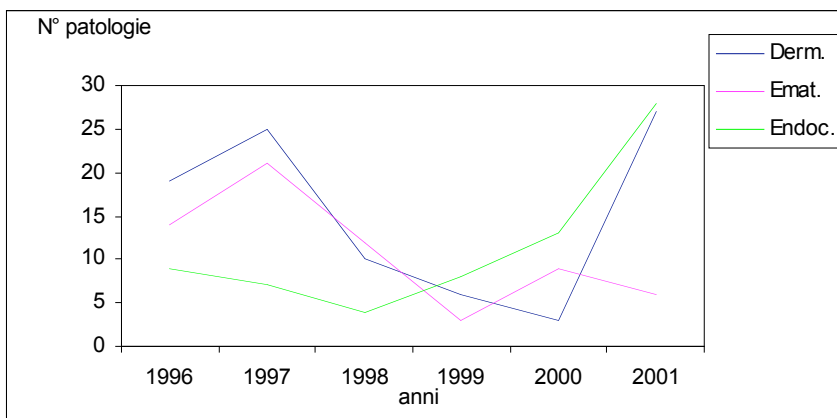
Tab 5



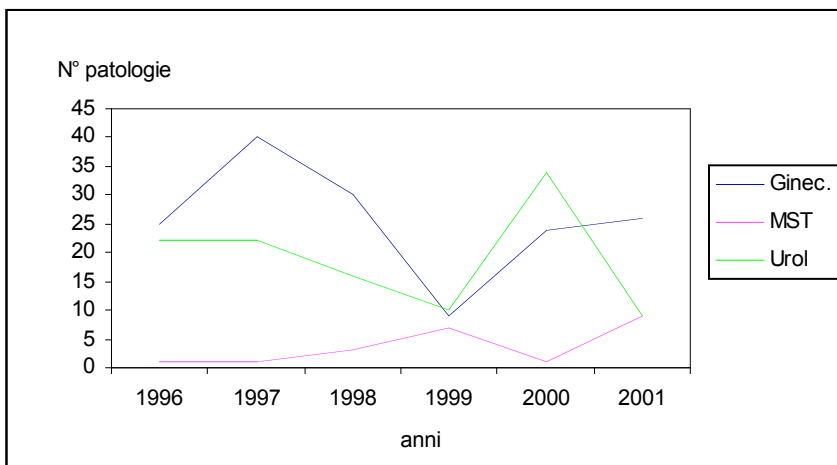
Tab 6



Tab 7



Tab. 8



Tab 9



Tab 10