

**VIII CONSENSUS CONFERENCE  
SULL'IMMIGRAZIONE  
VI CONGRESSO NAZIONALE SIMM**  
*“15 ANNI DELLA NOSTRA STORIA: DAL  
PREGIUDIZIO ALLA RECIPROCIÀ”*  
Memorial “Luigi Di Liegro

5 – 8 MAGGIO 2004  
LAMPEDUSA

**ATTI**

26 aprile 2004

Ci giunge notizia della scomparsa del Prof. Luigi Frighi.  
Riportiamo il testo del telegramma inviato alla Sua famiglia:

*“Partecipiamo al dolore per la scomparsa del nostro Prof. Luigi con la consapevolezza però che anche dal Paradiso continuerà a guidarci e ad assisterci. L’VIII Consensus Conference che, come sempre, doveva vederLo protagonista, sarà dedicata alla Sua indimenticabile persona.*

*Grazie Prof. Frighi per tutto quello che ha fatto e farà per i nostri fratelli immigrati”*

*Il Presidente,  
La Segreteria Scientifica,  
La Segreteria Organizzativa*



## LE RAGIONI DELLA CONSENSUS

Dopo 15 anni dalla prima Consensus Conference vogliamo fare il punto sulla situazione socio-sanitaria degli immigrati presenti in Italia. Abbiamo deciso di focalizzare alcuni argomenti che sono decisivi nell'ottica del processo di integrazione nel nostro Paese.

Questo appuntamento biennale, che tradizionalmente si svolge in Sicilia (l'ultimo nel 2002 ad Erice), ha disegnato la storia della Medicina delle Migrazioni in Italia in termini di conoscenze scientifico-epidemiologiche, organizzazione dei servizi, di diritto alla salute e all'assistenza sanitaria. Proprio per questo si è scelto di organizzare l'incontro a Lampedusa, per rilanciare il dibattito sull'immigrazione non solo in termini di emergenza ma soprattutto in termini di diritti.

Parleremo di politiche di integrazione socio-sanitarie in una Tavola Rotonda organizzata dal CNEL dal titolo: *“Politiche di integrazione sociali e sanitarie in Italia: una politica tanti modelli”*, proponendo il modello italiano confrontato con quello europeo, dei paesi della sponda nord del Mediterraneo, e vorremmo farlo con la partecipazione e l'apporto dei presidenti delle Regioni Lombardia, Emilia-Romagna, Lazio e Sicilia.

In questa sede grazie alla presenza del Commissario Europeo delle Politiche Sociali vorremmo che fosse chiaro che Lampedusa, più che un problema siciliano ed italiano, è innanzitutto un problema europeo su cui ogni politica e ogni modello è destinato a scontrarsi se non adeguatamente risolto. Gli altri argomenti riguardano alcuni aspetti in cui ancora si gioca una certa fragilità dei tanti diritti acquisiti: la medicina generale, l'infermieristica, il bambino, la donna ed il lavoratore immigrati, in un clima comunque di grande costruttività e di grande speranza nella considerazione che questi 15 anni della nostra storia dimostrano gli enormi passi avanti fatti dalla nostra società insieme agli immigrati sulla via dell'integrazione e come ormai i tempi sono maturi per passare definitivamente alla *reciprocità* dopo gli anni del *pregiudizio*.

## Lampedusa...agavi.....migranti... ed il ligure gagliardo

Mario Affronti

“poserò la testa sulla tua spalla  
e farò  
un sogno di mare  
e domani un fuoco di legna  
perché l’aria azzurra diventi casa  
chi sarà a raccontare  
chi sarà  
sarà chi rimane  
io seguirò questo migrare  
seguirò  
questa corrente di ali”  
Khorakhanè (a forza di essere vento)  
Fabrizio De Andrè

“Mondo, sii, e buono  
esisti buonamente,  
fa che, cerca di, tendi a”  
Andrea Zanzotto  
(in *ETNOPEDIATRIA*, bambini  
e salute in una società multiet-  
nica, di Milena Lo Giudice,  
FIMP Federazione Italiana  
Medici Pediatri – ed. f.c. riser-  
vata ai medici)

Lampedusa, il *sogno di mare.. perché l’aria azzurra diventi casa...*;  
Lampedusa, lembo di terra africana, residuo leggendario della mitica Atlantide;  
Lampedusa, figlia di Elios, porta d’ingresso verso la vita o la morte di chi segue  
*questo migrare, questa corrente di ali verso un fuoco di legno o un sogno di mare  
dove l’aria azzurra diventerà casa per sempre.*

Lampedusa terra dell’agave. L’agave, qui sempre presente, solitaria o in compa-  
gnia, in un atteggiamento distaccato e supponente probabilmente consapevole della  
tragica leggenda legata alle sue origini quando ancora figlia di Cadmo, re di Tebe e  
di Armonia, durante una sfrenata festa bacchica, in preda alla follia, scambiò il fi-  
glio Penteo per una belva e con un colpo di spada gli troncò la testa per essere subi-  
to dopo mutata nella pianta che ebbe il suo nome: agave, derivato in lingua dorica,  
dal verbo *agabai*, significa appunto adirarsi, provare orrore contro qualcuno.  
Le genti del posto sanno e dicono che l’agave, genere di erbacea perenne e succu-  
lenta delle amarillidacee, è una pianta che vive molti anni “se si mantiene vergine”  
ma muore entro l’anno della crescita massima e della fioritura “se si marita”.

Qui Andrea Anfossi, ligure gagliardo, schiavo dei saraceni per 40 lunghi anni di  
una pericolosa e leggendaria avventura nel lontano 1500, fuggiasco, trovò la sua  
salvezza vedendo salire dalla boscaglia una luce intensa che emanava da una gran-  
de tela dipinta raffigurante la dolce immagine della Madonna che tiene in braccio il  
piccolo Gesù con le mani colme di rose ed accanto a Lei, sulla destra, in atti di re-  
verenza e con il capo incoronato, la vergine e martire Santa Caterina, nobile giova-  
netta di Alessandria d’Egitto di rara bellezza e dotata di eccezionale ingegno marti-  
re della fede, una delle tante vittime di Gaio Galerio Valerio Massimino Dàia, tri-

stemente famoso per la ferocia delle persecuzioni contro i cristiani nel IV secolo d.c.

Quella tela aiutò Andrea nella lunga e difficile navigazione, facendo da vela tra le sue braccia alzate e dirigendo l'improvvisata imbarcazione verso il lontano nord quando il vento lo consentiva.

Lampedusa sede dell'VIII Consensus Conference sulle migrazioni per ricordare il dramma di tanti uomini, donne e bambini che hanno sognato invano un Mondo più buono, ma per ricordarci anche che dobbiamo *fare in modo che* il Mondo diventi più giusto e più libero; per ricordarci che dobbiamo *cercare di* abbattere le barriere dell'odio e dell'egoismo; per ricordarci che dobbiamo *tendere a* creare un Mondo dove possa trionfare la pace.

Dopo 15 anni dalla prima Consensus qui a Lampedusa, in questa terra di forti contraddizioni, parleremo di *reciprocità* dopo gli anni del *pregiudizio* in un clima di costruttività e di speranza testimoniando i grandi passi avanti che la nostra società ha fatto insieme ai migranti sulla via dell'integrazione.

Qui ed ora tutti gli uomini, di qualunque popolo, razza, nazione e religione devono poter trovare accoglienza, comprensione e condivisione; qui ed ora gli uomini tutti devono poter *posare la testa sulle nostre spalle* ed *accendere un fuoco di legna*; ora e da qui, da questa figlia del sole, più che mai “regione dell'anima”, partirà il messaggio di un mondo che vuole continuare ad *esistere e.....buonamente*.

## ESCLUSIONE, FRAGILITÀ SOCIALE E RECIPROCIÀ UN PERCORSO DA COMPIERE

Salvatore Geraci

(Società Italiana di Medicina delle Migrazioni; Area sanitaria Caritas Roma)

Come abbiamo avuto più volte occasione di dire, le Consensus siciliane, hanno accompagnato la storia della medicina delle migrazioni in Italia. Da oltre quindici anni, il confronto, l'analisi, la sperimentazione di percorsi possibili, la condivisione di problemi o di speranze, ci hanno portato a percorrere le strade di un impegno per la salute, per il diritto, per la dignità dei cittadini stranieri.

Abbiamo attraversato e superato momenti dell'**esclusione**: gli immigrati avevano, ancora meno di 10 anni fa, il diritto alla salute nascosto o negato, le paure condizionavano le politiche e i pregiudizi i comportamenti. Gli **studi** e le **proposte normative** hanno saputo disegnare una specifica attenzione al diritto alla salute della popolazione immigrata nel nostro paese, la **formazione** degli operatori è stata individuata come chiave per superare il pregiudizio e ricompattare l'attenzione intorno agli **aspetti relazionali con la persona malata** e/o sofferente, straniera o italiana che fosse, il **lavoro multidisciplinare e di rete**, ci ha fatto riscoprire la ricchezza e l'enorme potenzialità che il riconoscerci corresponsabili di un progetto di promozione della salute, di attenzione alla vita, può suscitare nei nostri servizi, nelle strutture e nell'animo di ognuno di noi. E sì, abbiamo rinunciato alla astaticità di una scienza da laboratorio, per ritrovarci nelle strade dell'impegno, con rigore scientifico e professionale, ma coinvolti e umanamente schierati.

Ad Erice, nel 2002, le raccomandazioni finali della Consensus hanno potuto affermare sulla base di numerosi *rapporti e studi epidemiologici* sullo stato di salute degli immigrati in Italia, come le malattie che interessano questa popolazione siano strettamente connesse ai sistemi di accoglienza e ai processi di inclusione sociale messi in atto nel paese ospite. Infatti, la maggior parte delle patologie scaturiscono dalle scadenti condizioni abitative, lavorative, dalle difficoltà di relazione e di socializzazione, dal grado di accesso ai servizi sanitari. I dati sanitari disponibili evidenziano infatti una **fragilità sociale** di questa popolazione che, pur nella sua eterogeneità, mostra situazioni di sofferenza sanitaria (malattie da disagio, infortunistica soprattutto sul lavoro, alto ricorso all'interruzione volontaria della gravidanza, alcune malattie infettive prevenibili, ...) in gran parte imputabile a incerte politiche di integrazione soprattutto in ambito locale, a difficoltà di accesso ai servizi, a problematiche relazionali-comunicative.

Ancora oggi persistono barriere organizzative per le quali il dibattito politico sull'immigrazione certamente non facilita la risoluzione; ancora oggi permangono atteggiamenti ostili come se un operatore potesse scegliere chi assistere e chi no, trincerandosi spesso dietro una zelante attenzione a formalismi pretestuosi quanto inutili. Pertanto riteniamo opportuno riaffermare che almeno tre devono essere, ancora oggi, gli ambiti di azione privilegiata per garantire realmente agli stranieri **pa-**

**ri opportunità** rispetto ai cittadini italiani, per l'accesso ai servizi e per la fruibilità delle prestazioni sanitarie come sancito dalle leggi in vigore.

- **Certeza del diritto:** a livello centrale e soprattutto localmente è importante un'azione di monitoraggio del grado di applicazione della normativa per evitare discrezionalità applicative che provocano incertezze ed esclusione (ancora oggi sono molte le segnalazioni di strettoie burocratiche amministrative spesso pretestuose che impediscono ai cittadini stranieri di iscriversi al Servizio Sanitario Nazionale pur avendone il diritto con particolare riferimento ai richiedenti asilo, i regolarizzati, i momentaneamente disoccupati, o di usufruire di percorsi assistenziali adeguati con riferimento agli stranieri temporaneamente presenti). Puntuali chiarimenti emanati centralmente o perifericamente possono correggere impostazioni arbitrariamente restrittive.

- **Garanzia dell'accessibilità:** molte sono le realtà locali (Aziende sanitarie, Ospedali, ...) dove persistono difficoltà di accesso ai servizi. Difficoltà burocratiche ma anche organizzative e comportamentali ci spingono ad insistere su un **riorientamento dei servizi** attraverso: una capillare e diffusa **formazione** del personale, un'**analisi dei dati** disponibili (ed eventuali ricerche ad hoc), una verifica della domanda e del bisogno, un **lavoro di rete** con il territorio in particolare con le associazioni di volontariato e privato sociale con specifica esperienza e con l'associazionismo degli immigrati, la formazione specifica e l'utilizzo dei **mediatori culturali** in ambiti validati di intervento (percorsi nascita, etnopsichiatria, sportelli di orientamento), organizzazione dei servizi con maggiore flessibilità degli orari di apertura (soprattutto il pomeriggio) e la disponibilità di personale che sappia più lingue, con attenzione al genere e con un puntuale **lavoro integrato** (informazione e orientamento, accoglienza, assistenza sociale e sanitaria).

- **Promozione delle fruibilità:** è il campo delle politiche di integrazione più avanzate ed innovative. Ragionare in termini di **mediazione di sistema** dove l'intera organizzazione sanitaria sia in grado non solo di intercettare il bisogno e la domanda sanitaria più o meno originale, ma possa realmente, senza interventi straordinari, garantire livelli di comunicazione efficace e percorsi assistenziali propri. La **medicina transculturale** diventa aspetto ordinario della medicina a partire dall'ambito infermieristico e della medicina di primo livello (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta) con percorsi formativi inseriti nella formazione di base e nell'aggiornamento professionale. Appaiono strategiche politiche atte a **valorizzare le competenze professionali** specifiche dei cittadini stranieri garantendo percorsi fattibili per il riconoscimento dei titoli e per il loro impiego a partire dalle strutture a maggior impatto migratorio.

Si delinea anche una progettualità specifica nell'ambito della **medicina preventiva interculturale** che possa essere culturalmente compatibile e, nel contempo, coerente con le indicazioni di maggior evidenza di criticità socio-sanitaria (per esem-

pio prevenzione dell'ivg, degli incidenti sul lavoro, strategie per migliorare la compliance e prevenire la trasmissione di malattie infettive).

Proprio nell'attenzione alla fruibilità può avvenire il passaggio alla **reciprocità** nell'incontro con il paziente immigrato: il medico, l'operatore sanitario non più attore unico del percorso di salute, ma recettivo di saperi e valori altrui, dove l'alterità diventa patrimonio condiviso per una crescita comune.



## **Bibliografia**

1. Aa.Vv.: *Sanità amica in una società multietnica*. L'Arco di Giano, rivista di medical humanities, n. 22, inverno 1999.
2. Aa.Vv.: *Medicina e multiculturalismo. Dilemmi epistemologici ed etici nelle politiche sanitarie*. Apèiron Editoria, Bologna, 2000
3. Aa.Vv.: *Multietnicità e salute*. L'Arco di Giano, rivista di medical humanities, n. 31, primavera 2002.
4. Affronti M., Lupo M., Messina M.R. (a cura di): *Tertio millennio ineunte: migration, new scenarios for old problems*. Atti. Palermo, 2002
5. Caritas e Migrantes: *Dossier Statistico Immigrazione (anni 2001 e 2003)*. Roma, edizione Nuova Anterem, 2001 e 2003
6. Compagnoni F., D'Agostino F. (edd.): *Bioetica, diritti umani e multietnicità. Immigrazione e sistema sanitario nazionale*. Edizioni S. Paolo, Milano, 2001
7. Della Torre G. (a cura di): *Immigrazione e salute. Questione di biogiuridica*. Edizioni Studium, Roma, 1999
8. Geraci S. (a cura di): *Immigrazione e salute: un diritto di carta? Viaggio nella normativa internazionale, italiana e regionale*. Edizioni Anterem, Roma, 1996
9. Organismo Nazionale di Coordinamento per le politiche di integrazione sociale degli Stranieri – CNEL: *Documento finale del Gruppo Salute e Immigrazione: accesso ai servizi sanitari*. Vicenza, 2001
10. Società Italiana di Medicina delle Migrazioni: *Raccomandazioni finali delle Consensus Conference "Immigrazione e salute"*. Palermo 2000 ed Erice (Tp) 2002

**PROPOSTA PER L'ISTITUZIONE DI  
GRUPPI INTRAOSPEDALIERI DI RIFERIMENTO  
PER LA PIENA APPLICAZIONE DELLA NORMATIVA VIGENTE  
IN TEMA DI SANITÀ ED IMMIGRAZIONE**

*Daniela Panizzut, Pierfranco Olivani*  
NAGA – Milano

Con l'approvazione del **Testo Unico** sull'immigrazione (286/98), del relativo **Regolamento di attuazione** (DPR 394/99) e della successiva **Circolare ministeriale** (5/00), in Italia è stato completamente delineato, sul piano normativo, il principio del diritto alla salute per ogni individuo. 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.

La fase successiva dell'enunciazione di un diritto è rappresentata dalla fruibilità del diritto stesso. La fruibilità del diritto alla salute è resa, nel nostro caso, più complessa dalle peculiari caratteristiche del soggetto del diritto. Solitamente i migliori garanti dell'applicazione di una legge sono coloro che ne traggono beneficio; la categoria degli immigrati, soprattutto se irregolari, si trova in situazione svantaggiata, sia per l'ignoranza del suo diritto di salute, sia per l'estrema difficoltà nel pretenderne l'attuazione là dove viene negata.

Date dunque le problematiche applicative di questa normativa nazionale, del tutto innovativa, avevamo proposto due anni fa alla Consensus conference della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, tenutasi a Erice nel mese di maggio, l'utilizzo di un modello di "**Circolare interna agli Enti ospedalieri**", sottoscritta dalla direzione sanitaria e dalla direzione amministrativa, che traduceva, sul piano pratico, le direttive della normativa nazionale e delle eventuali circolari regionali, facilitando gli operatori che in questo modo si trovavano a riferirsi a regole precise stabilite dall'Ente stesso, piuttosto che ad articoli di legge da interpretare. Questo "modello di circolare interna" è stato utilizzato in numerosi ospedali dell'area milanese e ha dato buoni risultati, riducendo la abusiva discrezionalità nell'elargizione dei servizi sanitari ad una categoria di persone quasi mai in grado di esigerli.

Il controllo dell'effettiva fruibilità del diritto alla salute, cioè l'applicazione della normativa, restava comunque aleatorio, affidato solo all'interessamento di alcune associazioni del volontariato socio-sanitario.

Per ovviare a ciò e rendere più certo e semplice l'accesso ai servizi, si è pensato di istituire i "**Gruppi interni di riferimento**", all'interno appunto degli Enti ospedalieri. Ogni gruppo è costituito da 4-5 persone, scelte fra i responsabili degli uffici competenti, gli assistenti sociali e, se possibile, i volontari delle associazioni socio-sanitarie che si trovino contemporaneamente a lavorare come dipendenti negli Enti stessi. Ciascuno degli elementi del gruppo deve poter essere punto di riferimento sia per l'immigrato che per il personale dell'Ente e deve essere in grado di dirimere

i dubbi in base alla normativa. Il gruppo mantiene, ovviamente, stretti contatti con un'associazione del volontariato socio-sanitario.

Si tratta di un'iniziativa molto recente, ma che, in pochi mesi, ha già dato buoni risultati, facilitando il lavoro degli operatori e soprattutto evitando gravi inadempienze che, per di più, nella maggior parte, rimarrebbero sconosciute.

**INDAGINE SULLA POPOLAZIONE  
EXTRACOMUNITARIA IRREGOLARE**  
**visitata presso l'Ambulatorio NAGA - Milano**  
**nel periodo gennaio-marzo 2002 e raffronto con indagini precedenti:**  
**dati socio-demografici e sanitari.**

*Pierfranco Olivani*

**Introduzione**

La Legislazione Sanitaria Italiana, attualmente vigente, stabilisce il principio del diritto alla salute esteso ad ogni individuo comunque presente sul territorio (D.L. n° 286, 25 luglio 1998 e successive integrazioni); con questa affermazione l'Italia si pone come prima, ed attualmente unica nazione al mondo, nella realizzazione di questo diritto. Dunque, tanto i cittadini (e questo già dal 1978-80 con le Leggi istitutive del Servizio Sanitario Nazionale [SSN]), quanto gli immigrati regolari (dal 1998), hanno tutti diritto di iscriversi al SSN. Per quanto riguarda le altre persone, di fatto presenti sul territorio nazionale, cioè gli immigrati irregolari, sono previste (dal 1998), previa compilazione di una dichiarazione di indigenza, forme di assistenza sanitaria sostanzialmente analoghe a quelle riservate ai cittadini ed agli immigrati regolari, anche se tramite modalità di accesso talvolta differenti e più complesse.

Quanto detto, pur se chiaramente stabilito sul piano legislativo, risulta inapplicato in diverse situazioni. Contro gli immigrati irregolari esistono ancora oggi inadempienze e difficoltà burocratiche che tendono a negare, sul piano pratico, il diritto alla salute. Gli Organi dello Stato, che debbono dare attuazione al principio sancito dalla legge, in realtà spesso lo ostacolano in modo arbitrario; le motivazioni di ciò sono molteplici e solo in parte sono da attribuire alla assoluta novità del contesto o a reali difficoltà. L'erogazione dell'assistenza sanitaria ai non iscritti al SSN è stata oggetto di una serie di confronti su base regionale, proposti da un'apposita Commissione Ministeriale. Si è constatato che ormai in quasi tutte le Regioni l'assistenza 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.

Il Naga di Milano è un'associazione del volontariato sanitario che da 15 anni si dedica all'affermazione del diritto alla salute per tutti, sia promuovendone la promulgazione sul piano legislativo, sia fornendo di fatto l'assistenza sanitaria a quanti risultano ancora esclusi. Nel corso degli anni si è accumulata al Naga un'importante casistica: circa 120.000 visite a immigrati clandestini, sistematicamente documentate ed archiviate nelle nostre cartelle cliniche ambulatoriali; ciò rappresenta una ragguardevole fonte di dati sociali e sanitari su un argomento (l'immigrazione clandestina) per definizione poco noto e difficilmente indagabile. La raccolta dei dati, riguardanti l'attività sanitaria svolta dal volontariato, risulta comunque parziale (vedi ad esempio la difficoltà di eseguire indagini anamnestiche approfondite per l'inopportunità o la difficoltà di comunicazione, la limitatezza dei mezzi diagnosti-

ci, la mancanza di denominatori relativa alla reale presenza degli stranieri sul territorio, che impedisce di quantizzare, in termini di incidenza, le singole patologie). Questa raccolta, dicevamo, rappresenta comunque una fonte diretta di notizie sulle patologie dell'immigrato e quindi anche un indispensabile strumento per la presa a carico dello straniero malato da parte della struttura pubblica.

"Milano, con i suoi dintorni, costituisce un punto di forte attrazione per l'immigrazione extracomunitaria. Vari fattori contribuiscono al progressivo sviluppo di questo fenomeno, tra i quali i più importanti sono le migliori opportunità di lavoro e la presenza di comunità di stranieri sul territorio che fungono da aggregante"(Bandera - (1). Al 31 dicembre del 2001, risultavano a Milano 132.676 stranieri regolari, a fronte di 1.172.266 cittadini italiani (10,16 %) [Ufficio Stranieri del Comune di Milano (2) ]; gli irregolari erano stimati a 25-30.000 [M.Todisco - Osservatorio di Milano(3)].

### **Materiali e metodi**

*I dati provengono dalla cartella clinica abitualmente in uso presso l'ambulatorio Naga; sono stati inseriti in un archivio computerizzato, sottoposti a controllo qualitativo ed elaborati utilizzando i programmi Access e PowerPoint.*

*Elaborazione statistica: la significatività (P) è stata valutata mediante il calcolo dell'indice del "t" di Student.*

I dati presi in esame riguardano solo i pazienti che si sono rivolti al Naga per la prima volta nel periodo

1 gennaio - 31 marzo 2002. (L'elaborare solo i "nuovi arrivi" permette una maggior omogeneità del campione e una più immediata evidenziazione delle caratteristiche e delle problematiche delle più recenti ondate migratorie).

*Nei grafici sono riportati come confronto, anche i dati relativi alle nostre indagini precedenti risalenti agli anni 1990 [Bandera (1)], 1993-94 [Bandera (4)], 1997, 1999 e 2001 [Olivani (5)].*

L'insieme delle diagnosi di malattia o, in mancanza di queste, del sintomo principale, sono classificati secondo il modulo ICD - 9 –CM, proposto dal Ministero della Sanità (Ministero Sanità 10) e ormai di comune adozione. Secondo questo tipo di classificazione, le diagnosi sono raggruppate per apparati; le malattie infettive, i tumori, i traumatismi, le problematiche di gravidanza - parto e le malformazioni congenite sono raccolti in appositi capitoli e un altro capitolo riunisce i sintomi, allorchè, in mancanza della diagnosi, costituiscano l'unico elemento per definire lo stato morboso. Questo modulo classificativo prevede anche l'analisi di fattori che, pur non rientrando fra le malattie, influenzano lo stato di salute e il ricorso alle strutture sanitarie: i "così detti" codici V.

E' ormai tradizione del Naga elaborare i dati socio-sanitari inerenti all'ambulatorio con cadenza **biennale**, valutando solo l'attività relativa ai **nuovi pazienti** visitati durante il **primo trimestre**: si è fatto così nel 1997, nel 1999, nel 2001 ed ora, ec-

cezionalmente, nel 2002. (I dati inerenti agli altri periodi sono comunque raccolti nelle cartelle cliniche e registrati nel computer). Lo studio biennale dei dati del primo trimestre rappresenta, a nostro giudizio, un giusto compromesso fra la necessità di evidenziare le variazioni sul piano socio sanitario, della fascia irregolare della popolazione immigrata presente nel nostro territorio, l'utilità di disporre sempre di dati nuovi e recenti e l'impegno che questo ulteriore lavoro ci comporta. Come si è fatto negli anni precedenti elaboriamo dapprima nelle "ANTICIPAZIONI" solo i dati sociali relativi al periodo gennaio-marzo e successivamente l'insieme dei dati socio-sanitari.

## Risultati

### Visite totali (fig. 1)

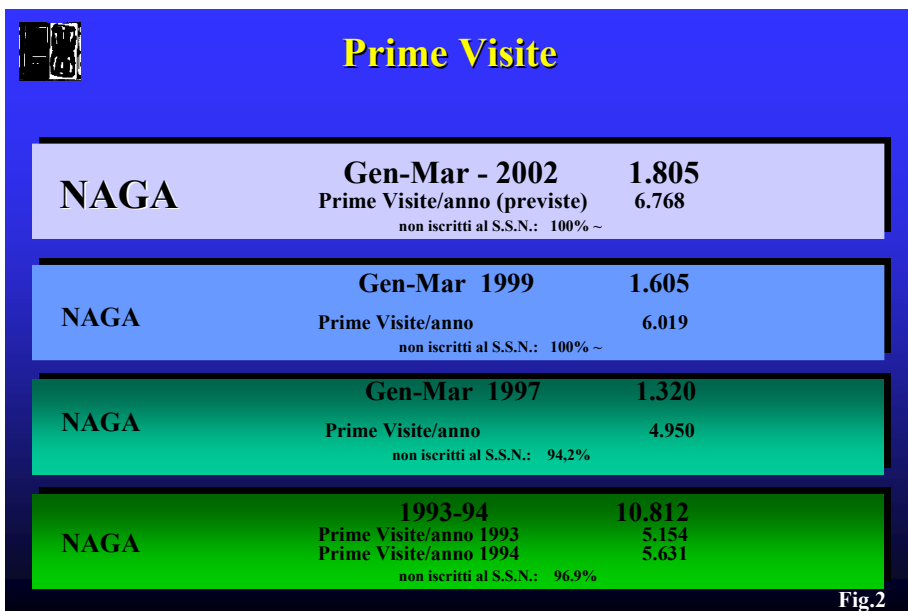
Le visite anno previste per il 2002, in base alla proiezione annuale dei dati di gennaio-marzo [x 3,75], sono ancora in aumento rispetto agli anni precedenti [+ 5% circa dal 1999]; rappresentano il numero più alto mai effettuato in Italia da questo tipo di ambulatori. Considerando che la richiesta di visite negli anni precedenti è stata di 2,2 visite/anno/paziente, si deduce che il Naga sta curando, nel 2002, una popolazione di circa 10.000 immigrati irregolari, cioè 40% del totale degli irregolari a Milano.

Visite totali		
NAGA	Gen-Mar - 2002	5.213
	Visite/anno (previste)	19.546
NAGA	Gen-Mar - 1999	5.055
	Visite/anno	18.056
NAGA	Gen-Mar - 1997	4.731
	Visite/anno	17.781
NAGA	Apr-Giu - 1990	872
	Visite/anno (estrap.)	3.488

Fig.1

**Prime visite (fig. 2)**

L'indagine è stata condotta, come si è detto, solo sui nuovi pazienti (= prima visita).  
 Risulta così che nel gruppo di 5213 visite totali eseguite presso il nostro ambulatorio nel periodo gennaio-marzo 2002, sono stati elaborati solo i dati relativi a 1805 pazienti (quelli presentatisi al Naga per la prima volta).  
 I non iscritti al SSN sono praticamente la totalità.





## Dati socio-demografici

### Sesso (fig.3)

I maschi rappresentano poco più del 58%. I dati mostrano un progressivo aumento dell'immigrazione femminile accentuatosi negli ultimi due anni.

Dall'analisi delle principali etnie, (fig. 4) risulta una accentuata presenza femminile nel ceppo latino-americano: (Ecuadoregne e Peruviane), e fra i Filippini e gli Ucraini; netta prevalenza maschile per Marocchini, Egiziani, Albanesi, Singalesi e Senegalesi.

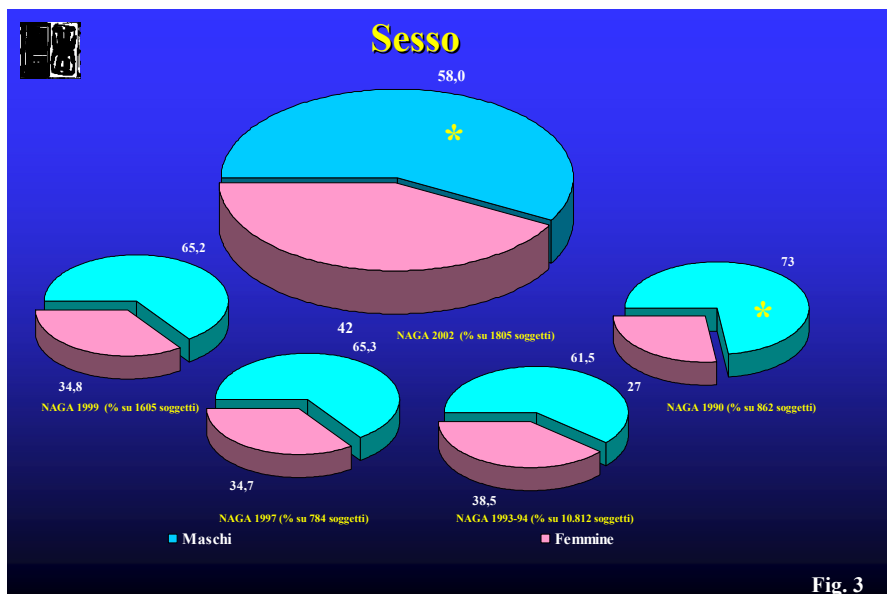


Fig. 3

### Età (fig.5)

Nel gruppo fra i 15 ed i 45 anni sono compresi l'89,1% dei soggetti, in analogia con quanto rilevato negli anni scorsi; addirittura il 25% dei nostri pazienti ha un'età compresa fra i 15 e i 24 anni: si tratta di una popolazione migrante estremamente giovane.

Esaminando poi i dati riferiti alle singole etnie (fig. 6), si nota come l'immigrazione dall'Egitto e soprattutto dal Marocco, sia costituita da una popolazione particolarmente giovane; più anziani della media i Singalesi e gli Ucraini.

(Dalla lettura dei nostri dati sembra che i bambini siano praticamente assenti fra gli immigrati: si tratta di un errore di omogeneità del nostro campione: dal 1998 tutti i bambini che si presentano al Naga vengono direttamente indirizzati agli ambulatori

pubblici che se ne fanno carico in base alla legge e quindi da noi non sono più registrati).

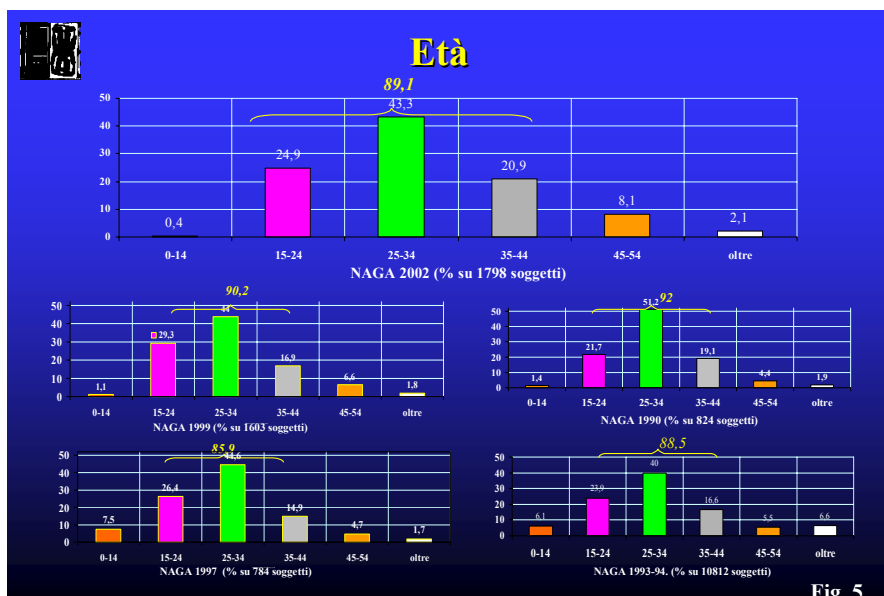


Fig. 5

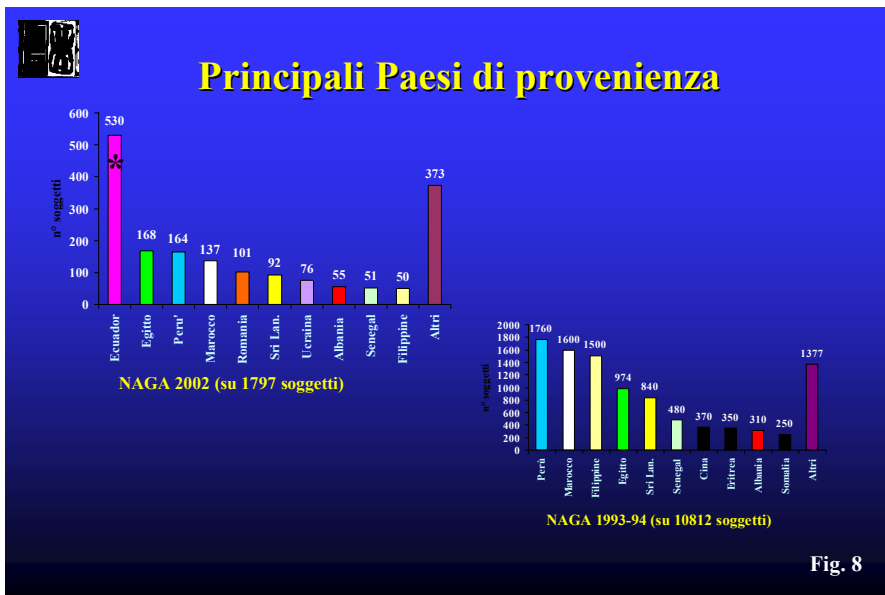
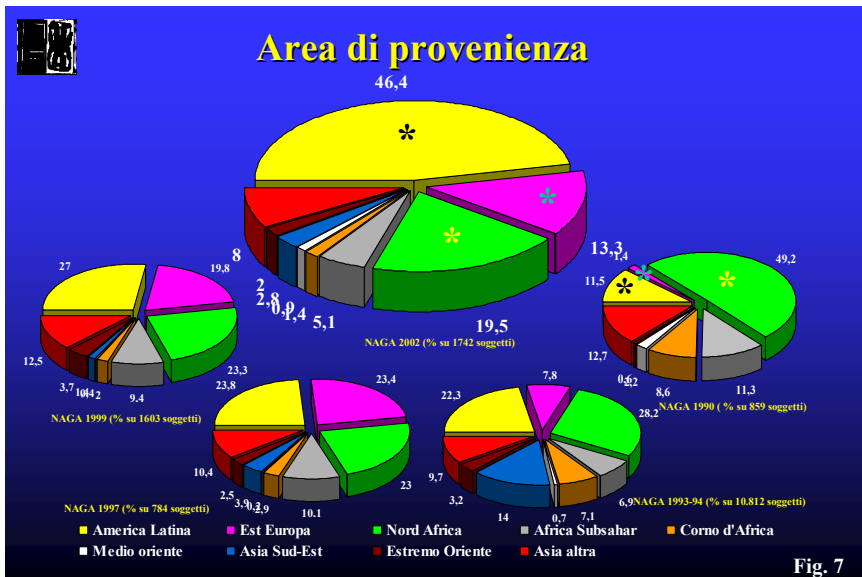
### Provenienza (fig.7 e 8)

Ancora in netto aumento l'immigrazione dall'America Latina, soprattutto da Ecuador e Perù; si tratta di più del 45% della popolazione da noi esaminata e continua a rappresentare, per la zona di Milano, l'area di maggior immigrazione irregolare.

In flessione l'immigrazione dall'Europa dell'est (dal 23% del 1997 al 13% del 2002), dopo un trend positivo registrato fino al 1997.

Persiste costante la riduzione, in percentuale, dell'immigrazione dai Paesi dei Nord Africa (dal 23% del 1999 all'attuale 19,5 %).

Per quanto riguarda le singole etnie, ai primi 5 posti rileviamo nell'ordine Ecuador, Egitto, Perù, Marocco e Romania (che assieme rappresentano oltre il 60% dell'intero campione). Se confrontiamo i nostri dati attuali con quelli del 1993-94, notiamo che Filippine e Sri Lanka non sono più presenti nei primi cinque. L'immigrazione dall'Ecuador, ridottissima nel 1995, è ora al primo posto, per lo meno tripla rispetto a tutte le altre. Pressochè costante, in percentuale, l'immigrazione da Marocco ed Egitto in netto calo quella dal Corno d'Africa (Somalia, Etiopia ed Eritrea).



**Epoca di arrivo in Italia (fig.9)**

Il 76 % è in Italia da meno di 2 anni e addirittura il 54% da meno di 15 mesi. Solo il 4% è presente da più di 5 anni senza mai essersi regolarizzato.

I dati confermano che si tratta nella gran parte di un'immigrazione molto recente.

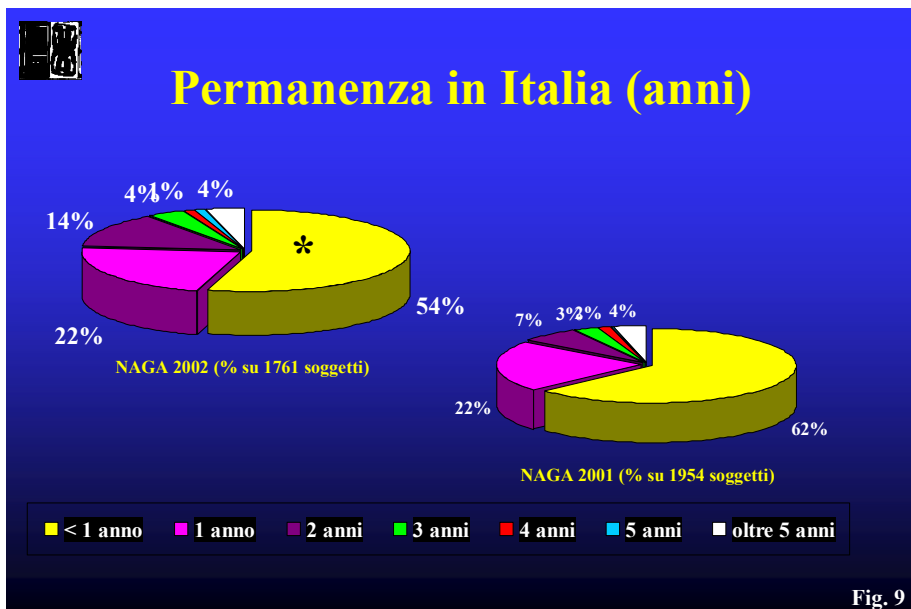


Fig. 9

**Lingua (fig. 10)**

L'italiano è parlato da più del 75% degli immigrati irregolari; il dato è in netto miglioramento rispetto agli anni scorsi.

Solo il 10% non parla lingue straniere.

All'interno delle singole etnie (fig. 11), rileviamo come il 62% dei cinesi parli solo la lingua madre, così come il 28% degli Ucraini ed il 26% dei Rumeni.

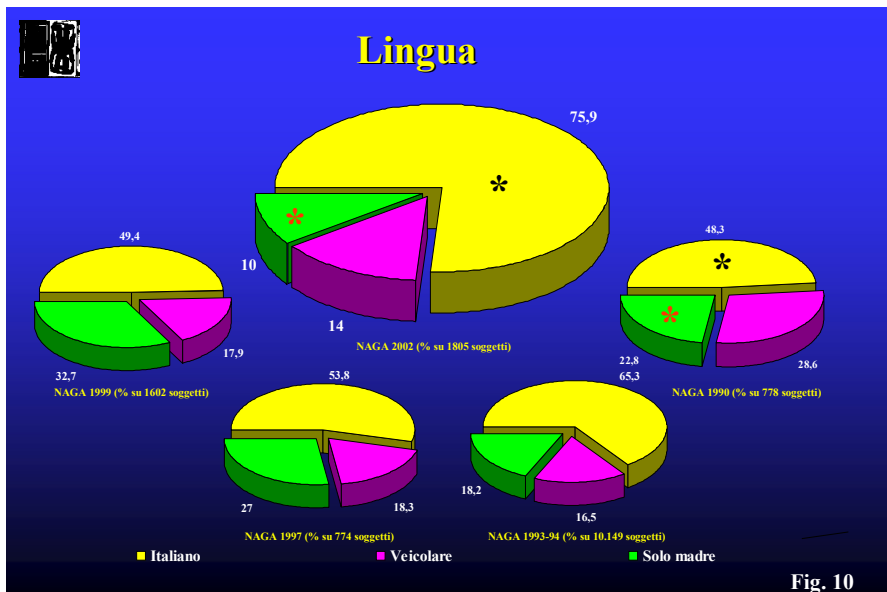


Fig. 10

**Istruzione** (fig. 12)

Quasi il 50% degli immigrati irregolari è in possesso di un diploma di scuola media superiore o di una laurea; il dato è in leggero peggioramento rispetto ai dati precedenti.

L'analfabetismo si riduce ulteriormente dal 6,3% del 1993 all'attuale 3,3%; persiste soprattutto fra i Marocchini; fra i più istruiti (fig. 13): Filippini, Ecuadoregni, Egiziani e Peruviani.

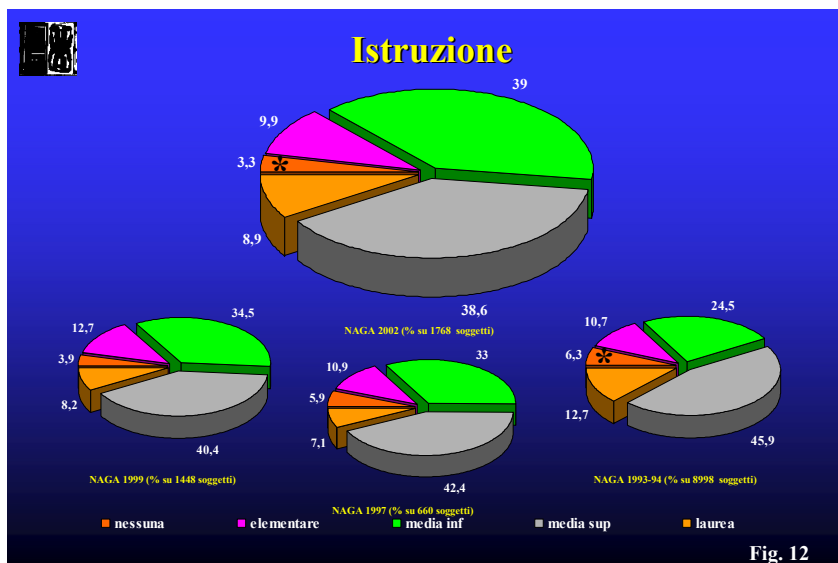


Fig. 12

**Abitazione** (fig. 14)

I soggetti senza fissa dimora, o che vivono in insediamenti abusivi, sono ulteriormente diminuiti: in percentuale dal 6,3% del 1999 al 5,2%. Si tratta soprattutto di Marocchini ed in minor numero di Romeni e Ucraini.

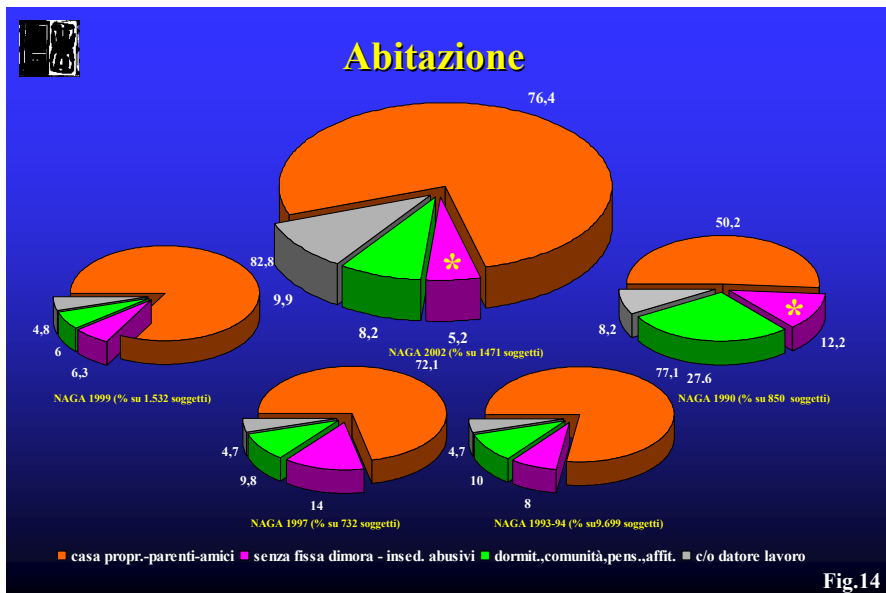


Fig.14

**Attività lavorativa attuale** (fig. 15)

La disoccupazione è ancora scesa: dal 49,7% del 1999 all'attuale 42,4%: si tratta di una significativa differenza che fa seguito alla tendenza già evidente nel periodo 1997-1999.

La maggior disoccupazione viene riscontrata fra i Marocchini e i Rumeni (fig. 16); Filippini, Ucraini ed Ecuadoregni sono quelli che hanno attualmente una minore disoccupazione.

Le donne risultano avere un indice di disoccupazione più basso (fig. 17), rispetto agli uomini.

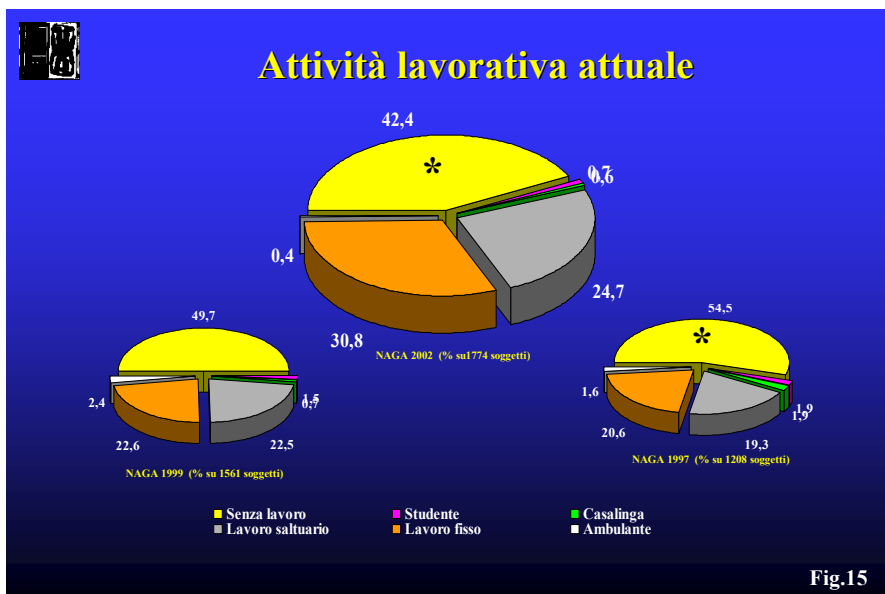


Fig.15

### Dati sanitari

Il numero totale degli episodi di malattia nel periodo 1 gennaio – 31 marzo 2002, nei pazienti che si rivolgevano per la prima volta ai nostri ambulatori, è stato 1580 e si riferisce a 1420 pazienti (come si vede, alcuni di essi hanno avuto più di un episodio di malattia nel periodo considerato). 166 è infine il numero totale dei “codici V”: rappresenta il 9,5% del totale dei 1746 “motivi di visita” (= diagnosi + codici V), in una popolazione comprendente 1554 pazienti.

Come si può notare nella fig.18, gli episodi globalmente considerati si distribuiscono in maniera numericamente diversa a secondo dell’ apparato: prevale l’interessamento di 3 apparati: respiratorio 18,4%, osteomuscolare 11,9% e digerente 8,9%; seguono le malattie psichiche 6,4% e quelle infettive e parassitarie 6,1%. Per quanto concerne i “codici V”, (fig.19), i consigli sulla contraccezione orale e i controlli per la gravidanza normale costituiscono i due motivi di visita più frequenti (2,8% e 2,5% del totale).

Gli 8 sintomi e le 8 diagnosi più frequenti sono evidenziati nelle figure 20 e 21. I disturbi più comuni che portano i pazienti a rivolgersi al Naga sono nell’ordine rachialgie, dolori addominali, problemi di contraccezione, cefalea, tosse e ferite. Le diagnosi più comuni riguardano le infezioni delle vie aeree superiori, la gastroduodenite, le problematiche legate alle richieste di aborto, la scabbia e le micosi cutanee, le problematiche della gravidanza fisiologica e gli stati d’ansia. Si riscontrano analogie con i dati degli anni precedenti (1993-94) solo per le “diagnosi più comuni”: qui i dati appaiono abbastanza sovrapponibili, salvo per il considerevole aumento delle richieste di aborto e degli stati d’ansia. Del tutto differenti appaiono i

“più frequenti motivi di richiesta visita” attuali, rispetto ai dati 1993-94: in questi ultimi l’astenia risultava assolutamente predominante mentre ora rachialgie e dolori addominali sono le cause più frequenti di richiesta di visita.

L’adozione per i dati sanitari della classificazione ICD – 9 – CM al posto della classificazione ICPC (Lamberts 11), da noi utilizzata fino al 2001, rende invece impossibile fare raffronti con i dati degli anni precedenti per quanto riguarda i raggruppamenti fra malattie, poichè gli **insiemi** non sono più analoghi.

Dall’analisi incrociata (fig 22) dell’incidenza nelle 5 etnie più rappresentate (Ecuador, Egitto, Perù, Marocco e Romania), dei 5 gruppi più frequenti di malattie nella nostra popolazione (malattie respiratorie, osteomuscolari, digestive, psichiche e infettive), ricaviamo alcuni scostamenti dalle medie attese assai evidenti e significative:

- gli Ecuadoregni presentano una frequenza di patologie psichiche (ansia) superiore del 20% all’attesa;
- i Peruviani si mantengono sui valori medi;
- i Marocchini presentano un’incidenza di malattie infettive e parassitarie più che doppia della media attesa e un’incidenza di patologie osteoarticolari superiore del 60%;
- i Rumeni presentano incidenze di patologie osteoarticolari e psichiche significativamente minori;
- gli Egiziani infine restano sui dati medi , salvo per le patologie psichiche, nettamente ridotte.

Per quanto concerne la malattia tubercolare, abbiamo osservato un caso conclamato di TBC infiltrativa del polmone e 13 casi altamente sospetti, che abbiamo inviato al Centro di Prevenzione Antitubercolare del Comune. Nella nostra casistica attuale questa grave patologia presenta dunque un’incidenza comunque inferiore all’1%. Più del 40% dei soggetti appartiene all’etnia peruviana.

### **Prime conclusioni**

Premettiamo un’osservazione sull’omogeneità del nostro campione di popolazione: se da un lato abbiamo riscontrato che gli immigrati irregolari assistiti dal Naga costituiscono il 40 % dell’intera popolazione presente nell’area milanese, dobbiamo però ricordare che l’accesso al Naga avviene tramite un “passa parola” fra gli immigrati stessi, quindi interi nuclei possono non essere rappresentati.

*Al di là di questo, risulta comunque evidente come la regolarità di rilevazione dei nostri dati nel tempo ci permetta ora di fare facili ed intuitivi raffronti fra la situazione migratoria dagli anni '90 e quella attuale e di individuarne le tendenze.*

Significativo appare l’incremento della presenza femminile che dal 27% del 1990 è passata via via all’attuale 42%. Il fenomeno è stato indubbiamente favorito sia dall’aumento delle opportunità di lavoro per la donna, sia dal crearsi di situazioni più favorevoli al ricongiungimento familiare.



A proposito poi della prevalenza di maschi o di femmine all'interno di una determinata etnia, i nostri dati sono in sintonia con quelli riportati dall'Ufficio Stranieri del Comune di Milano (2) per il 2001: anche qui si riscontra una forte connotazione maschile nel gruppo dei Senegalesi (95,2%) e dei Marocchini (73,6%), prevalenza femminile (72,4%) fra i Peruviani.

I nostri dati evidenziano l'età particolarmente giovane dell'attuale popolazione migrante: da una rielaborazione complessiva, risulta che quasi il 70% ha meno di 35 anni. Dai dati dell'Ufficio Stranieri del Comune di Milano, solo il 52% degli immigrati regolari a Milano ha un'età minore di 35 anni (6): la differenza è spiegabile sia con il mutare delle ondate migratorie, sia con il fatto che la popolazione da noi osservata (composta solo da immigrati irregolari), è giunta in Italia solo da pochissimo tempo.

- Per quanto concerne le aree di provenienza degli immigrati, appare netto e progressivo l'incremento della popolazione proveniente dall'America Latina (dall'11 % del 1990 al 46,4%); significativo anche l'aumento dai Paesi dell'Europa dell'est, anche se decisamente ridotto negli anni più recenti. Contemporaneamente si nota un calo dell'immigrazione dall'Africa del nord e dal Corno d'Africa.
- Esaminando i singoli Paesi di origine appare evidente la prevalenza dell'Ecuador: da lì proviene poco meno di 1/3 di tutta la popolazione recentemente immigrata clandestinamente nell'area milanese. Si tratta soprattutto di donne che probabilmente trovano lavoro come domestiche o nell'assistenza degli anziani.

I nostri dati, rilevati come si è detto su una popolazione di recentissima immigrazione, probabilmente “precedono” quelli successivamente evidenziabili sul totale della popolazione straniera iscritta all'anagrafe del Comune di Milano (132.676 soggetti per il 2001). Fra questi non si registra ancora la prevalenza di immigrati dall'Ecuador, mentre appare ancora dominante l'immigrazione dall'estremo oriente (Filippine 20.436 soggetti e Cina 10.271 soggetti – I° e III° nucleo)(2), da noi attualmente osservata in calo.

- Dalla valutazione della data di arrivo in Italia si può notare come si tratti di un'immigrazione molto recente: più della metà risulta essere arrivato qui da meno di un anno.

Il 75% della popolazione osservata parla la lingua italiana. Il dato è notevole se si ricorda che si tratta per la maggior parte di immigrati giunti nel nostro Paese da pochi mesi. Il numero di coloro che parlano solo la lingua madre non supera il 10%. Ciò può essere molto importante nell'impostazione di programmi rivolta agli immigrati: la necessità di mediazione linguistica è senz'altro ridotta e mirata.

Gravi problemi di comunicazione sono prevedibili per la comunità cinese, che, come si è visto, parla solo la lingua madre nel 62%.

- Pur restando assai elevato il livello di istruzione nella popolazione immigrata da noi osservata (il 48,5% si dice in possesso di un titolo di studio

superiore), appare in calo rispetto ai dati dei 1993-94 (66%). Non abbiamo ancora individuato un fattore che spieghi questa tendenza, anche se in parte può essere dovuta alla più giovane età delle recenti ondate migratorie.

L'analfabetismo risulta attualmente ridotto al 3,3%, in lieve costante calo.

- Riguardo all'abitazione, possiamo osservare come sia diminuito il numero di coloro che vivono negli insediamenti abusivi o in condizioni di assoluta precarietà. Pure in calo sono coloro che usufruiscono dei dormitori: ciò consegue direttamente dalla chiusura imposta negli anni scorsi alla maggior parte di queste strutture.
- In costante riduzione appare il numero dei disoccupati rispetto al 1997.

### **I dati sanitari evidenziano:**

Assenza di malattie "tropicali o esotiche" o comunque caratteristiche dei paesi del terzo mondo

- Fra le malattie rilevate nell'ambulatorio Naga prevalenza di: malattie acute dell'apparato respiratorio [faringo-laringiti, sindromi influenzali, tonsilliti], malattie dell'apparato muscolo-scheletrico [lombalgie e cervicalgie], malattie dell'apparato digerente [gastroduodeniti, disturbi della funzionalità gastrica, patologie dentarie], in aumento le patologie legate all'ansia; questo gruppo di malattie è in analogia con quello presente nelle fasce meno abbienti della popolazione italiana là ove più facilmente si registra povertà, disagio abitativo - alimentare e lavoro precario.
- Dalla nostra analisi sull'incidenza delle più frequenti patologie nelle diverse popolazioni si evidenzia come certe etnie, come gli Ecuadoregni, costituite in maggioranza da donne per lo più sole, risultino mediamente sane, ma più frequentemente soggette a sindromi ansiose. Negli immigrati dal Marocco, che vivono solitamente in condizioni di particolare disagio, le malattie infettive e osteoarticolari sembrano assai più diffuse, mentre popolazioni più facilmente integrate, come Egiziani e Rumeni, presentano in generale un livello di salute decisamente migliore.
- L'elevata frequenza della malattia tubercolare nella popolazione immigrata rappresenta tuttora un problema sanitario aperto. "In Italia l'incidenza di TBC fra gli immigrati è di 62 casi su 100.000, ovvero 7 volte superiore alla popolazione autoctona (8,7/100.00). Questi dati ottenuti dall'OMS, sono in linea con quelli forniti dall'Istituto superiore della sanità per la Lombardia. Dai dati del CPA di Milano, risulta che gli immigrati sono l'unica frangia della popolazione in cui persiste un aumento dell'incidenza. Negli anni 1993-94 sono stati visitati presso il Naga 10.812 nuovi pazienti. Di questi 62 sono risultati affetti da TBC (0,6/100 circa)" (Bandera 4). Anche allora il Perù, assieme al Senegal, rappresentava il paese di origine di gran lunga predominante. La frequenza attuale, poco significativa per le ridotte di-

mensioni del campione, non si discosta da quella evidenziata nella precedente rilevazione.

- Dai nostri dati non è possibile stabilire un confronto corretto fra l'incidenza delle malattie negli immigrati irregolari rispetto alla popolazione italiana, in quanto, mentre nella popolazione italiana le malattie vengono espresse in "numero dei casi per abitanti" nella popolazione immigrata irregolare è solo possibile esprimere il "numero dei casi per pazienti dell'ambulatorio" essendo approssimativo il numero totale degli immigrati irregolari sani cui riferirsi ed essendo la rilevazione della malattia non sistematica, ma estesa solo a chi, in mancanza di un'assistenza sanitaria nazionale, si presenta spontaneamente agli ambulatori del volontariato. E' possibile però confrontare questi dati con quelli di altri ambulatori che lavorano su popolazioni analoghe alla nostra: (Ambulatorio Caritas-Roma) (2000, elaborazione ICD-9) (Caritas 9): i primi tre gruppi di malattie (respiratorie, muscoloscheletriche e digestive) sono uguali e con percentuali di incidenza simili.
- Il campione di popolazione immigrata irregolare, frequentatore dell'ambulatorio Naga non è omogeneo, ma fortemente ridotto in alcune componenti: minori, gravide, infettivi (soprattutto TBC e AIDS) e malati cronici da tempo sono indirizzati direttamente agli ambulatori pubblici, in base ai diritti acquisiti con le attuali leggi in tema di immigrazione e sanità. Anche i tossicodipendenti e gli alcolisti sono inviati direttamente ai Centri pubblici appositi; i portatori di patologie odontoiatriche vengono avviati ad altre strutture del volontariato milanese che hanno specifiche competenze. Da questo si comprende come, nelle nostre casistiche, determinate patologie siano assai scarsamente rappresentate.

Da una preliminare analisi incrociata dei nostri dati si conferma quanto si era già delineato negli anni scorsi: le situazioni di maggior disagio si riscontrano fra gli immigrati irregolari provenienti dal Marocco, in particolare uomini, la maggioranza dei quali si è dichiarata disoccupata, si tratta di soggetti giovani, molti dei quali senza fissa dimora, o con alloggio presso insediamenti abusivi, che conosce poco le lingue straniere, possiede un basso livello di istruzione, presenta un elevato rischio per malattie infettive e per patologie osteoarticolari. Al contrario, le condizioni più favorevoli appaiono quelle degli Ecuadoregni: in maggioranza donne, non molto giovani, in possesso comunque per lo meno di una lingua veicolare, con una buona istruzione, in situazioni abitative più confortevoli, con un'occupazione stabile e uno stato di salute nella media, salvo per un eccesso di sindromi d'ansia; condizioni analoghe a quelle delle Ecuadoregne si riscontra per le Filippine.

Dal confronto fra quanto emerge dalla nostra ricerca e quanto è stato pubblicato nel "Dossier statistico immigrazione 2001" dalla Caritas, (relativo ai dati Caritas-Ministero dell'Interno per l'anno 2000, riferito però solo agli immigrati regolari) [Caritas (7)], abbiamo riscontrato:

- una concordanza riguardo all'incremento dell'immigrazione femminile, che ha raggiunto sul piano nazionale il 45,8 % [ 42% dai nostri dati].
- una concordanza nell'aumento dell'immigrazione più recente dalle aree dell'America Latina e del calo dell'immigrazione dal Nord Africa.
- peculiare per la zona di Milano sembra essere invece la grossa percentuale di immigrati dall'Ecuador, (impiegati nei servizi),che non trova riscontro a livello nazionale, così come l'importante quota di immigrati dal Bangladesh e dall'India (occupati negli allevamenti) registrata a livello nazionale e non confermata dai nostri dati, riferiti alla sola città di Milano. "La distribuzione delle prime nazionalità di provenienza,permette di cogliere alcune interessanti caratteristiche dovute sia alla diffusione delle catene migratorie, sia alle diverse richieste espresse dal locale mercato del lavoro" (8).

Una delle possibili osservazioni conclusive di quest'analisi di dati e di situazioni riguarda la scarsità dei paragoni da noi citati fra questi risultati e altri raccolti in città diverse o a livello nazionale, e le differenze fra questi dati e altri ufficiali (ISTAT, Caritas ecc.). E ancora la differenza fra questi dati e quelli "noti a tutti" e "giornalistici": ad esempio noi riscontriamo a Milano, fra gli immigrati irregolari, una schiacciante maggioranza di Ecuadoregni (quasi il 30%), mentre dai giornali sappiamo che sbarcano soprattutto Curdi, Albanesi e Pakistani.

La risposta a queste domande si articola in diversi punti:

Le statistiche più note si riferiscono a differenti categorie di immigrati, ed in gran parte agli immigrati regolari (assai più facilmente "quantizzabili"), mentre la nostra è mirata esclusivamente agli irregolari (per definizione molto meno valutabili).

- Gli immigrati irregolari sono solitamente arrivati in tempi più recenti rispetto ai regolari: appartengono quindi ad ondate migratorie differenti, anche per provenienza.
- Le diverse etnie di immigrati si localizzano sul territorio della nazione ospitante a secondo delle richieste di mano d'opera e delle catene migratorie: si è già accennato alla richiesta di collaboratrici domestiche nelle città (quindi Ecuadoregne, Filippine,Ucraine), rispetto alle esigenze delle campagne (Pakistani, Indiani), o delle aree industriali (Egiziani, Rumeni, Albanesi),
- La politica migratoria "scelta" dall'Italia si basa di fatto sulle regolarizzazioni periodiche dei lavoratori-immigrati (sanatorie), piuttosto della progressiva naturalizzazione dei lavoratori "in nero" (Francia) o di una realistica organizzazione dei flussi (Germania). Quindi in Italia, più che altrove, si riscontrano flussi incostanti per numero e provenienza, soprattutto fra gli immigrati irregolari.
- La posizione geografica dell'Italia (porta dell'Europa) fa sì che, accanto ad una popolazione di immigrati ormai regolari, di provenienza piuttosto mista, vi sia una popolazione di irregolari, spesso solo in transito, proveniente da alcune aree straniere in quel dato momento particolarmente in crisi (economica o politica).

- Le statistiche sugli immigrati irregolari sono rare: solo poche associazioni di volontariato sono realmente a contatto con significativi agglomerati e non hanno comunque fra i loro scopi primari l'analisi della popolazione da aiutare. Spesso poi la raccolta dei dati (quasi sempre "locali"), non viene fatta secondo criteri che permettano confronti e generalizzazioni.

Comunque queste analisi sugli immigrati irregolari, pur presentando apparentemente risultati disomogenei, hanno una indiscutibile validità soprattutto a livello locale, là dove evidenziano problematiche particolari legate ad una particolare etnia "maggiormente presente" su quel territorio.

## **Bibliografia**

Bandera L.: La salute degli extracomunitari - L'esperienza del Naga

1. Vanvitelli 32. 15: 1-2; 1993B.Murer, Ufficio Stranieri Comune di Milano. Dati gennaio 2002. (In corso di pubblicazione)
2. M.Todisco. Osservatorio di Milano. (Dati non ancora pubblicati)
3. Bandera L.,Candelise L.: Pazienti immigrati diversi per patologia uguali per bisogni. Occhio clinico. 7: 41-43; 2000.
4. Olivani P. et al.: Indagine sulla popolazione extracomunitaria, dati socio demografici e sanitari. Atti VI Consensus Conference Palermo 2000; 195-202.
5. Ufficio Stranieri Comune di Milano. Stranieri in Italia e a Milano in cifre. Gennaio 2001.
6. Caritas di Roma: Immigrazione dossier statistico 200I. Antarem.
7. Caritas di Roma: Immigrazione dossier statistico 2000. Antarem.
8. Caritas di Roma: Dati non pubblicati.
9. Ministero della Sanità. Classificazione delle malattie, dei traumi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche. 2001. Istituto Poligrafico e zecca dello Stato.
10. Lamberts H et al. The international classification of primary care in European Community. Londra: Oxford University Press. 1993

Corresponding address:

Dr. Pierfranco Olivani

c/o NAGA, v. Bligny 22 - 20136 - Milano

e-mail: [p.olivani@tiscali.it](mailto:p.olivani@tiscali.it)

Dr.Betty Fantola

c/o NAGA, v.Bligny 22 – 20136 – Milano

e-mail: [elisabetta.fantola@rcm.inet.it](mailto:elisabetta.fantola@rcm.inet.it)

Dr.Grazia Cantoni

c/o NAGA, v.Bligny 22 – 20136 – Milano

Dr.Angela D'Angelo

c/o NAGA, v.Bligny 22 – 20136 – Milano

## LO STATUS GIURIDICO DEL PAZIENTE EXTRACOMUNITARIO ALLA LUCE DELLE NORMATIVE VIGENTI.

### Riflessioni e proposte

*Paolo Cernuschi, Anna Maria Stola, Silvia Bondini*

Al medico che esercita la professione in Italia accade, prima o poi, di dover imbat-  
tersi in cittadini residenti in Paesi esteri, europei o non.

#### **Il Codice Deontologico**

Il Codice Deontologico non ha mai stabilito particolari comportamenti da tenere, limitandosi fin dalla sua prima stesura, avvenuta oltre un secolo fa, alle più generiche norme di etica medica.

Attualmente la Deontologia medica, alla cui osservanza abbiamo l'obbligo disciplinare di attenerci scrupolosamente, ricorda che

*Dovere del medico è la tutela della vita. Della salute fisica e psichica dell'Uomo e del sollievo della sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana, senza discriminazione di età, di sesso, di razza, di religione, di nazionalità, condizione sociale, di ideologia in tempo di pace come in tempo di guerra, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera. ( art. 3 C.D).*

E' da notare che l'ampiezza della raccomandazione e della sua applicazione è universale, senza alcuna limitazione fideistica, razziale, socio-economica o ideologica. Lo svolgimento della attività di medico, pur nel rispetto del minimo tariffario, può contemplare anche eccezioni significative: infatti

*Il medico può, in particolari circostanze prestare gratuitamente la sua opera, purché tale comportamento non costituisca concorrenza sleale o illecito accaparramento di clientela (art 52 C.D.)*

In ottemperanza a questi obblighi deontologici, il medico che cura pazienti immigrati, deve, allo stato attuale della legge, essere consapevole del quadro normativo e sociale nel quale la sua opera è inserita.

Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005- analisi epidemiologica e dei bisogni

Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 analizza lo status della immigrazione nel Paese. Circa il 3% della popolazione residente (media europea 5%) è straniero, prevalentemente

<40 anni	67%
di sesso maschile	55%
di provenienza maghrebina	29%
di provenienza esteuropea	27%

Attualmente si sta sviluppando il fenomeno del ricongiungimento familiare  
la nascita di bambini da almeno un genitore straniero  
la crescente incidenza della I.V.G. (oltre 20 000 nel 1998)

l'incidenza di patologie perinatali  
l'incompleta assistenza pediatrica, neonatale e prescolare  
Le patologie più frequenti in questa parte della popolazione, seconda l'analisi del DRG, sono  
Le patologie traumatiche  
Patologie infettive, in particolare MTS , HIV e TBC  
Patologie connesse alla gravidanza

L'obiettivo è pertanto ottenere  
Una migliore copertura vaccinale  
Una migliore profilassi delle patologie infettive

Piano Sanitario Regionale della Regione Emilia Romagna- alcune considerazioni.  
*Una forte immigrazione di provenienza extracomunitaria pone grandi problemi di accoglienza, di fornitura di servizi, d'integrazione sociale e di convivenza civile. La composizione di queste correnti migratorie sotto il profilo della provenienza, età, sesso, livello di qualificazione scolastica e lavorativa rappresenta sicuramente una delle variabili che condizioneranno maggiormente l'evoluzione dell'offerta di servizi sanitari. L'immigrazione è infatti portatrice di culture e bisogni non omogenei a quelli della popolazione residente, che comportano la necessità di diversificare i servizi offerti in rapporto alle diverse necessità, aspettative e preferenze dei diversi gruppi di popolazione presenti nella regione. ( piano sanitario regionale E.R.)*

Oltre a ciò spesso lo straniero incontra scarsa elasticità e comprensione (sia da un punto di vista letterario che informativo..) a tal punto che sarà sempre più necessario identificare un profilo professionale medico specializzato che sia puntualmente aggiornato con le normative vigenti.

### **La legge**

Le leggi relative alla immigrazione, il regolamento attuativo e la successiva riforma (c.d. Legge Bossi-Fini) prevedono che

- È considerato straniero colui che non ha cittadinanza italiana o dei paesi dell'U.E.
- Lo straniero
  - deve osservare le normative vigenti
  - Gode dei diritti fondamentali della persona umana
  - Ha parità di trattamento per la tutela dei diritti legittimi
  - Accede ai pubblici servizi nei modi previsti dalla legge
  - Se regolarmente soggiornante gode dei diritti civili
  - Deve poter ricevere atti tradotti in una lingua a lui comprensibile



(Decreto legislativo 25 LUGLIO 1998 n. 286)

- Non è ammesso in Italia lo straniero che sia considerato una minaccia per l'ordine pubblico o la sicurezza dello Stato o di uno dei Paesi con i quali l'Italia abbia sottoscritto accordi, (...) ovvero per reati inerenti gli stupefacenti, la libertà sessuale, il favoreggiamento dell'immigrazione clandestina verso l'Italia e dell'emigrazione clandestina dall'Italia verso altri Stati o per reati diretti al reclutamento di persone da destinare alla prostituzione o allo sfruttamento della prostituzione o di minori da impiegare in attività illecite (Legge 30 luglio 2002, n. 189 Modifica alla normativa in materia di immigrazione e di asilo, c.d. Legge Bossi-Fini)

D.Lgs. 25 luglio 1998, n. 286 “Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero” –Disposizioni in materia di assistenza sanitaria

Il cittadino extracomunitario non in regola con il permesso di soggiorno

Nel caso in cui lo straniero non sia in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno (esempio: cittadini con permesso di soggiorno scaduto, clandestini, etc.) vengono assicurate, in forma anonima e senza alcuna segnalazione alla autorità, alcune tipologie di prestazioni sanitarie. In particolare si utilizza un codice numerico anonimo, detto STP, che serve esclusivamente alla rendicontazione anonima delle prestazioni senza alcuna segnalazione alle autorità (salvo specifico obbligo di legge, es: referto alla autorità giudiziaria, etc.)

L'art. 35, commi 3, 4, 5 e 6 del T.U. e l'art. 43, commi 2, 3, 4, 5 e 8 del Regolamento di attuazione disciplinano l'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno. agli stranieri sopraindicati sono assicurate, nelle strutture pubbliche e private accreditate del SSN, le seguenti prestazioni sanitarie:

- 1) cure ambulatoriali ed ospedaliere, urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio;
- 2) interventi di medicina preventiva e prestazioni di cura ad essi correlate, a salvaguardia della salute individuale e collettiva, individuati nei punti
  - a) tutela della gravidanza e della maternità ai sensi delle Leggi 29/7/1975 n. 405 e 22/5/1978 n. 194 e del D.M. 6/3/1995 (G.U. 87 del 13/4/1995) e successive modificazioni ed integrazioni;
  - b) tutela della salute del minore in esecuzione della Convenzione di New York del 20/11/1989, ratificata con legge 27/5/1991 n. 176;
  - c) vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di prevenzione collettiva autorizzati dalle Regioni;
  - d) interventi di profilassi internazionale ;

- e) profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai.

(circolare n° 5 assessorati regionali Sanità 24 marzo 2000)

Le prestazioni sono erogate senza oneri a carico dei richiedenti qualora privi di risorse economiche sufficienti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa a parità con i cittadini italiani. L'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola con le norme sul soggiorno non può comportare alcun tipo di segnalazione all'autorità, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano.

*Se l'extracomunitario è regolarmente soggiornante*

Gli stranieri sono regolarmente soggiornanti se, in possesso di valido permesso di soggiorno sono iscritti nelle liste di collocamento o

hanno un regolare rapporto di lavoro

hanno chiesto un rinnovo del titolo di soggiorno per lavoro o asilo politico abbiano chiesto il rinnovo del titolo di soggiorno per lavoro subordinato, per lavoro autonomo, per motivi familiari, per asilo politico, per asilo umanitario, per richiesta di asilo, per attesa adozione, per affidamento, per acquisto della cittadinanza.

#### **Anche i familiari a carico sono regolarmente soggiornanti**

Hanno l'obbligo di iscrizione al servizio sanitario nazionale e hanno parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti e doveri rispetto ai cittadini italiani per quanto attiene all'obbligo contributivo, all'assistenza erogata in Italia dal servizio sanitario nazionale e alla sua validità temporale:

può richiedere l'iscrizione al SSN ove residente (o dimorante secondo il permesso di soggiorno).

L'iscrizione volontaria al servizio sanitario nazionale può essere altresì richiesta dagli stranieri soggiornanti in Italia titolari di permesso di soggiorno per motivi di studio e sono tenuti a corrispondere per l'iscrizione al servizio sanitario nazionale, a titolo di partecipazione alla spesa, un contributo annuale forfettario negli importi e secondo modalità previste

*I viaggi della speranza*

Il cosiddetto "turismo sanitario" non esiste solo per gli italiani che si recano all'estero ma può avvenire anche in Italia.

#### **Esistono due casi**

##### **In teoria**

Nel caso in cui lo straniero valichi la frontiera e soggiorni per ricevere cure mediche in Italia (e l'eventuale accompagnatore) può ottenere uno specifico visto di ingresso ed il relativo permesso di soggiorno. A tale fine gli interessati devono pre-

sentare una dichiarazione della struttura sanitaria italiana prescelta che indichi il tipo di cura, la data di inizio della stessa e la durata presunta del trattamento terapeutico, devono attestare l'avvenuto deposito di una somma a titolo cauzionale, tenendo conto del costo presumibile delle prestazioni sanitarie richieste. (Articolo 34-36 , D.Lgs. 25 luglio 1998, n. 286)

### *Nella pratica più corrente*

Nel caso in cui il paziente non abbia svolto i versamenti suddetti (come peraltro credo capiti più frequentemente, specie per i casi più onerosi) la degenza viene erogata in ogni caso. Successivamente il rimborso della degenza, eseguito mediante DRG in regime LEA 3, viene richiesto, tramite il Ministero degli Interni, al governo d'origine.

Inutile dire che non sempre il Governo è un puntuale pagatore

Il DRG, criterio di rimborso assicurativo statunitense (peraltro in disuso) non può contemplare e prevedere quel *surplus* di impegno terapeutico e sociale che emerge nel corso di quei tipi particolari di ricoveri.

### **Esistono poi anche gli apolidi**

#### *Un caso particolare: le mutilazioni genitali*

Nello svolgimento della pratica medica con paziente extracomunitari avviene che i genitori chiedano per i loro figli l'esecuzione di alcune pratiche tribali, come

- La circoncisione
- L'infibulazione.

Anche recentemente è sui principali quotidiani sorto un dibattito che ha coinvolto filosofi o politici che hanno disquisito, ma non ancora risolto, il problema.

La circoncisione è, a volte, svolta in maniera relativamente cruenta (le cosiddette pseudodiagnosi di “fimosi” o “parafimosi”) ma ancora nell'ambito del SSN nelle strutture pubbliche o accreditate.

Altro è il caso della infibulazione, per la quale, tuttavia, non è ancora stato chiaramente normato il divieto.

Piace, pertanto, ricordare il Comitato Nazionale di Bioetica sollecitato dalla ASL di Reggio Emilia, e l'Arcispedale S.Maria Nuova che così si esprime alla fine degli anni novanta:

il CNB ritiene non di meno - e consapevolmente contro il parere di pur illustri antropologi - che nessun rispetto sia dovuto a pratiche, ancorché ancestrali, volte non solo a mutilare irreversibilmente le persone, ma soprattutto ad alterarne violentemente l'identità psico-fisica, quando ciò non trovi una inequivocabile giustificazione nello stretto interesse della salute della persona in questione. E' evidente che le pratiche di circoncisione femminile non sono poste in essere per ovviare a problemi

di salute né fisica, né psichica delle donne che le subiscono, anzi esse comportano gravi conseguenze negative sulla salute delle donne che ad esse vengono sottoposte. Il CNB non può quindi che ritenerle eticamente inammissibili sotto ogni profilo ed auspicare che vengano esplicitamente combattute e proscriette, anche con l'introduzione di nuove, specifiche norme di carattere penale.

Ovviamente la questione non è solamente di carattere sanitario ma anche e soprattutto una questione di cultura e di ideali

## **Inserto**

### **La circoncisione femminile**

Con questa espressione riassuntiva si fa riferimento a tre forme di mutilazione sessuale femminile, di diversa e progressiva gravità e invasività, la clitoridectomia, l'escissione e l'infibulazione, tutte obiettivamente finalizzate a impedire l'orgasmo femminile durante l'atto sessuale e quindi ad alterare definitivamente, e in peius, l'esercizio della sessualità da parte della donna. Tali pratiche si riscontrano tuttora nell'Africa islamica, e in particolare nelle nazioni sub-sahariane, in Arabia, nelle Filippine, in Malaysia, in Pakistan e in Indonesia, sempre comunque in stretta connessione con la pratica della fede islamica; esse però non appaiono in tutti i paesi islamici, non avendo alcun fondamento coranico (si può anzi fondatamente presumere che le popolazioni che le praticano le derivino da culture precedenti alla loro islamizzazione). Per quanto molto antiche e radicate, le diverse pratiche di circoncisione femminile non sembrano rivestire alcun carattere propriamente religioso, né possono avere alcuna giustificazione dal punto di vista igienico e sanitario; esse peraltro sono giustificate, dalle popolazioni che le pongono in essere, con argomentazioni di tipo tradizionale (un esplicito tabù proibirebbe agli uomini di sposare donne non circoncese) o culturale (la circoncisione radicherebbe la sessualità femminile esclusivamente nella procreazione e favorirebbe così la difesa della castità coniugale, togliendo alla donna un istinto ritenuto in essa da reprimere, come quello del piacere sessuale). I vistosi fenomeni di immigrazione dall'Africa nel nostro paese, così come in altri paesi europei, che si sono moltiplicati in questi ultimi anni, ci hanno fatto prendere coscienza della diffusione di questa pratica, finora ben poco nota, e che crea evidentemente immensi problemi bioetici, anche perché essa è in genere non solo accettata, ma richiesta ed esigita dalle adolescenti che appartengono alle etnie nelle quali essa è comunemente posta in essere

### **Prospettive future e proposte**

Curare pazienti non europei è assai complesso sia per la crescente richiesta di salute sia per la progressiva rigidità del sistema.

## Si potrebbero perseguire alcuni obiettivi

- a) creazione di uno screening generale per la prevenzione di malattie infettive e trasmissibili di particolare rilevanza sanitaria (es: PPD test per lo screening di infezione da Mycobacterium Tuberculosis) in osservanza a quanto prescritto dai LEA che potrebbero essere esplicitamente estesi anche ai non indigeni
- b) identificazione di un garante sanitario per gli stranieri extracomunitari: in questo modo i sanitari avrebbero una figura di riferimento centrale che coordina, indipendentemente dai contesti locali, in maniera sempre più organica e uniforme
- c) partecipare direttamente alla programmazione sanitaria di ciascuna azienda e regione per poter definire i percorsi sanitari e socio-assistenziali più idonei
- d) semplificare le normative adeguandole a quelle già vigenti per i pazienti autoctoni uniformando le metodiche di erogazione. Una delle discipline di più frequente utilizzo è quella inerente la privacy.

## Considerazione conclusiva

Il medico sarà chiamato a svolgere, nel prossimo futuro, il ruolo di *difensore sanitario* sia nei confronti del singolo paziente sia nei confronti della comunità nella quale opera .

Lo straniero presente nel territorio italiano è comunque tenuto in generale: “all’osservanza degli obblighi previsti dalla normativa vigente. (D.Lgs. 25 luglio 1998, n. 286)”, e, nell’ambito sanitario in particolare, deve uniformarsi alle prescrizioni e al percorso sanitario e socio-sanitario prescritto.

E’ comune esperienza, infatti, che spesso l’individuo extracomunitario non sempre ottempera alle indicazioni determinando ‘uno spreco di risorse le cui entità sono in progressiva diminuzione. Non è corretto utilizzare inadeguatamente beni e servizi in certi contesti” (Prof. Becchi-).

L’appropriatezza diagnostica e terapeutica deve integrarsi con l’utilizzo oculato delle risorse .

## **Bibliografia**

Prof. Becchi. Lezioni per il Corso di formazione in Medicina Generale 2003-2006  
Codice Deontologico 1998  
Piano Sanitario Nazionale 2003-2005  
Piano Sanitario Regionale Regione Emilia Romagna  
D.Lgs. 25 luglio 1998, n. 286 “Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell’immigrazione e norme sulla condizione dello straniero” – Disposizioni in materia di assistenza sanitaria -  
Legge 30 luglio 2002, n. 189 "Modifica alla normativa in materia di immigrazione e di asilo  
Comitato Nazionale di Bioetica – i pareri del Comitato- la circoncisione : profili bioetici – 25 settembre 1998.

## LA NUOVA DISCIPLINA SULLA PRIVACY DEL PAZIENTE

*Anna Maria Stola, Paolo Cernuschi, Silvia Bondini*

*Premessa: il segreto professionale*

L'obbligo del segreto nel rapporto tra medico e paziente caratterizza la professione medica.

Esistono, tuttavia, alcuni casi nei quali il medico deve anteporre all'interesse del singolo paziente quello di altri pazienti, o della comunità intera, al fine di prevenire eventuali danni

In questi casi la deontologia affidava, fino agli anni '90, la scelta e l'onere della responsabilità al medico. Il precedente Codice Deontologico del 1995 recitava *'resta comunque al medico la valutazione sull'opportunità della deroga allorchè sia in grave pericolo la salute o la vita di terzi'* (Art 9).

Attualmente la nuova normativa obbliga il medico, salvo rarissime eccezioni, a relazionarsi con il Garante della Privacy, sottoponendo alla sua valutazione l'eventuale rivelazione del segreto trasmesso. Il codice deontologico, al punto 9, è assai chiaro al riguardo: in particolare definisce la natura dell'aspetto deontologico, le finalità del segreto e casi in cui questo debba essere eventualmente svelato

*Segreto professionale = il medico deve mantenere il segreto su tutto ciò che gli è confidato o che può conoscere in ragione della sua professione (art. 9 del codice deontologico). Il segreto professionale è fondamentale obbligo etico, deontologico e giuridico.*

Tale situazione è stata recepita del nuovo codice deontologico che diversamente da quello del 1998 non rimette più al medico l'opportunità di deroga dall'obbligo ma la domanda al Garante (3)

Il nuovo codice del 1998 prevede che il medico, previa autorizzazione del Garante, può rivelare in caso di grave pericolo notizie inerenti la salute o la vita di terzi. Infatti la diffusione dei dati idonei a rivelare lo stato di salute è vietata, salvo nel caso in cui sia necessaria per finalità di prevenzione, accertamento o repressione dei reati, con l'osservanza delle norme che regolano la materia.

Anche l'aggiornamento della disciplina sulla privacy, emanata nel 2003, conferma una certa discrezionalità.

Infatti, fermo restando l'obbligo del medico di acquisire per iscritto il consenso del paziente al trattamento dei dati personali idonei a rivelare il suo stato di salute o la vita sessuale, la legge stabilisce che:

Gli esercenti le professioni sanitarie e gli organismi sanitari pubblici, anche nell'ambito di un'attività di rilevante interesse pubblico ai sensi dell'articolo 85, trattano i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute: con il consenso dell'interessato e anche senza l'autorizzazione del Garante, se il trattamento riguarda dati e operazioni indispensabili per perseguire una finalità di tutela della salute o dell'incolumità fisica dell'interessato; anche senza il consenso dell'interessato e previa autorizzazione del Garante, se la finalità di cui alla lettera a) riguarda un terzo o la collettività.

### *Cenni storici*

Fatte salve le note deontologiche relative al rapporto tra medico e paziente, in occasione della legge di Istituzione del S.S.N. il legislatore volle definire e identificare due possibili situazioni:

- 1) Il rapporto tra paziente e medico di famiglia in ambito ambulatoriale
- 2) paziente ricoverato in un reparto ospedaliero

Il legislatore auspicava l' istituzione, per ciascun paziente da parte del medico di famiglia, di una *scheda sanitaria* che doveva essere

- 1) *Compilata del medico di medicina generale il quale doveva altresì preservarla da qualsiasi manomissione, alterazione, distruzione.*
- 2) *Facilmente reperibile e trasportabile* (nel caso in cui verosimilmente potesse servire ad altri medici o in altri ambienti che non fossero lo studio del medico curante)
- 3) *Salvaguardata assolutamente mediante il segreto professionale (1)*

L'istituzione della cartella clinica, che non era tuttavia un atto pubblico (verosimilmente per il fatto che non era ancora chiaro se il medico di famiglia fosse - o non- un pubblico ufficiale) era a tal punto auspicata che, nel caso in cui il paziente *non avesse accondisceso alla compilazione della stessa, sarebbe stato necessario annotare in essa anche il diniego (1)*

Nel secondo caso il Primario o il Direttore dell'ospedale assumevano la responsabilità della cartella clinica, della documentazione in essa contenuta e della raccolta delle informazioni che la costituivano.

---

### Inserto: alcune riflessioni sulla cartella clinica

*La cartella clinica è un insieme di documenti di carattere sanitario che interessano un individuo, la cui responsabilità verte sul Primario o sul Direttore dell'Ospedale. Tale responsabilità permane fino*



- 1) *alla dimissione*
- 2) *all'eventuale exitus*
- 3) *all'archiviazione*

*La natura della cartella clinica è quella di Atto pubblico compilata da P.U. o I. P. S., (1) pertanto chi la manometteva o alterava poteva incorrere nel reato di falsificazione di pubblica attestazione.*

---

Si consideri che non era prevista, all'epoca, una normativa chiara e così definita per le strutture poliambulatoriali o gli studi associati, rimandando verosimilmente al buon senso, oltre che alla responsabilità deontologica dei medici, la raccolta delle informazioni anamnestiche.

#### La nuova normativa: generalità

La legge 31 dicembre 1996, n. 675 "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali ed il successivo decreto legislativo n. 196/2003, che l'ha modificata ed integrata, *hanno come finalità* il corretto trattamento dei dati personali, che deve svolgersi nel rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali, nonché della dignità delle persone fisiche, con particolare riferimento alla riservatezza e all'identità personale; garantiscono altresì i diritti delle persone giuridiche e di ogni altro ente o associazione *nel rispetto totale dei diritti, delle libertà fondamentali nonché della dignità della persone fisiche.*

#### Queste sono

- *I diritti dell'interessato che sono conoscere (mediante accesso gratuito) Il processo di gestione dei dati , e in particolare, la persona presso la quale sono raccolti i dati personali le finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati; la natura obbligatoria o facoltativa del conferimento dei dati; le conseguenze di un eventuale rifiuto di rispondere; i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati possono essere comunicati e l'ambito di diffusione dei dati medesimi; il nome, la denominazione o la ragione sociale e il domicilio, la residenza o la sede del titolare e, se designato, del responsabile.*

#### I dati che lo riguardano

*Nome e sede del titolare e ottenere a cura del titolare*

*Conferma o meno dell'esistenza di dati*

*La cancellazione, trasformazione, cancellazione, o il blocco dei dati*

*Aggiornamento, rettifica e o integrazione dei dati*

*Attestazione che quanto detto è stato fatto*

## *Di opporsi al trattamento dei dati*

### *Il Consenso*

Il consenso al trattamento dei dati deve essere reso dal paziente, anche quando sia rispettato il segreto professionale.

- Il consenso dell'interessato per la raccolta dei dati(4) deve essere

*Una tantum*                      *una volta espresso è verosimilmente sempre valido, sino a prova contraria*

*Omnibus*                        *vale per tutti es: i medici che successivamente li tratteranno)*

*A posteriori*                    *autorizza anche il trattamento dei dati raccolti in passato*

Il consenso è validamente prestato solo se è espresso liberamente e in forma specifica e documentata per iscritto

L'autorizzazione del garante è generale e riguarda tutti gli esercenti la professione medica (non va richiesta di volta in volta)

### *In particolare*

Il consenso al trattamento dei dati idonei a rivelare lo stato di salute, nei casi in cui è necessario ai sensi del codice o di altra disposizione di legge, può essere manifestato con un'unica dichiarazione, anche oralmente. In tal caso il consenso è documentato, anziché con atto scritto dell'interessato, con annotazione dell'esercente la professione sanitaria o dell'organismo sanitario pubblico, riferita al trattamento di dati effettuato da uno o più soggetti e all'informativa all'interessato (...).

Quando (...) si fornisce l'informativa per conto di più professionisti il consenso è reso conoscibile ai medesimi professionisti.

Attualmente, con la nuova normativa vigente che armonizza e unifica la legislazione italiana a quella degli altri Paesi Europei, non si parla più di dati anamnestici o di informazioni bensì di dati.

Si segnalano in particolare alcuni aspetti:

- 1) *Il medico deve essere assolutamente riservato anche nei confronti di questioni non propriamente mediche quali interessi personali, rapporti interpersonali o intrafamiliari (4)*
- 2) si istituisce il Titolare dei dati sensibili, ovvero la persona, fisica o giuridica, ente o associazione o qualsiasi altro ente abilitato al trattamento dei dati. (3) Questi rimane sempre e comunque il garante della correttezza del trattamento, anche quando abbia nominato un responsabile. Il Titolare impartirà a quest'ultimo ed agli incaricati del trattamento, utilizzando la forma scritta, le

istruzioni relative al trattamento dei dati e vigilerà sulla loro puntuale osservazione

### Il Titolare e i suoi doveri

Il titolare è la persona fisica, la persona giuridica, la pubblica amministrazione e qualsiasi altro ente, associazione od organismo cui competono le decisioni in ordine alle finalità ed alle modalità del trattamento di dati personali, ivi compreso il profilo della sicurezza

### *Il titolare deve*

- *Informare il cittadino sullo scopo della raccolta dei dati sul titolare, il responsabile e (...) sui diritti a lui spettanti*
- *offrire una informazione scritta che sia adeguata al singolo paziente e alle condizioni psichiche e culturali. (3)*

- garantire la protezione dei dati personali mediante alcune modalità

*Per archivi cartacei:*

*Designazione dell'incaricato del trattamento*

*Adozione di archivi ad accesso selezionato e obbligo di restituzione*

*Archivio munito di serratura e l'accesso deve essere controllato obbligo di registrazione dopo orario di chiusura per archivi elettronici*

*password per ciascun utente*

*per informazioni stabilmente accessibili in rete*

*protezione contro intrusione o danneggiamento del software(2)*

### Il trattamento dei dati

Il trattamento è qualunque operazione o complesso di operazioni, svolti con o senza l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, concernenti la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la conservazione, l'elaborazione, la modificazione, la selezione, l'estrazione, il raffronto, l'utilizzo, l'interconnessione, il blocco, la comunicazione, la diffusione, la cancellazione e la distruzione di dati

Il trattamento dei dati deve essere autorizzato sempre dal Garante.

La diffusione e la semplice raccolta di dati sono in "trattamento" e devono essere preventivamente autorizzati dal paziente.

Il legislatore, tuttavia, considerando che la normativa così enunciata sarebbe stata troppo difficoltosa per i medici e gli altri operatori sanitari decise altresì che *i sanitari possono anche senza l'autorizzazione del Garante, trattare i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute limitatamente al perseguimento di finalità o tutela dell'incolumità fisica e della salute dell'interessato(1)*

Tuttavia L'autorizzazione è stata rilasciata anche senza richiesta

- Al medico
- al libero professionista, ai praticanti e ai tirocinanti presso il libero professionista (...).
- Al personale infermieristico. In particolare l'autorizzazione è rilasciata in (...)materia di sanità pubblica, di cura di diagnosi, di riabilitazione degli stati di invalidità (4)

Nucleo della nuova procedura è *il trattamento dei dati che consiste nel*

- *Raccolta*
- *Elaborazione*
- *Organizzazione*
- *Conservazione*
- *Interconnessione*
- *Comunicazione*
- *Utilizzo*
- *Distruzione(1) dei dati medesimi*

Il trattamento può anche riguardare la compilazione delle cartelle cliniche e di certificati e di altri documenti di tipo sanitario ovvero dei documenti relativi. (4)

Si consideri che il trattamento può essere svolto *con l'ausilio dimezzi elettronici o comunque automatizzati( anche cartacei, agende, etc)* prevedendo sia le soluzioni più moderne che quelle più tradizionali ma unificandole nella normativa. *Questi dati possono essere conservati per un periodo non superiore a quello necessario per adempiere agli obblighi dell'articolo 9 della legge 31-12-196 n. 675. ( per un periodo non superiore a quello strettamente necessario per adempiere gli incarichi conferiti). (4)*

#### *I dati sensibili*

In particolare si definiscono alcuni dati di particolare rilevanza e importanza come "dati sensibili" quelli che sono i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonche' i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale.

Inoltre se i dati sensibili sono utilizzati dagli esercenti una professione sanitaria per la salvaguardia della incolumità fisica o la salute del paziente è necessario il solo consenso scritto dell'interessato anche senza il consenso del Garante (art. 23) (2)

*Infine se le medesime finalità riguardano un terzo o la collettività il trattamento può avvenire previa autorizzazione del Garante (esempio antecedente- raccolta dei dati e loro conservazione) (1)*

Da questo si evince che

- 1) si distingue tra dati e dati sensibili
- 2) i sanitari hanno, nell'ambito della legislazione vigente, una condizione privilegiata
- 3) il segreto professionale è tutelato secondo un ordinamento ben definito nel caso in cui la rivelazione del segreto fosse l'unico modo attraverso il quale il sanitario possa prevenire danni irreparabili a terzi o alla comunità questi , con l'autorizzazione del Garante indipendentemente dal rifiuto del paziente, può e deve rivelare il segreto. *Nel caso in cui Garante si opponga al trattamento dei dati è possibile ricorrere al Giudice ordinario impugnando l'atto o il silenzio del Garante.*

Successivamente il legislatore, considerato il fatto che numerose figure e non solo mediche, possono partecipare alla raccolta e trattamento dei dati, emana il *divieto di diffusione dei dati idonei a rivelare lo stato di salute salvo nel caso in cui sia necessario per finalità di prevenzione accertamento o repressione di reati- Tale divieto riguarda chiunque nell'Ambito dell'Azienda si trovi in possesso di tali dati e non solo a che procede materialmente al trattamento o all'elaborazione.*

*In tal modo si:*

- 1) esonera i sanitari del richiedere espressamente il consenso del Garante per la raccolta dei dati (cosa che in alcune occasioni ha rallentato considerevolmente le procedure sanitarie)
- 2) ribadisce a chiunque il divieto di diffondere le informazioni, siano medici, inferieri, psicologi o altri dipendenti sanitari.

Pertanto la legislazione conferma e stabilisce il divieto di diffondere, ai medici, infermieri, psicologi e altre figure, sanitarie e non purché questi lavorino nell'Azienda Sanitaria (concetto quest'ultimo non espressamente previsto nel passato) le informazioni comunicate dal paziente.

*Tuttavia il diritto alla privacy prevale a quello del trattamento del dato:*

- *HIV*
- *Interruzione di gravidanza*
- *Violenza sessuale*

*Poiché il tali casi la rivelazione deve essere effettuata con modalità che non consentono l'identificazione della persona. (4)*

### Obblighi per la sicurezza della gestione dei dati

1. I dati personali oggetto di trattamento devono essere custoditi e controllati, anche in relazione alle conoscenze acquisite in base al progresso tecnico, alla natura dei dati e alle specifiche caratteristiche del trattamento, in modo da ridurre al minimo, mediante l'adozione di idonee e preventive misure di sicurezza, i rischi di distruzione o perdita, anche accidentale, dei dati stessi, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito o non conforme alle finalità della raccolta.
2. Le misure minime di sicurezza da adottare in via preventiva sono individuate con regolamento emanato con decreto del Presidente della Repubblica, ai sensi dell'articolo 17, comma 1, lettera a), della legge 23 agosto 1988, n. 400, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, su proposta del Ministro di grazia e giustizia, sentiti l'Autorità per l'informatica nella pubblica amministrazione e il Garante.
3. Le misure di sicurezza di cui al comma 2 sono adeguate, entro due anni dalla data di entrata in vigore della presente legge e successivamente con cadenza almeno biennale, con successivi regolamenti emanati con le modalità di cui al medesimo comma 2, in relazione all'evoluzione tecnica del settore e all'esperienza maturata.
4. Le misure di sicurezza relative ai dati trattati dagli organismi di cui all'articolo 4, comma 1, lettera b), sono stabilite con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri con l'osservanza delle norme che regolano la materia.

### Modalità di raccolta dei dati

Si adottano idonee misure per garantire, nell'organizzazione delle prestazioni e dei servizi, il rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali e della dignità degli interessati, nonché del segreto professionale, fermo restando quanto previsto dalle leggi e dai regolamenti in materia di modalità di trattamento dei dati sensibili e di misure minime di sicurezza.

### In particolare

- a) soluzioni volte a rispettare, in relazione a prestazioni sanitarie o ad adempimenti amministrativi preceduti da un periodo di attesa all'interno di strutture, un ordine di precedenza e di chiamata degli interessati prescindendo dalla loro individuazione nominativa;
- b) l'istituzione di appropriate distanze di cortesia, tenendo conto dell'eventuale uso di apparati vocali o di barriere;
- c) soluzioni tali da prevenire, durante colloqui, l'indebita conoscenza da parte di terzi di informazioni idonee a rivelare lo stato di salute;

- d) cautele volte ad evitare che le prestazioni sanitarie, ivi compresa l'eventuale documentazione di anamnesi, avvenga in situazioni di promiscuità derivanti dalle modalità o dai locali prescelti;
- e) il rispetto della dignità dell'interessato in occasione della prestazione medica e in ogni operazione di trattamento dei dati;
- f) la previsione di opportuni accorgimenti volti ad assicurare che, ove necessario, possa essere data correttamente notizia o conferma anche telefonica, ai soli terzi legittimati, di una prestazione di pronto soccorso.

#### Modalità di gestione

Fermo restando l'obbligo di una corretta gestione dei dati dei pazienti, con quella riservatezza che discende dalle più comini norme di prudenza (accesso riservato, integrità e protezione dei locali e degli archivi predisposti, corretta compilazione e mantenimento delle schede) si possono, a titolo di esempio identificare due condizioni differenti

#### *Archivi elettronici*

##### La corretta archiviazione dei dati in formato elettronico prevede

- L'identificazione del personale
- L'accesso a ciascuna postazione mediante password da rinnovare ciclicamente
- Eventuali livelli selezionati di accesso
- Protezioni dei dati mediante antivirus, etc
- L'elaborazione di un documenta programmatico di sicurezza

#### Archivi non elettronici

Gli addetti devono

- Essere identificati
- Ricevere istruzioni scritte
- Accedere mediante accesso controllato

Ovviamente la non corretta gestione della raccolta, elaborazione e svolgimento delle procedure espone il sanitario a provvedimenti.

Si segnala, inoltre, che l'ipotesi, apparentemente remota, è già prevista dalle Assicurazioni Mediche

#### La responsabilità

Chiunque non osserva il provvedimento adottato dal Garante è punito con la reclusione da tre mesi a due anni.

La responsabilità del medico è oltre che civile anche penale. *In particolare poiché ai fini dell'applicazione della legge penale non essendo prevista un'ipotesi colposa è necessario che sussista il dolo. (4)*

*La responsabilità è così importante che, sebbene si raccomandi la diligenza del buon padre di famiglia si prevedono sanzioni pecuniarie e penali ben chiare nel caso in cui si incorra*

- *Omessa adozione di misure necessarie punita mediante reclusione a un anno (se deriva nocumento la pena della reclusione è da due mesi a due anni).*
- *Trattamento illecito di dati personali punito mediante la reclusione fino a due anni (se si trae un profitto con nocumento dell'interessato la pena è aumentata da uno a tre anni).*
- *Omessa o infedele notificazione, punita mediante reclusione da 3 mesi a 1 anno*
- *Inosservanza dei provvedimenti del Garante punita con reclusione da tre mesi a due anni.*

*(N.B.: si segnala che Il reato è perseguibile d'ufficio (4))*

Unica prova a scarico del medico è la prova liberatoria, ovvero dimostrare di aver adottato tutte le misure idonee ad evitare il danno

*Ricordiamo che a prescindere dalla sanzione penale in caso di interdizione temporanea e decadenza della professione ne deriva che il medico per riprendere l'attività professionale dovrà sostenere nuovamente l'esame di abilitazione professionale.*

*Oltre alle sanzioni penali esistono le sanzioni del codice deontologico Questo non fa distinzione tra rivelazione dolosa o colposa del segreto ma punisce la rivelazione del segreto stesso indipendentemente dall'ipotesi colposa*

*Le sanzioni disciplinari dell'ordine sono*

- Avvertimento*
- Censura*
- Sospensione*
- Radiazione (4)*

Nel caso in cui, infine, il paziente non sia più vivente si conferma che *si la rivelazione del segreto di defunti è deontologicamente riprovevole ma non passibile penalmente. (4)*



### Nei casi concreti

Fatte salve le considerazioni fatte in generale (responsabilità, chiarezza e obbligo di informare i paziente in forma scritta) si possono presentare tre diverse situazioni per il paziente , quando questi si rivolge

Al medico di famiglia, poichè è opportuno che il pediatra o il medico di libera scelta assolva questo obbligo ottenendo un consenso scritto (anche l'informazione deve essere data in forma scritta) *Si potrà richiedere il consenso anche per la raccolta da parte di altri (medico sostituto, etc) Si consideri che nulla vieta che l'informativa e la raccolta del consenso sia eseguita dalla ASL che successivamente invierà il tutto al medico di medicina generale (es. medico come interlocutore preferenziale).*(3)

Se il paziente è ricoverato in un reparto di degenza ospedaliera il paziente deve esprimere il consenso al trattamento dei dati in forma scritta e specificando a chi ( non necessariamente una sola persona) i sanitari potranno comunicare le informazioni

Nello studio associato si possono configurare varie situazioni: possibile la condivisione a titolo personale delle prerogative e le responsabilità del titolare del trattamento(2)

- *Contitolarità*
- *Gestione separata*
- *UNICA ATTIVITÀ DI ELABORAZIONE EFFETTUATA DAGLI ASSOCIATI (3)*

Adeguando il trattamento dei danti nei vari casi ma uniformandoli alla normativa vigente mediante la dichiarazione scritta, la informazione ai pazienti e la gestione protetta (mediante archivi o limti di accesso) di cui sopra.

### Concludendo

La normativa vigente vuole tutelare i diritti del paziente e impedire che il medico, salvo la giusta causa che dovrà essere confermata e autorizzata dal Garante (o dal Giudice Ordinario) riveli inopportunamente dati riservati del paziente

- Si definiscono nuove figure giuridiche di riferimento (quella del Garante) e nuove procedure la cui modalità è definita per legge
- Si evidenzia l'assoluta importanza del consenso che è tale se validamente espresso
- Si sottolinea l'importanza dell'informativa.

### Ancora due riflessioni

Come recentemente ricordato da NEJM del 01-04-2004 in alcuni paesi europei e, in particolare in Germania, con l'introduzione della normativa sulla privacy la raccolta dei dati di salute è diventata progressivamente più difficoltosa rendendo impossibile, in alcuni casi, il mantenimento di una corretta e valida ricerca epidemiologica. Se questo andamento sarà confermato nel giro di alcuni anni la disciplina potrebbe essere anche rivista. Ma quanti ne avremo persi nel frattempo per il deprezzamento delle ricerche cliniche? L'applicazione della normativa sulla privacy, nell'ambito della medicina delle migrazioni, si scontra con difficoltà linguistiche, culturali, organizzative e assistenziali che sono assolutamente proprie e uniche. Potrebbe essere utile costituire un piano d'azione collegiale che fornisca ai medici coordinate e protocolli operativi realmente adatti e adeguati al nostro contesto socio-sanitario.

## IMMIGRAZIONE E ABITUDINI ALIMENTARI

*Rosanna Marchetti*

*“Quelli che arrivano da lontano non portano  
soltanto la loro fame e la loro disperazione,  
portano anche la loro memoria e la loro intelligenza”*

Padre Ernesto Balducci

### **Introduzione**

L'arte del mangiare è tipicamente umana, tanto, che nel corso dei millenni la nostra specie ha elaborato con l'ausilio di elementi culturali, modi e metodi di alimentarsi specifici per ogni gruppo; una serie di modalità di: accesso al cibo, modi di cucinarlo e/o conservarlo, tempi e periodi di abbondanza o frugalità. Le altre specie animali si nutrono soltanto, forse alcune fanno provviste di ciò che trovano in natura per i periodi difficili dell'anno, ma tutto qui.

Con il presente studio s'intende analizzare, da una prospettiva antropologica, il tipo di alimentazione degli immigrati e le diverse modalità di alimentarsi di queste persone, in base anche alle loro risorse economiche e scelte alimentari. L'obbiettivo è quello di individuare in che modo questi nuovi soggetti sociali presenti sul nostro territorio, elaborano soluzioni: sia rispetto alla loro appartenenza socio-culturale di provenienza, sia alla nuova collocazione nel contesto che li ospita.

Si è scelto di studiare l'alimentazione per la indubbia rilevanza riguardo all'identità culturale che essa riveste, in quanto le società differiscono non solo nei modi di alimentarsi, ma anche riguardo ai significati e alle preferenze da attribuire ai vari cibi, cioè: al quando, come, in che misura mangiare.

Il cibo rappresenta una valenza comunicativa, un veicolo espressivo forte della propria identità, che in ambito migratorio può assumere anche variazioni rispetto: allo spazio che si occupa, alle possibilità che si hanno nel mantenere le proprie abitudini, o nel fare proprie le abitudini locali.

In ogni caso il mangiare, con chi, come, e quando, acquistano un diverso significato: nel qui in Italia, e lì nel proprio paese, questa consapevolezza favorisce l'analisi sulle differenze, su ieri là e oggi qua, dove l'esperienza migratoria plasma, le abitudini e i comportamenti.

Nel paese ospitante viene meno quella pratica – del mangiare insieme – nello stesso piatto, bevendo nella stessa ciotola, un tratto di eccellenza che la nostra civiltà delle buone maniere a tavola esprime come una modalità individualistica, un'eguaglianza astratta, estranea a comportamenti dove il dividere il cibo, mangiarlo insieme, significa anche trasmissione di regole impregnate di valori comunitari, di condivisione di risorse, di spartizione di ciò che si ha.

Portando un esempio, il mangiare tutti insieme di molti immigrati, deriva anche da un'indicazione religiosa: condividere il cibo con gli altri, porta a mangiare in modo più moderato e nello stesso tempo si dà la possibilità, anche a chi non ne ha, di poter mangiare un qualcosa; spartire il proprio pasto, rappresenta anche un modo per aiutare il prossimo.

In terra migratoria, la consuetudine dell'ospitalità come regola religiosa spesso viene meno; idealizzata in alcuni contesti, qui in Italia, dove manca il "controllo sociale" esercitato dal gruppo originario, tale massima viene progressivamente stemperata e ri-modellata da altri comportamenti, sul modo e sul con chi e dove cibarsi.

Non sono infrequenti soluzioni sincretiche adottate anche per esigenze di tempo e di spazio: si mangia all'italiana, secondo canoni igienici ben precisi, seguendo spesso le abitudini della famiglia per cui si lavora, oppure della mensa presso la quale si è ospiti abituali, e ancora seguendo i ritmi lavorativi e le pause previste per il pranzo.

Potremmo dire che gli immigrati hanno un comportamento bi-alimentare: quello adottato in ambito societario (lavoro, mensa, etc.) e l'altro che si ripristina quando i commensali sono della stessa etnia, in un ambiente particolarmente familiare come la propria casa, oppure il luogo di ritrovo del proprio gruppo (es. servendosi da venditori ambulanti di specialità tipiche, in piccoli spazi adibiti a luoghi di ristoro solo per chi si conosce).

Questi ambiti delimitano lo scenario di confine multiculturale all'interno del quale si riabilitano pratiche identitarie altrimenti impossibili da collocare nel presente, a causa della doppia appartenenza dell'immigrato a differenti contesti culturali e a differenti modi di cibarsi.

Sociologa volontaria presso la Caritas Diocesana di Roma- Area Sanitaria

Collabora per la ricerca territoriale con la Cattedra di Medicina Sociale dell' Università "La Sapienza" Roma

**e col il "Centro Policlinico senza Fumo" Azienda Policlinico Umberto I° Roma**

### **La ricerca**

**La posizione geografica dell'Italia è di fatto considerato la "porta d'accesso" verso i paesi che compongono la Comunità Europea; essa è il confine, anche territoriale, che la società globale, indica come delimitazione tra l'Occidente del benessere e il sud del Mondo dell'arretratezza: anche le aree del nostro Meridione, depresse secondo i nostri parametri, costituiscono una meta ambita da chi è in cerca di migliori condizioni di vita.**

E' prevedibile che il fenomeno migratorio sarà in continua ascesa anche per i decenni a venire e determinerà, nella popolazione residente, una sempre più incisiva diversificazione etnica, linguistica, religiosa, culturale. Per quanto riguarda in particolare l'aspetto dell'alimentazione, è anzi auspicabile aspettarsi una maggiore varietà degli alimenti utilizzati e dei modi di cucinarli che interessi non solo gli immigranti, ma anche noi autoctoni, che, con sempre maggiore interesse ci accostiamo a pietanze e ingredienti definiti "esotici".

Molti degli intervistati sono da ritenersi bi-alimentari, in quando condividono, anche se parzialmente, gli usi culinari di quegli alimenti tipici di noi italiani, come: la pizza, la pasta asciutta, la carne di maiale.

Le persone immigrate intervistate per questo studio fanno parte di un campione casuale semplice esaminato in una ricerca molto più ampia, che ha avuto come oggetto di analisi “L’alimentazione negli immigrati”; questa a sua volta si articolava in tematiche distinte quali: consumi sostanze voluttuarie, la ritualità e il cibo, tipi di alimentazione e migrazione, l’alimentazione materno-infantile, immigrazione e condotte alcoliche.

Perché questa diversità di argomenti in un unico progetto di ricerca?

L’agire umano è codificato da simboli, essi s’identificano con modelli comportamentali tipici del gruppo, ed anche se nell’attuale società pragmatica, si richiede una maggiore oggettivazione ed un minor riferimento al simbolismo ed alla particolarità, in realtà tutte le nostre azioni si rifanno a modi di agire dei nostri antenati, e del nostro gruppo, e tra questi, un posto importante lo ricopre l’alimentazione, e le varie fasi dell’elaborazione degli ingredienti, loro conservazione e consumo.

Il tema alimentare, intrinseco ai modi di vivere del genere umano è dunque importante nello studio delle tematiche migratorie, e delle diverse popolazioni che si sono stabilite nel nostro paese; esso va studiato dalle diverse angolazioni che il fenomeno nella sua totalità può offrire e cogliere.

La pluralità degli indicatori presenti nella ricerca è dettata anche dalla necessità di analizzare i modi di alimentarsi di questi immigrati, in rapporto ad indicatori sociali di natura giuridica/economica; si tratta spesso: di immigrato irregolare, con forti ristrettezze economiche e difficoltà d’inserimento sociale e lavorativo, per lo più di recente immigrazione.

### **Materiali e metodi**

La ricerca, che si è svolta interamente presso il Poliambulatorio Caritas di Roma di via Marsala, si è avvalsa di un questionario con risposte precostituite, riguardanti a vario titolo distinte tematiche sull’alimentazione tra gli immigrati, i loro comportamenti e le loro scelte.

Il campione casuale semplice è composto di 104 soggetti, tutti immigrati extracomunitari, molti dei quali irregolari, di cui 66 femmine e 38 maschi; ad alcuni dei quesiti proposti, quando ritenuto utile, era possibile esprimere più di un parere.

Dalle 66 donne del campione iniziale, ne sono state estrapolate 44 che hanno risuonato anche alle tematiche sull’alimentazione materno-infantile, in quanto ricche dell’esperienza della maternità e dell’allattamento, eventi questi che assumono notevole rilevanza nel loro contesto: la donna che è anche madre acquisisce uno status più elevato all’interno della famiglia estesa e della parentela.

La ricerca è stata effettuata nel periodo appena precedente la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale dell’attuale legge sull’immigrazione 189/3/2002 (modifica alla normativa in materia di immigrazione e di asilo politico)

## **Indicatori culturali**

La totalità dei pazienti è di 104 soggetti, di cui 66 di sesso femminile e 38 di sesso maschile (tab. a).

Le classi di età risultano essere: nei maschi più rappresentate le fasce giovanili (18-30 anni), mentre nelle femmine risultano significative anche le classi di età matura, pur rappresentando tra le giovani il 50 % del totale. L'età in cui più frequentemente si decide di emigrare è quella giovanile. Per le femmine in particolare si evidenziano due periodi significativi: da una parte la fascia giovanile, rappresentata principalmente da nubili con o senza figli, dall'altra l'età della maturità, costituita in gran parte dalle coniugate con figli (tab.b).

I paesi più rappresentati dal campione sono quelli Amerindi e quelli dell'est Europeo, con punte massime che riguardano l'Ecuador e la Romania, mentre meno numerosi sono gli immigrati provenienti da paesi Asiatici e Africani. (tab. c).

Prendendo in esame lo stato civile del campione studiato, prevale nelle femmine la presenza di nubili, indipendentemente dal fatto che abbiano figli o meno, mentre, per quel che riguarda i maschi il gruppo dei coniugati risulta il più affollato (tab. d).

La religione più praticata tra i partecipanti alla ricerca è, per quanto riguarda gli uomini, la Greco-Ortodossa, anche perché molti di loro provengono dalla Romania, mentre le donne risultano essere in maggioranza cattoliche, in quanto molto spesso provenienti dal Sud America (tab e).

L'indicatore istruzione mostra per entrambi i sessi una prevalenza di persone diplomate, al secondo posto soggetti che hanno conseguito la licenza media inferiore e infine i laureati. Questi risultati, che a prima vista appaiono sorprendenti, c'indirizzano a una più profonda analisi delle motivazioni alla base della decisione migratoria da parte di persone tra le più istruite nei paesi di provenienza. Tra l'altro, questo fenomeno porta all'ulteriore impoverimento del paese di origine, il quale, benché avesse scarse risorse, ha tuttavia investito nell'istruzione dei lavoratori emigrati.(tab. f).

Per quanto riguarda la permanenza in Italia, occorre tenere presente che, essendo il campione, come già si è detto, afferente al poliambulatorio della Caritas, in entrambi i sessi risulta recente il momento dell'arrivo: molto numerosi appaiono in particolare i soggetti nel primo anno di permanenza (tab g ).Quelli stabilitisi in Italia negli anni passati si rivolgono ormai agli stessi servizi sanitari offerti dalle strutture pubbliche ai residenti e non più a quelli del volontariato, in quanto quasi sempre sono riusciti ad avere il permesso di soggiorno o almeno il tesserino STP (legge marzo 1998 n° 40 art. n° 32, 33, 34); da notare che la recente legge 189/2002 non ha apportato modifiche agli articoli riguardanti l'assistenza alla popolazione immigrata irregolare.

Per quanto riguarda l'occupazione in Italia, gli indicatori evidenziano che:

- Le femmine sembrano essere in gran parte colf/badanti; numerose sono le disoccupate, anche se in realtà fra queste sono incluse, impropriamente, le casalinghe.
- Nei maschi il fenomeno della disoccupazione è molto spesso presente, anche se in genere si tratta più di soggetti occupati occasionalmente (soprattutto nell'edilizia e nel facchinaggio), oppure che svolgono attività marginali tipo lavavetri o venditori ambulanti (tab. h).

Tra i dati riguardanti lo stato occupazionale in terra di origine prevale per ambo i sessi il lavoro di operaio, seguito da “disoccupato/casalinga/studente”. In realtà la situazione di casalinga o studente riguarda quasi esclusivamente i giovanissimi e le donne con figli piccoli (tab. i).

L'aspetto che riguarda lo stato giuridico trova al primo posto, per entrambi i sessi, la tipologia dell'immigrato extracomunitario irregolare. In particolare risulta assente tra le donne la condizione di rifugiato politico: questo dato, peraltro non sorprendente, riflette la differente posizione sociale delle donne nelle società tradizionali, in genere escluse dall'attività politica e di pensiero.

Viceversa, ben il 16% dell'intero campione maschile risulta essere in questa condizione, e questo è un dato purtroppo attuale sull'assetto geo-politico internazionale, spesso caratterizzato da sanguinosi conflitti, quando non da veri e propri genocidi (tab. l).

Per quanto riguarda l'indicatore “condizione abitativa”, si evince che

- La sistemazione camera/posto letto in ambo i sessi è la più rappresentata;
- La residenza sul posto di lavoro riguarda sole le donne (32% circa del campione).
- Tra gli uomini circa il 16% sono collocati tra i senza fissa dimora; dato questo da non sottovalutare, in quanto indicatore di “deriva sociale”, situazione di chi vive in condizioni di estrema miseria (tab. m).
- L'attuale condizione familiare, cioè la situazione di eventuale convivenza con altre persone o meno, risulta che per ambo i sessi la maggior parte vive da sola o presso amici, anche se le nubili, vivono con la famiglia di origine nel 29% dei casi.(tab n).

### Stato di salute

Superare lo stato d'emarginazione, è tra le prerogative di molti degli immigrati che presentano un'irregolarità giuridica, e una maggiore integrazione lavorativa sarà sicuramente più possibile, se, queste persone manterranno nel tempo una buona condizione di salute.

In tal senso, risulta efficace assicurare a tutti coloro che ne hanno bisogno ed in modo visibile: un'adeguata assistenza sanitaria pubblica, comprensibilità nella linguistica, ed in sintonia per le norme d'accesso; tale chiarezza si rende necessaria anche per le richieste specifiche di questi nuovi gruppi di popolazione, tenendo in

considerazione la loro particolarità culturale, conformemente a quanto previsto dal testo unico sull'immigrazione.

Una parte dei bisogni richiesti da queste persone, sono a noi sconosciuti o non correttamente interpretati; soprattutto il concetto di “malattia” acquista in differenti contesti, anche significati ed interpretazioni differenti, con una sintomatologia alcune volte incomprensibile per la nostra medicina ufficiale.

In tal caso, risposte parziali ed insufficienti, appariranno inutili, se non addirittura controproducenti.

Queste specificazioni, si dimostrano proficue quando si legifera in tema di prevenzione sulla salute degli immigrati; perché, se l'assistenza è resa accessibile a tutti, ci saranno in seguito dei buoni risultati sullo stato di salute della popolazione residente, sia autoctona sia immigrata com'è emerso dalle statistiche sanitarie riguardanti la morbilità e la mortalità del nostro Paese.

E' già stato evidenziato, la diversità che esiste sul concetto di malattia, soprattutto se si tratta di stato mentale; la stessa definizione di “disturbo psichico” è opinabile, perché non sempre si presta a definizioni corrispondenti a criteri culturali universalmente riconosciuti.

Tali concetti, sono spesso distintivi di alcuni gruppi etnici, che si differenziano anche al loro interno in base a particolarità culturali e di costume.

#### Patologie contratte paese di origine

Gli extracomunitari presenti in Occidente, non vengono dalla foresta, ma dalle città del proprio paese, dove possono contrarre malattie così dette “della società dei consumi” presenti anche da noi.

Molti di loro hanno effettuato una prima migrazione dalla campagna alla città, e una seconda, dal proprio paese o in altre nazioni limitrofe e poi nel nostro, oppure direttamente qui in Italia.

Va comunque ribadito che la maggior parte di chi affronta l'esperienza migratoria gode al momento della partenza di buona salute e spirito di adattamento, tutt'al più possono essere presenti patologie endemiche come: le malattie della pelle o gastroenteriche (tab. o)

#### Patologie contratte in Italia

La differenza, che trasforma il disagio sociale (visibilmente presente al loro arrivo in un contesto essenzialmente diverso da quello abituale), avvertito come sofferenza con difficoltà oggettive, in disturbo psichico vissuto con patos per la mancanza di senso di accoglienza, o rifiuto della stessa, sta non solo nel modo in cui l'immigrato percepisce il “contesto situazionale” in cui è calato, ma soprattutto, come in seguito, metabolizzerà il processo di integrazione o eventualmente, conterà l'eventuale esclusione dallo stesso.

In tal senso bisogna evitare la ghettizzazione, dove la differenza è vissuta come un disvalore, e non come un arricchimento finalizzato al processo di cooperazione “in progress” in una società eterogenea.



Così pure, nei primi tempi del soggiorno italiano, in molti permangono le buone condizioni di salute; poi, nel proseguo della permanenza, in chi sperimenta precarietà abitative, possono insorgere patologie da raffreddamento, che risultano essere tra le più ricorrenti.(tab. p)

### Struttura del campione

Tab.a

Totale pazienti	M valori ass.	M valori rel.	F. valori ass.	F val.rel.
104	38	36,53	66	63,46

Tab.b

Classi di età	M valori ass.	M valori rel.	F valori ass.	F valori rel.
18-30	15	39,47	33	50,00
31-40	15	39,47	16	24,24
41-50	7	17,42	17	25,75
51-oltre	1	2,63	/	/

Tab.c

Continente	Paese origine	M val. assol.	M val. rel.	F val. assol.	F val. rel.
Asia	Banglades	3	7,89	1	1,51
	Cina	1	2,63	1	1,51
America	Brasile	2	5,26	/	/
	Cile	1	2,63	/	/
	Ecuador	5	13,15	19	28,78
	Argentina	1	2,63	1	1,51
	Columbia	/	/	2	3,03
	El Salvador	/	/	1	1,51
	Perù	2	5,26	11	16,66
Africa	Eritrea	3	7,89	1	1,51
	Etiopia	4	10,52	4	6,06
	R. Del Togo	1	2,63	/	/
	Nigeria	2	5,26	1	1,51
Europa	Romania	13	34,21	16	24,24
	Ucraina	/	/	4	6,06
	Bulgaria	/	/	5	7,57
	Moldavia	/	/	1	1,51

Tab.d

Stato civile	M valori ass.	M valori rel.	F valori ass.	F valori rel.
Celibe/nubile	14	36,84	30	45,45

Coniugato	22	57,89	26	39,39
Divorziato	2	5,26	7	10,60
Vedovo	/	/	3	4,54

Segue

Struttura del campione

Tab. e

Religione	M valori ass.	M valori rel.	F valori ass.	F valori rel.
Cattolica	11	28,94	36	54,54
Islam	5	13,15	2	3,03
Ortodossa	16	42,10	23	34,84
Protestante	5	13,15	5	7,57
Buddista	1	2,63	/	/

Tab. f

Istruzione	M valori ass.	M valori rel.	F valori ass.	M valori rel.
Elementare	1	2,63	4	6,06
Media	13	34,21	20	30,30
Diploma	18	47,36	34	51,51
Laurea	7	17,42	8	12,12

Tab. g

Soggior. Italia	M valori ass.	M valori rel.	F valori ass.	F valori rel.
Meno 12 mesi	18	47,36	30	45,45
Oltre 1 anno	6	15,78	12	18,18
Da 2 a 5 anni	9	23,68	19	28,78
Oltre 6 anni	5	13,15	5	7,57

Tab.h

Prof. Attuale	M valori ass.	M valori rel.	F valori ass.	F valori rel.
Operaio	5	13,15	1	1,51
Disocc/casalinga	26	68,42	26	39,39
Golf/badanti	3	7,89	36	54,54
Ristoratore	4	10,52	/	/

Tab. i

Prof. P.origine	M valori ass.	M valori rel.	F valori ass.	F valori rel.
Disoc/casal/stud	8	21,05	17	25,75

Operaio	22	57,89	28	42,42
Impiegato	3	7,89	16	24,24
Libero profess.	5	13,15	5	7,57
Artigiano	/	/	/	/

Tab. l

Stato giuridico	M valori ass.	M valori rel.	F valori ass.	F valori rel.
Regolare	5	13,15	4	6,06
Irregolare	27	71,05	62	93,93
Rifugiato polit.	6	15,78	/	/

Segue

Struttura del campione

Tab.m

Condizione ab.	M valori ass.	M valori rel.	F Valori ass.	F valori rel.
Senza fissa d.	6	15,78	2	3,03
Centro accogl.	6	15,78	6	9,09
Camera/posto	18	47,36	26	39,39
Appartamento	7	18,42	11	16,66
Presso lavoro	1	2,63	21	31,81

Tab. n

Convivenza attuale	M valori ass.	M valori rel.	F valori ass.	F val.rel.
Solo/amici	23	60,52	35	53,03
Famiglia origine	4	10,52	19	28,78
Famiglia procreazione	11	38,94	12	16,66

Tab.o

Patologie contratte paese	M val. assoluti	M val. rela-	F val. asso-	F val. relativi
---------------------------	-----------------	--------------	--------------	-----------------

origine		tivi	luti	
Nessuna	24	63,15	48	72,72
Dentarie	2	5,26	3	4,54
Dermatiti	2	5,26	/	/
Gastro-enteriche	3	7,89	/	/
Respiratorie	4	10,52	4	6,06
TBC	3	7,89	3	4,54
Ginecologiche			2	3,03
Tiroidee	/	/	5	7,57
Ipertensione	/	/	1	1,51
Renali	1	2,63	/	/

Tab. p

Patol. contratte in Italia	M val. assoluti	M val. relativi	F val. assoluti	F val. relativi
Nessuna	23	60,52	34	51,51
Raffreddamento	7	18,42	10	15,15
Disturbi ginecologici			5	7,57
Gravidanza			3	4,54
Gastro-enterici	1	2,63	3	4,54
TBC	/	/	2	3,03
Tiroidee	/	/	5	7,57
Depressione	/	/	1	1,51
Renali	3	7,89	2	3,03
Ipertensione	/	/	1	1,51
Anemia	1	2,63	/	/
Dentarie	1	2,63	/	/
Dermatiti	2	5,26	/	/

La dieta alimentare secondo le proprie usanze

Nei gruppi umani, il cibarsi viene idealizzato come un rito; esso acquista modalità differenti, nella suddivisione dei pasti nell'arco della giornata, a secondo di momenti prefissati che si differenziano: nelle attività produttive, nelle modalità di manipolazione dei prodotti, e nella definizione di regole e valori di tipo emozionale, che danno il senso di "un'identità culturale", al gruppo.

Vi è inoltre, la condivisione e l'apprendimento di tecniche per la preparazione dei cibi, mediante il processo "d'inculturazione per stadi", con scambi culturali, che creano: prima ibridi e poi nuovi gusti e pietanze; la loro esecuzione e consumo, saranno con il tempo, inglobati come facenti parti delle tecniche normalmente usate, e quindi definitivamente conosciute come "tradizioni".

Nei luoghi, dove la tecnologia stenta ancora ad arrivare, la preparazione di determinate pietanze, è il frutto di una serie di manipolazioni supportate da preparativi

molto elaborati, che richiedono un enorme dispendio di tempo e fatica, se si pensa al tipo d'utensili a disposizione, piuttosto semplici e poco efficienti.

Considerate una prelibatezza dalle persone che le gradiscono, l'elaborazione di questi piatti esotici, richiede molte energie; spesso nelle abitazioni, si registra la mancanza d'acqua corrente e di combustibile, in questi casi è la donna, che il più delle volte, pensa personalmente sia al trasporto di acqua potabile, sia alla raccolta della legna per cucinare.

Gli alimenti che comunemente compongono la dieta, ripropongono non solo le tradizioni, ma anche l'economia locale, buona parte del campione riferisce di aver avuto nel proprio ambiente un'alimentazione adeguata; in questo caso, l'aggettivo "adeguata" fa riferimento ai parametri alimentari presenti nella loro cultura.

Oltre il 50% dei maschi e circa il 56% delle femmine sul totale degli intervistati, riferiscono che la dieta alimentare nel loro paese di origine, è stata adeguata tra i vari tipi di alimenti; un'indicazione questa poco paragonabile ai parametri alimentari in uso qui in Italia, in quanto questi immigrati provengono da paesi poco sviluppati, dove l'economia locale risulta essere prevalentemente agricola. La ciclicità agricola, determina il tipo di alimentazione delle comunità locali, diversificandola: secondo le stagioni, i possibili raccolti, ed anche le annate più o meno fruttuose; 31,57% dei maschi e il 18,18 delle femmine invece, indicano una dieta povera di alimenti di origine animale, ma ricca di frutta e verdura, il restante campione dice di aver avuto una sotto alimentazione (tab. 1)

La suddivisione dei pasti, e le modalità di accedere al cibo, "di fatto" sono anch'esse determinate sia dall'economia, sia dall'alternarsi dei periodi dell'anno. La quasi totalità del campione indica tre i pasti principali; anche se un buon 16% in entrambi i sessi riferisce che di solito mangiava due volte nel corso della giornata, probabilmente nei momenti che precedono e seguono la giornata lavorativa; pochissimi riferiscono che mangiavano quando potevano, forse a causa delle loro difficili condizioni economiche e di approvvigionamento.(tab. 2)

Le zone del sottosviluppo in particolare quelle tropicali costituiscono un serbatoio inesauribile di parassiti enterici, e l'urbanizzazione di quelle aree, non ha comportato significative variazioni dal punto di vista della morbilità e della mortalità infettivologica. Il processo urbanistico, si è di fatto svolto in modo sregolato, favorendo maggiormente il diffondersi dei casi di parassitosi e patologie enteriche, come riferisce il campione esaminato sulla presenza di possibili patologie gastro-intestinali; le precarie condizioni igienico-sanitarie, causa il sovraffollamento delle insalubri aree urbane, ne accentuano il problema. (Tab. 3)

In contesto migratorio prevale l'aspetto societario, ed il pasto viene consumato o da soli o in una mensa, in modo frettoloso; è un momento vissuto in astratto, perché ci si sente tra estranei, in mezzo a chi non si conosce.

Nel loro paese, il momento del pasto acquista per questa gente una rilevanza di convivialità più accentuata rispetto alla nostra, perché il cibo che viene consumato acquista un plusvalore proprio per la precarietà diffusa, si condivide con gli altri

commensali le proprie provviste, anche se queste possono essere insufficiente dal punto di vista nutrizionistico e quantitativo per tutti i commensali.

Stiamo parlando di quel sentimento di condivisione che unisce le persone intorno ad un tavolo o più semplicemente in cerchio, spesso seduti su una stuoia e mangiando nella stessa ciotola, oppure adeguandosi nelle quantità a quelle degli altri, anche se in quel momento si ha più fame del previsto, oppure l'età richiede maggiori quantitativi di cibo.

In ogni caso la maggior parte del campione consuma i pasti in famiglia, e per il luogo indicano la propria casa; sono otto invece i soggetti in entrambi i sessi, che consumano i pasti sul posto di lavoro, condividendo con i loro colleghi la convivialità del pasto principale. Nell'indicare questi due quesiti, molti degli intervistati hanno commentato la mancanza di "percezioni comunitarie" assenti nella gestualità riferita del nostro modo di mangiare.

Queste mancate percezioni sono definite come "deculturate", probabilmente perché il nostro vissuto è diverso dal loro, con un'accentuata impronta societaria, inoltre i tempi produttivi e quelli della convivialità, seguono nella nostra cultura ritmi differenti, da molti di loro, non condivisi. (tab. 4-5)

Le modalità di accesso al cibo, possono essere tranquillamente definite come "pratiche identitarie", un modo di esprimere la propria appartenenza ad un contesto storico-spaziale ben definito, con l'adozione di comportamenti culturalmente elaborati lungo il processo evolutivo del gruppo stesso.

Il mangiare con le mani, nello stesso piatto, con i bastoncini di bambù, con coltello e forchetta, bevendo nella stessa ciotola o a garganella alla bottiglia, sono tutte espressioni interiorizzate dall'individuo fin dalle prime fasi di vita, sul modo di mangiare e bere.

Esse sono da correlarsi sia al processo d'inculturazione che si apprende fin dalla nascita, sia a quello d'acculturazione che s'interiorizza durante un percorso di vita anche lontano dal proprio gruppo come può esserlo quello migratorio, durante il quale si viene a contatto con modi di vivere estranei, ma che, con il tempo, vengono prima assimilati e poi fatti propri, "di fatto" parte integrante del proprio bagaglio culturale.

Tab. 1 Come era composta la tua dieta abituale prima di emigrare?

	M. val. ass.	M. val. relat.	F. val. ass.	F. val. relat.
Adeguata	20	52,63	37	56,06
Sotto alimentazione	4	19,52	6	9,09
poca carne/pesce ricca frutta/verdura	12	31,57	12	18,18
Secondo periodi dell'anno	3	7,89	11	16,66

Tab. 2 Come erano suddivisi i pasti durante il giorno?

	M. valori ass.	M. valori relat.	F. valori ass.	F. valori relat.
3 volte giorno	32	84,21	52	78,78
2 volte giorno	6	15,78	11	16,66
1 volta giorno	//	//	//	//
Quando potevo	//	//	3	4,54

Tab. 3 Avevi disturbi correlati all'alimentazione?

	M. valori ass.	M. valori relat.	F. valori ass.	F. valori relat.
No	20	52,63	49	74,24
Dissenteria	4	10,52	1	1,51
Parassitosi	9	23,68	3	4,54
Difficoltà digestive	5	13,15	8	12,12
Stitichezza	1	2,63	1	1,51

Tab. 4 Con chi abitualmente consumavi i pasti

	M. valori ass.	M. valori relat.	F. valori ass.	F. valori relat.
Famiglia	25	65,78	56	84,84
Colleghi lavoro	8	21,05	8	12,12
Familiari mio stesso sesso	4	10,52	//	//
Secondo situazioni	2	5,26	1	1,51
Solo/a	//	//	2	3,03

Tab. 5 Dove abitualmente consumavi i pasti?

	M. valori ass.	M. valori relat.	F. valori ass.	F. valori relat.
Casa	24	63,15	58	87,87
Lavoro	11	28,94	8	12,12
Dove capitava	3	7,89	//	//
In casa di parenti	//	//	//	//

Modalità ed abitudini alimentari nel paese ospitante.

L'immigrato arriva nel paese ospitante prevalentemente in buono stato di salute, poi con il tempo si trova ad avere situazioni difficili che possono favorire l'insorgenza di patologie correlate al degrado, sia per le difficoltà abitative, sia per problemi di sottoalimentazione.

Molti si rivolgono alle mense assistenziali, altri vivono in condizioni promiscue che favoriscono un tipo di alimentazione poco salubre o addirittura per alcuni anche insufficienti. (tab. 6-7).

Questo in parte, spiega la possibilità dell'insorgenza di alcune malattie riconducibili a un'insufficiente alimentazione, anche se non tutti gli immigrati sono sottoalimentati, molti causa l'eccessiva disponibilità e consumo di cibo ipercalorico (es. chi lavora in case benestanti come golf o badante, oppure nella ristorazione), possono sviluppare malattie come il diabete o patologie cardiocircolatorie, o peggio ancora l'obesità, (es. un tipico esempio è quello di molti filippini che hanno sviluppato il diabete per l'eccessivo apporto di zuccheri nella loro dieta).

In Italia, il clima più rigido e migliori condizioni igienico-sanitarie, sembrano influire positivamente sulla condizione entero-parassitaria presente in alcuni degli intervistati prima che migrassero, anche se permangono disturbi digestivi, dovuti ad altre cause, come un'alimentazione troppo ricca di grassi animali e zuccheri a cui non sono abituati. (tab. 8)

Normalmente gli immigrati tendono con il tempo a mangiare come si usa nel paese ospitante, è una soluzione pratica adottata per ovviare possibili difficoltà, per quelli che usufruiscono di mense dove la tipologia dei cibi è caratteristica della tavola italiana, oppure perché molti mangiano nelle case in cui lavorano e quindi devono adattarsi al regime alimentare dei datori di lavoro.

Potremmo dire che ci troviamo al confine di uno scenario multiculturale, ed il modello alimentare di riferimento per questi migranti è quello di comunità bi-alimentare, che prende origine proprio dalla doppia appartenenza del soggetto a differenti culture alimentari, la cui dieta si articola in funzione di situazioni come



per esempio: mangiare all’italiana nella mensa Caritas, mangiare cibi tipici del proprio paese in una festività religiosa con i propri connazionali.(tab.9-10)

Possiamo quindi ritenere che i pazienti analizzati sono di fatto bi-alimentare, condividendo parzialmente modi e comportamenti sia nei metodi di cottura e ricette, modo di cibarsi, ma anche nella richiesta di un particolare alimento un tempo repulso ed ora gradito, come possono esserlo: gli alcolici, la carne di maiale, la pasta-sciutta, la pizza ormai apprezzata in tutto il mondo.

La migrazione ha favorito anche la rielaborazione dei ruoli sessuali nella preparazione dei cibi, riservata esclusivamente alle donne nei paesi di provenienza di molti immigrati extracomunitari.

Molti hanno intrapreso la migrazione soli, e tuttora vivono al di fuori degli schemi della famiglia tradizionale, o presso amici, oppure nei centri di accoglienza, se non addirittura confinati tra i senza fissa dimora, questo fa sì che molti uomini acquistino e preparino personalmente alimenti e cibi.

Come fare la spesa, come saper scegliere anche tra le diverse tipologie di uno stesso prodotto, ma soprattutto, come destreggiarsi sui possibili consumi, considerando la diversità sulle scelte di acquisto dei prodotti soprattutto alimentari?

Si evidenziano delle enormi differenze tra: la grande distribuzione, tipica del costume occidentale dove è prioritaria un’economia di mercato e quindi di moltiplicazione dei bisogni, un “modello culturale” sicuramente differenziato dal mercato rurale, presente in molte zone del mondo sottosviluppato, dove l’economia è basata principalmente sul concetto di sussistenza o perlomeno su quello di contenimento dei consumi o addirittura del baratto.

Nello specifico abbiamo rivolto due quesiti importanti che riguardano:

- 1) quali regole da seguire nella scelta dei prodotti, che il campione ha evidenziato *nella freschezza* la più importante per poter effettuare l’acquisto, seguita anche da un *basso costo*, considerando che stiamo parlando di persone che vivono attualmente nella precarietà (tab. 10);
- 2) quali influenze sul possibile consumo di carne bovina dopo gli episodi correlati alla BSE? Va considerando che nelle culture cosiddette “altre” poco abbondano i piatti a base di carne bovina perché l’alimentazione è essenzialmente povera e non a causa della BSE ma da abitudini locali, si preferiscono carni alternative per lo più pollame, come evidenziato dal campione (tab. 11)

Tab. 6 Come è composta attualmente la tua alimentazione?

	M. val. ass.	M. val. relat.	F. val. ass.	F. val.i relat.
Adeguata	15	39,47	25	37,87
Sotto alimentazione	11	28,94	10	15,15
Povera carne/pesce Ricca frutta/verdura	10	26,31	25	37,87
Secondo disponibilità economiche	4	10,52	6	9,09

**Tab. 7 Come suddividi abitualmente i tuoi pasti?**

	M. valori ass.	M. valori relat.	F. valori ass.	F. valori relat.
3 volte al giorno	24	63,15	42	63,63
2 volte al giorno	7	18,42	19	28,78
1 volta al giorno	8	21,05	2	3,03
Quando posso	//	//	3	4,54

**Tab. 8 Hai attualmente disturbi correlati all'alimentazione?**

	M. valori ass.	M. valori relat.	F. valori ass.	F. valori ass.
No	28	73,42	46	69,69
Digestione difficile	9	23,68	20	30,30
Dissenteria	1	2,63	//	//
Intolleranza al lattosio	//	//	2	3,03

**Tab. 9 Con chi attualmente consumi i pasti?**

	M. valori ass.	M. valori relat.	F. valori ass.	F. valori relat.
Famiglia	10	26,31	25	37,87
Compagni lavoro	6	15,78	6	9,09
Solo/a	9	23,68	25	37,87
Frequentatori mensa Caritas	14	36,84	10	15,15

**Tab. 10 Dove abitualmente consumi i pasti qui in Italia?**

	M. valori ass.	M. valori relat.	F. valori ass.	F. valori ass.
Casa	14	36,84	30	45,45
Mensa Caritas	19	50,00	19	28,78
Dove capita	1	2,63	//	//
Lavoro	6	15,78	17	25,75

**Tab. 11 Quando fai acquisti alimentari controlli la qualità dei prodotti?**

	M. valori ass.	M. valori relat.	F. valori ass.	F. valori relat.
Mai	2	5,26	10	15,15
Solo scadenza	9	23,68	25	37,87
Solo basso costo	7	18,42	17	25,75
La freschezza	6	15,78	11	16,66
Non acquisto alimenti	14	36,84	11	16,66

Tab.12 Dopo i casi determinati di BSE come è cambiato il tuo consumo di carne?

	M. valori ass.	M. valori relat.	F. valori ass.	F. valori relat.
No	1	2,63	8	12,12
Mangio solo carni alternative	19	50,00	21	31,81
Ho sempre consumato poca carne	3	7,89	16	42,10
Consumo prevalentemente pesce	3	7,89	5	13,15
Acquisto nei negozi di fiducia	//	//	6	15,78
Sono da poco in Italia	15	39,47	14	36,84

### Alimentazione materno-infantile

La donna in gravidanza può aumentare il proprio peso ponderale non più di 10-12 kg. durante l'intera gestazione, assumendo circa 2200-2400 kcal diè, secondo il peso corporeo.

Molte delle donne presenti in questo studio, sono di origine amerinda e solitamente di bassa statura; esse, debbono avere un'alimentazione che non ecceda dai parametri sopraindicati, evitando così l'insorgenza di possibili patologie sia per la madre es. l'ipertensione o l'obesità post-partum, che per lo stesso nascituro. Importante è che l'alimentazione sia sana ed equilibrata, evitando di mangiare cibi grassi o fritti, si consigliano per questo, molte verdure e frutta ben lavata se consumata cruda, evitando insaccati o carni crude, seguendo soprattutto norme igieniche adeguate.

Le tipologie di donne definite nutrizionalmente a rischio durante la gravidanza possono così identificarsi: chi già normalmente utilizza una dieta carente, coloro che presentano una gravidanza multipla, le fumatrici o che fanno uso di alcool e droga, chi ha un'intolleranza al lattosio, quelle che al momento del concepimento sono in sottopeso o sovrappeso, o che acquisiscono un insufficiente o un eccessivo peso durante la gravidanza, età adolescenziale della futura mamma, tutte coloro che hanno scarse conoscenze nutrizionali o con risorse finanziarie inadeguate per potersi alimentare in modo corretto e sufficiente.

Il peso ottimale del neonato è compreso tra i 3,5 - 4 kg ed è direttamente correlato con l'aumento di peso della donna durante la gestazione e con l'indice di massa corporea all'inizio della gestazione; in gravidanza la massa di tessuto adiposo aumenta mediamente di 4 kg. pari ad una riserva di circa 28.000 kcal che, di norma, viene utilizzata durante l'allattamento per la produzione del latte.

L'allattamento materno è fondamentale nei mammiferi e quindi anche per la specie umana; l'attaccarsi al seno è un istinto primario nel neonato, anche se in alcune strutture molto medicalizzate come il nord America, presentano tale consuetudine

in modo fuorviante ed innaturale; questa estraniamento comprende anche il parto spontaneo, negli ultimi anni esso ha subito pesanti stravolgimenti culturali e sociali, si riscontra un'alta incidenza di parti cesarei.

Nei tempi successivi il parto, molte giovani donne sperimentano momenti di crisi e di paura, con la sensazione errata di non farcela, soprattutto se non riescono a posizionare bene il bambino che istintivamente piange, se i suoi tentativi nel succhiare il latte non riescono nell'immediato

Allattare al seno il proprio figlio è principalmente un atto d'amore, e quei pochi gesti che facilitano l'incontro tra madre e figlio dopo i momenti critici del travaglio, risultano alquanto proficui; è una fase importante ed al contempo delicata e difficile soprattutto per la mamma, particolarmente stremata se ha subito un taglio cesareo oppure l'episiotomia.

### **Indicatori culturali**

Il campione che compone quest'ultima parte dello studio sull'alimentazione, ha interessato 44 donne tutte con figli, ed attualmente in età fertile, anche se la classe di età più rappresentativa appartiene ad un periodo adulto della vita.

Queste donne, hanno vissuto l'esperienza della maternità nel loro paese di origine; in questi ambiti, l'essere madre fa acquisire alla donna uno status di tutto rispetto, che non hanno né le giovani, né le sterili o coloro che non riescono a portare a compimento la gravidanza.

L'avere figli significa non solo continuare la propria stirpe e tramandare il proprio sapere, ma assicurarsi anche una serena vecchiaia in paesi dove non esiste lo stato previdenziale, dove il mantenimento degli anziani è assicurato dal lavoro dei giovani (figli e nipoti), tali cure parentali, sono un obbligo morale cui nessuno viene meno, neanche chi migra lontano.

Sono donne provenienti perlopiù da paesi Amerindi, con un grado d'istruzione medio, con occupazione soprattutto come colf/badante, una possibilità di lavoro molto richiesta nei paesi occidentali sia perché molte donne lavorano sia perché la vita media si è molto allungata con un'alta percentuale di persone appartenenti a classi di età elevate, e quindi bisognose di cure ed assistenza.

Il campione presenta: una condizione abitativa riconducibile ad una stanza, o posto letto, oppure presso la stessa abitazione dei datori di lavoro, la religione predominante è quella Cattolica, così come lo stato civile è composto soprattutto dalle coniugate seguito dalle nubili.

## Struttura del campione

Tab. q

Pazienti	Età	18-25	26-30	31-35	36-45	46-oltre
Tot. 44		8	7	5	13	11

Tab. r

Paese origine	America Latina	Perù 7	Ecuador 15	El Salvador 1
	Europa est	Romania 10	Bulgaria 5	Ucraina 4
	Africa	Etiopia 2		

Tab. s

Grado istruzione	Elementare	Media	Diploma	Laurea
	3	22	17	2

Tab. t

Professione	Casalinga	Colf – Badante	Operaia	Lavoro saltuario
	12	24	2	6

Tab. u

Abitazione	Centro accoglienza	Camera	Appartamento	Presso lavoro
	5	16	12	11

Tab. v

Religione	Cattolica	Greco ortodossa	Copta	Protestante
	24	17	1	2

Tab. z

Stato civile	Nubile	Coniugata	Vedova	Convivente
	11	18	3	6

Tab. 13 Durante la gravidanza hai evitato di mangiare alcuni alimenti abitualmente consumati?

Nessun cambiamento	15			
<i>Preferiti i più nutrienti</i>	26			
Evitato solo quelli dannosi	3			
Sostituzioni	<i>Pesce 8</i>	Frutta/verdura 11	Latte 5	Carni bianche 2

Tab. 14 Durante i periodi di allattamento hai evitato di mangiare alcuni alimenti abitualmente consumati?

Nessun cambiamento	15			
Preferito i più nutrienti	26			
Evitato solo quelli dannosi	3			
Sostituzioni	Minestre 10	Latte 10	Succhi frutta 3	Passati verdure 3

Tab. 15 Quali problematiche alimentari hai dovuto affrontare durante la gravidanza?

Aumento ponderale Oltre 20 kg.	12		
Assunzione integratori dietetici	9		
Nessun problema	20		
Dieta particolarmente più ricca di:	Calcio 4	Ferro 2	Magnesio 2
Iperemesi	7		

Tab. 16 Cosa pensi dell'allattamento al seno materno?

Migliore in assoluto	<i>Va bene anche quello in polvere</i>	<i>Se occorre integrare con quello vaccino</i>	Solo nei primi mesi di vita	Prolungarlo il più possibile
35	3	7	3	9

Tab.17 Nella tua famiglia estesa era/è tutt'ora praticata l'alimentazione al seno?

E' tutt'ora il solo metodo	Non mi risultano tali esperienze	L'allattamento era/è prolungato	L'allattamento era/è breve	Le giovani usano sistemi alternativi
38	0	9	0	2

Tab. 18 Come hai alimentato tuo/a figlio/a nei mesi di vita?

Al seno 4-6 mesi	Al seno fino ad 1 anno	Al seno oltre 1 anno	Al seno + agg latte vaccino	Al seno + agg latte polvere	Solo latte in polvere
15	7	17	7	7	0

**Tab. 19 A che età è iniziato il divezzamento dei tuoi figli?**

3 mesi	6 mesi	9 mesi	1 anno	Oltre 1 anno
17	21	4	2	0

**Tab. 20 Con quali alimenti è iniziato il divezzamento?**

Biscotti	Frutta cotta grattugiata	Pappine cereali	Brodo vegetale	Liofilizzati	Omogeneizzati
8	28	6	13	0	10

**Tab. 21 Quali disturbi alimentari si sono manifestati durante il divezzamento?**

Nessuno	Diarrea	Stipsi	Intolleranze alimentari -			Inappetenza
28	11	1	Quali	Latte 2	Uova 1	3

**Tab. 22 Quali patologie neo-natali si sono presentate alla nascita?**

Sotto peso	Norma peso	Prematuro	Ittero grave
4	40	2	1

**Tab. 23 Durante la gravidanza ed allattamento hai fatto uso di alcool?**

No	Saltuario	1 bicchiere diè	Sotto soglia	Sopra soglia	Alcolista
37	4	2	1	0	0

**Tab. 24 Durante la gravidanza e allattamento hai fatto uso di tabacco?**

No	5 sigarette die	10 sigarette die	Saltuariamente qualche sigaretta	Oltre
40	1	2	1	0

**Tab. 25 Durante la gravidanza/l'allattamento hai fatto uso farmaci/integratori?**

Mai	Solo quelli prescritti dal medico	Psicofarmaci in momenti difficili	Medicina tradizionale
31	17	1	0

## **L’Alimentazione e la maternità**

Durante il periodo della gravidanza, l’incremento dell’apporto di calcio è molto importante per lo sviluppo scheletrico del bambino, è quindi necessario fornire alla gestante mg. 1200 di calcio diè, che rappresenta un aumento di mg. 400 rispetto al fabbisogno in condizioni fisiologiche normali.

“Alla donna in allattamento si dovrebbe consigliare di aggiungere alla propria dieta due tazze di latte o l’equivalente di contenuto di calcio, e una porzione extra di cibi ricchi in vitamina C”. (J. Nelson et. Coll. 2001).

In questo caso i prodotti caseari e le carni bianche o il pesce, sono particolarmente indicati, in particolare durante l’allattamento devono essere assunti cibi di facile digestione, discrete quantità di frutta fresca e di ortaggi oltre naturalmente al latte, tutte indicazioni contenute anche nelle risposte delle intervistate. (tab. 13- 14)

Il controllo del peso durante la gravidanza ha lo scopo di promuovere una “nutrizione ottimale” per madre e figlio; un aumento ponderale materno inadeguato può determinare un basso peso neonatale inferiore a 2500 g e un aumento della mortalità perinatale.

La gestante che inizia la gravidanza in sottopeso o che aumenta pochi kg. durante i primi mesi, rischia di avere un bambino con basso peso alla nascita o prematuro; chi invece inizia la gravidanza in sovrappeso non deve assolutamente pensare di ridurre il proprio peso durante il periodo della gestazione perché rischierebbe di andare incontro a processi catabolici tessutali per sopperire ai fabbisogni legati al periodo della gravidanza, così pure risulta dannoso un eccessivo aumento ponderale.

“Sebbene nessuno studio sia stato finora atto a determinare quale aumento ponderale sia più indicato a favorire lo sviluppo fetale, è stato stabilito con certezza che la caratteristica più corretta dell’aumento del peso sia quella di essere costante e graduale”. (J.Nelson et. Coll. 2001)

L’obesità in gravidanza è associata ad un aumento del rischio di sviluppo di diabete gestazionale, nel campione esaminato non risulta tale patologia, forse perché il diabete è una patologia tipica delle società dell’opulenza e quindi difficilmente riscontrabile nella morbilità di quei paesi da cui provengono le donne intervistate, con un’economia basata sulla sussistenza o sulla precarietà.

Il campione riferisce in 20 casi su 44 esaminati un aumento ponderale di oltre 20 kg. (tab. 15)

L’abbraccio madre e figlio placa ogni tensione, basta sfiorargli la guancia che il piccolo istintivamente apre la bocca, soprattutto nelle prime ore di vita, quando ha un forte riflesso di suzione.

La rinuncia all’allattamento al seno è da diversi decenni sempre più ricorrente, si ripiega sul latte artificiale, per paura di non essere sufficientemente in grado di saper allattare il proprio figlio, tutto questo è opera di diffusa disinformazione e condizionamenti a carattere commerciale e pubblicitario



Un sistema subdolo per rafforzare i dubbi e far pensare alla donna che il latte possa essere insufficiente o addirittura scomparire, sono diversi decenni che nella cultura occidentale le donne sono condizionate in questo atto estremamente naturale; le figlie che furono alimentate con il biberon e che ora stanno diventando mamme, non hanno esperienze dirette di questo atto d'amore del tutto spontaneo, che le loro nonne consideravano irrinunciabile, una sorgente inesauribile che nutre e rassicura. Non è così in molti paesi in via di sviluppo, dove la maternità è ancora vissuta come un atto ricco di significati e legami parentelari, ed il parto difficilmente è medicalizzato, anche se questo significa alti tassi di mortalità tra le partorienti ed i nati; basterebbero poche accortezze perché il momento del parto si verifichi in sintonia con il legame naturale tipico dell'evento ed una maggiore assistenza prestata nella discrezionalità del momento.

Questa diversa visione della nascita, è presente anche nell'allattamento al seno ed è tuttora il metodo più diffuso, esso è inteso come un legame di salute ed amore presente anche tra le giovani generazioni, come indicano le donne intervistate. (tab. 16-17)

Da sottolineare che l'allattamento materno comporta per il nascituro notevoli benefici, la produzione del colostro e del latte è automatica al parto, anche in quelli prematuri, ed il momento dell'allattamento è un'occasione per rafforzare il legame dopo che con il parto si è interrotta l'intima convivenza che è durata l'intera gestazione.

Lo stato nutrizionale e la dieta della madre possono influire la quantità e la qualità del latte materno, il quantitativo medio di latte prodotto al giorno durante i primi 6 mesi di allattamento è di circa 750 ml, la quasi totalità del campione indica con diverso periodo di aver allattato i propri figli dai 6 mesi fin oltre un anno, il periodo altamente indicativo per un'adeguata alimentazione del bambino anche se oltre vi è stata somministrata l'aggiunta di latte vaccino.(tab. 18)

In contesto migratorio, l'alimentazione può avere una continua sovrapposizione d'ingredienti, anche per lo svezzamento, di fatto si danno pappe con latte e farine come quelle di miglio che si trovano solo nei negozi di prodotti tipici, ma anche prodotti italiani come pastine ed omogeneizzati.

Questi bambini quindi iniziano a mangiare con alimenti come farine di cereali vari e/o cuscus, a cui vanno aggiunti anche prodotti distribuiti dal mercato della grande distribuzione.

Affinché sia possibile un divezzamento adeguato, è bene iniziare dopo i 4 mesi di vita con alimenti estremamente digeribili, come indicato anche dalle mamme intervistate.(tab.19) che hanno iniziato ad alimentare i propri figli con cibi alternativi al latte, somministrando piccoli quantitativi di frutta grattugiata cui ha fatto seguito il brodo vegetale. (tab. 20)

Reazioni allergiche al latte possono essere causate da proteine presenti nell'alimento in particolare la caseina, presentano caratteristiche variabili determinando anche problemi gastrointestinali come diarrea, vomito, dolori addominali,

inappetenza; oltre la metà del campione riferisce nessun disturbo, per gli altri indicatori ben 11 casi presentano diarrea dovuta forse anche alla dentizione, per le altre intolleranze la percentuale è estremamente bassa senza particolari indicazioni. (tab. 21)

Lo stesso dicasi per le patologie neo-natali, la quasi totalità del campione riferisce un norma peso alla nascita indice anche di una corretta alimentazione durante la gestazione, i 2 prematuri e l'ittero grave sono da individuarsi nei 4 casi che presentano una condizione di sottopeso. (tab.22)

La gravidanza provoca nella donna un naturale e progressivo cambiamento che porta trasformazioni sia fisiche, sia psicologiche sia emotive; se la donna ha avuto uno stile di vita sano – è auspicabile che la futura relazione madre-figlio, sia improntata nell'amore di entrambi, anche se l'amore materno è un sentimento innato, che poche donne ricusano o annullano, anche tra le più disperate o povere, è il miracolo della vita che la natura stessa ci obbliga a rispettare e proteggere.

Non è così per chi deve rinunciare ad abitudini nocive per se stessa, ma soprattutto per il piccolo che porta in grembo, stiamo parlando delle conseguenze fisiche correlate al fumo di tabacco, al consumo degli alcolici, al problema degli stupefacenti consumati durante la gestazione e l'allattamento.

Nei ser o nei centri di recupero per tossicodipendenti, è facile ascoltare testimonianze di future mamme, che riferiscono la preoccupazione e sensi di colpa perché non riescono a fare a meno della “magica pozione”, nonostante, tutte le informazioni sulle gravi conseguenze per il nascituro che l'utilizzo di queste sostanze può procurare.

E' giustificato pensare che in queste future mamme vi sia un incremento dello stato ansioso che se associato anche al consumo di sostanze voluttuarie, può in seguito creare problemi seri nel rapporto della diade madre/figlio, oltre a patologie correlate all'abuso di sostanze.

Nei riflessi della gravidanza molti sono gli effetti nocivi del tabacco: “Stabilito con certezza che il consumo di sigarette ha un effetto nocivo e che esiste una relazione tra il numero di sigarette fumate al giorno ed il rischio di morte perinatale o di ridotto peso fetale alla nascita, si è anche rivelato che il rischio di cancro negli adulti può essere aumentato dall'avvenuta esposizione transplacentare durante la vita fetale e dall'esposizione passiva al fumo durante l'infanzia.” (F.Carollo)

Da considerare anche gli effetti nocivi ormai accertati sul prodotto del concepimento, anche da parte del fumo inalato passivamente dalla gestante in caso di convivenza con fumatori; è presumibile che tra le donne intervistate forse qualcuna ha avuto tali esperienze, spesso sottovalutate, perché vi è poca consapevolezza o informazione sulle conseguenze causate dal fumo passivo.

Nelle donne fumatrici, che bevono alcolici, o fanno uso di sostanze psicotrope, si riscontra che le loro gonadi si esauriscono precocemente anticipandone la menopausa; i composti tossici del fumo del tabacco, l'intossicazione alcolica, il consumo di sostanze psicotrope, determinano la distruzione degli ovociti, facendo au-

mentare la correlazione tra fumo, alcool, droghe e fecondità diminuita, dovuta al fattore tubarico di infertilità.

La sindrome fetto-alcolica dovuta ad un eccessivo consumo di alcolici durante la gravidanza, consiste in malformazioni congenite, ritardo di crescita e lesioni del sistema nervoso centrale per il ridotto numero di cellule; l'effetto che ha sul feto può essere considerato come - dose-dipendente -.

Effetti nocivi si registrano anche sul ciclo mestruale con delle alterazioni della ciclicità, con un'alta incidenza di amenorrea secondaria, e di gravidanze extrauterine e aborti spontanei.

Le donne intervistate sull'argomento presentano un'alta percentuale di soggetti non consumatori di queste sostanze. (tab.23- 24- 25)

## **Risultati**

### I risultati qui esposti hanno così evidenziato:

1. un'alta percentuale del campione esaminato riferisce di avere un'alimentazione adeguata distribuita in modo nutrizionalmente sano nell'arco della giornata, in rapporto ai parametri alimentari del loro paese di origine;
2. disturbi alimentari come parassitosi e dissenteria, sono presenti in maniera rilevante nei maschi meno nelle femmine, forse a causa della frugalità e scarsa igiene presente in chi consuma i pasti fuori casa, considerando che per molti di loro punto di riferimento è la casa e la famiglia;
3. anche in contesto migratorio il campione riferisce nella sua indicazione più indicativa, un'alimentazione adeguata distribuita in modo corretto nell'arco delle 24h, quindi sostanzialmente pochi cambiamenti rispetto alle posizioni prima della migrazione, anche se queste indicazioni hanno risentito del contesto differenziato e dei tipi di alimenti consumati, a tal proposito si registrano una diminuzione delle patologie correlate ai disturbi alimentari, a sostegno di un netto miglioramento dell'aspetto salutare sul modo di alimentarsi;
4. oltre 1/3 del campione risulta di recente immigrazione e quindi senza esperienza diretta sul come fare la spesa alimentare, inoltre esso non era presente in Europa nel periodo riferito ai casi di BSE;
5. nell'alimentazione materno - infantile, prevale in modo assoluto l'alimentazione al seno, anche se con tempi diversificati, la fase dello svezzamento non presenta notevoli difficoltà, soprattutto perché la maggior parte di questi bambini non ha avuto problemi al momento della nascita;
6. le donne intervistate sia durante la gravidanza, sia durante l'allattamento, non hanno fatto uso eccessivo di sostanze nervine, in molte di loro tali consumi erano addirittura assenti.

## **Conclusioni**

Nel concludere questa comunicazione possiamo constatare che non vi sono poi delle particolari carenze alimentari nei soggetti intervistati, molti di loro sono di recente immigrazione e quindi ancora ricchi di quel bagaglio nutrizionale tipico del loro paese di origine.

Sono persone che ancora non hanno affrontato i periodi difficili correlati alle difficoltà di un vissuto antropologico diverso da quel cui sono ancora legati e quindi non intimamente investiti di quel processo transculturale tipico di chi decide di vivere altrove dai luoghi che gli sono propri.

Anche per quanto riguarda gli obiettivi di una corretta alimentazione durante la gravidanza ed allattamento, essi sono stati raggiunti in buona parte del campione, considerando che ottenere un corretto aumento ponderale è correlato ad un apporto adeguato di tutti quegli alimenti necessari per il fabbisogno della madre e del bambino, in tal modo si possono evitare l'utilizzo di supplementi vitaminici che possono risultare qualora superflui anche come dannosi.

Così pure per quanto riguarda l'alimentazione del lattante e il successivo svezzamento, si assiste ad un adeguato apporto nutrizionale, tenuto conto che si tratta di bambini in una fase delicata della loro vita e quindi soggetti a tutte quelle limitazioni ed a tutti quegli imprevisti che il periodo dello svezzamento comporta.

## **Bibliografia**

- R. Bastide- *Sociologia delle malattie mentali* ed. La Nuova Italia 1981 Fi  
G. Da Villa, W Pasini- *Aspetti sanitari del fenomeno immigratorio in Italia* ed. IIMS Roma 1995  
F. Ferrarotti- *Il filo spezzato : disagio, esclusione sociale e povertà nel Lazio* ed. Cripes 2000 Rm  
C Grinberg, R. Grimberg- *Psichiatria e cultura*- Ed. Franco Angeli 1990  
R. Marchetti- *Tubercolosi polmonare e percorso migratorio*- in atti Convegno per noi, Rm 98  
R. Marchetti- *Storie di migranti tra integrazione ed emarginazione*- atti SIMM Pa 2002  
S. Mellina- *Psicopatologia dei migranti ed altri saggi*- Ed. Lombardo 1992  
T. Nathan- *La follia degli altri elementi di etnopsichiatria* ed. Ponte alle Grazie Fi 1990  
J. K. Nelson et. Coll.- *Mayo Clinic Diet Manual* Ed. Centro Scientifico Editore 2001 To  
L. Sbrogliò, M.T. Rossato Villanova- *Mamme libere dal fumo* ed. Grafiche Crivellari Ponzano TV 2002  
M. Venturini- *Manuale di dietologia* ed. Editoriale Italiana 1998 Roma

## LAVORATORI IMMIGRATI E RISCHIO INFORTUNISTICO

Ricerca dell'Istituto Italiano di Medicina Sociale

*Amedeo Spagnolo*

con la collaborazione del "Dossier Statistico Immigrazione" Caritas

Prima ricerca organica sull'esposizione infortunistica degli immigrati

E' vero che i lavoratori stranieri operano in condizioni lavorative più difficili rispetto agli italiani e che, in particolare, sono esposti ad un rischio infortunistico più elevato?

Questo tema è ricorrente, senza che finora si sia proceduto ad una quantificazione vera e propria delle sue implicazioni, che per quanto complessa non risulta impossibile. L'Istituto Italiano di Medicina Sociale, con la collaborazione del "Dossier Statistico Immigrazione", si è voluto far carico di una ricerca innovativa al riguardo e i risultati sono stati pubblicati in un volume della collana di "Studi e Ricerche" dell'Istituto Italiano di Medicina Sociale.

A imporre una certa cautela nella lettura dei risultati è il fatto che i dati sugli infortuni riguardano indistintamente sia i lavoratori stranieri che i lavoratori nati all'estero, includendo perciò anche una quota di figli di italiani emigrati; dunque la cautela è d'obbligo nei confronti di paesi quali Svizzera, Germania, Francia e diversi paesi americani che sono stati tradizionale sbocco per i nostri flussi migratori.

Inoltre la ricorrenza infortunistica va calcolata con riferimento non alla popolazione in generale bensì alle forze lavoro in attività, e in particolare a quelle assicurate all'INAIL, la cui quantificazione si presenta complessa nel caso dei lavoratori immigrati (vedi paragrafo sul tasso infortunistico).

Un'altra distorsione consiste nel fatto che il numero degli infortuni rilevato statisticamente, come tale, è sottodimensionato rispetto alla realtà poiché molti lavoratori, specialmente quando lavorano in nero, sono costretti a denunciare gli eventi come semplici malattie al fine di evitare ritorsioni da parte dei datori di lavoro.

Nonostante queste difficoltà la ricerca offre spunti di grande rilevanza ai fini conoscitivi e operativi. Per fondare l'analisi su documentazione più sedimentata, i dati infortunistici presi in esame si riferiscono al 2001, ma le valutazioni effettuate, per situazioni strutturalmente simili, possono essere estrapolate, con le dovute cautele, anche agli anni successivi. Nel 2001 sono stati indennizzati 641.106 infortuni: Di essi 58.494 hanno riguardato lavoratori nati all'estero con questa ripartizione: agricoltura 5,5%, industria 57,3%, servizi 28,0%, altri settori 9,2%.

### Immigrati: maggiore rischiosità della categoria

La graduatoria delle regioni per numero di infortuni occorsi a lavoratori nati all'estero sui 58.494 indennizzati nel 2001 vede in testa la Lombardia con 13.063 infortuni, il Veneto con 11.010 e l'Emilia Romagna con 10.823. Seguono molto distanziate con 2.000/3.000 infortuni: Piemonte 3.658, Toscana 3.379, Marche

3.130, Friuli Venezia Giulia 2.979, Trentino Alto Adige 2.259. Con 1.000 infortuni troviamo il Lazio (1.650), l'Umbria (1.602) e l'Abruzzo (1.162).

Tre le province, con oltre 3.500 infortuni troviamo solo la Provincia di Milano. Sei sono, invece, le province con un numero di infortuni compreso tra 2.000 e 3.000, tra queste: Treviso, Vicenza, Brescia, Bologna, Modena e Bergamo. Le province nelle quali si sono verificati tra 1.000 e 2000 infortuni sono invece undici: Verona, Padova, Perugia, Parma, Trento, Roma, Rimini, Udine, Bolzano, Ancona, Varese. In questa graduatoria non si trova alcuna provincia del Meridione.

E' importante osservare che la graduatoria degli infortuni non corrisponde esattamente alla graduatoria delle regioni e delle province per numero di soggiornanti stranieri e ciò dipende, oltre che dal numero degli immigrati, dalla rischiosità delle lavorazioni svolte (industria e agricoltura lo sono di più rispetto ai servizi) e dalla predisposizione dei datori di lavoro ad assicurare gli immigrati e a denunciare come tali i loro infortuni.

I cittadini stranieri che hanno svolto un'occupazione regolare (741.562 permessi di soggiorno per lavoro alla fine del 2001, esclusi i disoccupati), pur rappresentando solo il 3,4% degli occupati in totale (21.514.000 nel 2001), detengono una quota del 9,1% sugli infortuni indennizzati, indice questo di un rischio più elevato.

Rispetto alla quota media nazionale del 9,1%, spettante ai lavoratori nati all'estero sul totale degli infortuni indennizzati, si collocano al di sopra tutte le regioni del Nord Est (con il Friuli Venezia Giulia in testa: 15,0%) e altre regioni ad alta occupazione di immigrati (Lombardia, Marche, Umbria). Valori più contenuti si riscontrano in regioni di grande immigrazione come la Toscana (6,5%) e il Lazio (5,1%) e valori ancora più bassi (2-3%) in tutte le regioni del Meridione. L'incidenza infortunistica nei nati all'estero assume, così, una configurazione territoriale assai diversificata.

ITALIA. Incidenza infortuni nati all'estero su totale infortuni indennizzati (2001)

<i>Area</i>	<i>%</i>	<i>Area</i>	<i>%</i>
Nord Est	13,6	Nord Ovest	9,2
Centro	7,7	Sud	3,4
Isole	2,6	ITALIA	9,1
<i>Valori superiori</i>		<i>Valori inferiori</i>	
Trentino A.A.	13,3	Sardegna	1,8
Marche	11,4	Calabria	1,9
Lombardia	11,3	Campania	2,1
Umbria	10,5	Puglia	2,8

**Istituto Italiano di Medicina Sociale / Dossier Statistico Immigrazione. Elaborazioni su dati INAIL**

**I settori a più alto rischio infortunistico per gli immigrati**

I settori, nei quali si registra un numero relativamente più alto di infortuni per i lavoratori nati all'estero sono, quasi con lo stesso numero di eventi, le costruzioni e l'industria metalli (ciascuno con una quota del 14% del totale). Con quote del 4-5% troviamo l'agrimetria, l'industria meccanica, il commercio, i trasporti e le attività immobiliari/servizi di pulizia.

Da un confronto risulta che anche per gli italiani l'edilizia è il settore con il più alto numero di infortuni, seppure non così alto (9,7%) come avviene per gli immigrati, mentre il contrario avviene in agricoltura dove gli italiani sono più esposti (8,5%). In agricoltura la minore rischiosità rilevata per i lavoratori extracomunitari probabilmente è ricollegabile alla strutturazione del settore in piccole realtà aziendali, che rendono più facile l'omissione delle denunce.

Quote di simili di concentrazione degli eventi infortunistici sia per gli italiani che per gli immigrati si realizzano nei trasporti e nel commercio, mentre nell'industria dei metalli il numero degli incidenti per gli immigrati è molto più alto. Meno rischioso è invece per tutti il settore degli alberghi e dei ristoranti.

ITALIA. Infortuni per settore dei lavoratori nati all'estero e della totalità dei lavoratori (2001)

<i>Settori</i>	<i>Infortuni lavoratori nati all'estero</i>	<i>%</i>	<i>% infortuni totalità lavoratori</i>
Costruzioni	8.492	14,5	9,7
Industria metalli	8.387	14,3	6,4
att.immobiliari	4.003	6,8	4,1
Trasporti	3.558	6,1	6,1
Agricoltura	3.223	5,5	8,5
Industria meccanica	3.087	5,3	3,8
Commercio	2.943	5,0	6,7
Totale	58.494	100,0	100,0

### **Ricerca 2004 Istituto Italiano di Medicina Sociale/Dossier Statistico Immigrazione. Elaborazioni su dati INAIL**

Pur con le dovute cautele interpretative è fondato vedere in atto questo duplice meccanismo:

- i lavoratori nati all'estero sono addetti alle lavorazioni a più alto rischio;
- nell'ambito di queste lavorazioni essi vanno incontro ad un tasso di infortuni più elevato rispetto a quello che colpisce i lavoratori italiani.

Un ulteriore approfondimento è possibile confrontando la concentrazione degli infortuni in alcuni settori e la concentrazione negli stessi delle assunzioni di lavoratori extracomunitari. Viene confermato che i settori a più alto rischio sono l'industria metalli (tasso differenziale + 9,4% e cioè quota degli infortuni più alta

rispetto alla quota delle assunzioni), le costruzioni (+ 4,6%) e l'industria meccanica (+ 3,6%): peraltro queste indicazioni risultano abbastanza attendibili non solo sulla base della letteratura esistente ma anche con riferimento ai dati presi prima in considerazione.

Analizzando l'andamento infortunistico dei lavoratori nati all'estero nelle singole regioni si rileva che il settore delle costruzioni è in tutta Italia quello nel quale avviene il maggior numero di infortuni, in quanto si colloca solitamente al primo o al secondo posto.

### **Lavoratori nati all'estero: confronto tra infortuni e assunzioni per settore (2001)**

<i>Settori</i>	<b>Infortuni**</b>	<i>% vert.</i>	<i>Assunzioni*</i>	<i>% vert.</i>	<i>Diff. (Inf.-Ass.)</i>
Industria metalli	8.387	14,3	24.353	4,9	9,4
Costruzioni	8.492	14,5	49.341	9,9	4,6
Industria meccanica	3.087	5,3	8.228	1,7	3,6
Agrindustria	3.223	5,5	60.147	12,1	-6,6
Alberghi e ristoranti	2.516	4,3	87.426	17,6	-13,3
Pesca	6	0,0	100	0,0	0,0
Totale	58.494	100,0	496.861	100,0	0,0

**\*LAVORATORI EXTRACOMUNITARI \*\* LAVORATORI NATI ALL'ESTERO**

**Ricerca 2004 Istituto Italiano di Medicina Sociale/Dossier Statistico Immigrazione. Elaborazioni su dati INAIL**

Per gli infortuni occorsi nell'industria metalli e nel settore delle attività immobiliari/pulizie hanno maggiore rilievo le regioni del Nord, mentre per l'agrindustria e il commercio hanno maggior rilievo le regioni del Sud.

Il settore degli alberghi e dei ristoranti, a prescindere dalla collocazione territoriale, ha una maggiore rilevanza nelle regioni a vocazione turistica (Valle d'Aosta, Trentino Alto Adige, Liguria, Lazio, Sardegna).

### **Diverso rischio infortunistico per i gruppi nazionali e per le donne**

I gruppi nazionali degli immigrati sono diversamente esposti al rischio infortunistico. La regola è che quando la quota percentuale che un gruppo nazionale detiene sugli infortuni è notevolmente al di sopra della quota percentuale che lo stesso gruppo ha sui permessi di soggiorno, sussiste un maggiore rischio.



**Differenza per paesi tra quota dei soggiornanti e quota degli infortuni (2001)**

Paese	% soggiorni	% infortuni	Paese	% soggiorni	% infortuni
Alta			<i>Inferiore</i>		
Marocco	13,4	20,2	Romania	6,1	3,4
Tunisia	4,2	6,0	Egitto	2,4	2,0
Senegal	4,0	5,3	Bangladesh	1,9	1,7
Jugoslavia	2,7	3,8			
Superiore			Uguale		
Ghana	1,7	2,4	India	1,9	1,9
Algeria	1,2	1,6	Pakistan	1,8	1,8

**Ricerca 2004 Istituto Italiano di Medicina Sociale/Dossier Statistico Immigrazione. Elaborazioni su dati INAIL**

Vi sono paesi soggetti a un rischio infortunistico più alto con una differenza tra quota dei soggiornanti e quota degli infortuni di uno (Senegal e Jugoslavia), due (Tunisia) e addirittura sette punti percentuali (Marocco) e paesi con una quota percentuale di infortuni più elevata solo di qualche decimo di percentuale (Ghana e Algeria) o uguale (India e Pakistan). Non mancano i paesi per i quali la quota di infortuni è più bassa rispetto alla percentuale dei soggiornanti (Romania, Egitto, Bangladesh).

Queste differenze non sono tutte di facile interpretazione e, indubbiamente, dipendono anche dai settori prioritari di inserimento dei vari gruppi. La ripartizione per settori degli infortuni evidenzia, in effetti, queste concentrazioni:

- i marocchini, i senegalesi, i ghanesi e i pakistani nell'industria metalli;
- gli albanesi e gli jugoslavi nelle costruzioni (e così anche i tunisini, rilievo questo che genera una certa sorpresa in quanto scarsamente conosciuto);
- gli egiziani nel settore degli alberghi e dei ristoranti;
- gli indiani nell'agrindustria.

Per quanto riguarda la differenza di genere, gli infortuni denunciati nel 2001 attestano che le donne incidono per poco più di un sesto sugli infortuni riguardanti i lavoratori nati all'estero (8.868 su 58.494 pari al 15,2%) e quindi in misura inferiore rispetto alla loro presenza. Sappiamo che al 31.12.2001 le donne hanno costituito una parte cospicua sia del complesso della popolazione immigrata (46%), sia della popolazione immigrata occupata nei settori del lavoro dipendente (202.709 su 652.064, pari al 31,1%) e di quello autonomo (18.410 su 89.498 pari al 20,6%).

Per spiegare la ridotta incidenza infortunistica delle donne si deve senz'altro fare riferimento alla loro esclusione da quei lavori pesanti e pericolosi; si deve inoltre tenere presente che circa i tre quarti delle donne sono occupate nel settore della collaborazione domestica, notoriamente a più basso rischio.

Anche per le donne l'andamento del rischio è differenziato per gruppi nazionali. La loro incidenza supera il 20% tra chi è nato in paesi occidentali (Germania, Belgio, Francia, Svizzera), in paesi dell'Est Europa (Romania) e in diversi paesi extraeuro-

pei (Argentina, Perù e Nigeria superano la soglia del 30%). Invece tra chi viene da paesi di tradizione musulmana la percentuale delle donne a livello infortunistico, seppure in aumento, resta al di sotto del 10% (Marocco, Senegal, Egitto, Bangladesh, Pakistan). Tra questi due estremi si inserisce un gruppo di paesi con percentuali mediane, attorno al 15% (Ghana e Jugoslavia).

### **Calcolo del tasso infortunistico dei lavoratori immigrati**

Per calcolare il tasso di rischio infortunistico degli immigrati è necessario rapportare gli infortuni al totale dei lavoratori stranieri occupati. Sono disponibili i dati INAIL sulle assunzioni (467.304) effettuate nel corso del 2001, che però non rappresentano l'intera popolazione di riferimento per diverse ragioni: un certo numero era occupato in maniera stabile prima del 2001, nelle statistiche dell'INAIL non si tiene conto dei lavoratori interinali (secondo stime circa 100.000 l'anno) e delle persone assunte con contratto di collaborazione coordinata e continuativa (anch'essi, secondo le stime, in numero ragguardevole).

Si possono ipotizzare tre diversi indici di correzione, da aggiungere al numero delle assunzioni: 140.000 nella prima ipotesi (probabilmente insufficiente) e 280.000 nella seconda ipotesi (più soddisfacente ma con residui margini di dubbio) e 420.000 nell'ipotesi terza (che tiene maggiormente conto delle persone già in precedenza occupate). Nella prima ipotesi gli immigrati occupati aumenterebbero a 607.304, nella seconda a 747.304 e nella terza a 887.304. La media tra questi quattro serie di numeri è pari a 677.304, risultanza che concorda grosso modo con i dati sui soggiornanti per motivi di lavoro, esclusi i disoccupati.

L'incidenza degli infortuni, rapportati alla popolazione straniera occupata così calcolata, va da un minimo di 6,6 infortuni ogni 100 lavoratori immigrati (terza ipotesi) ad un massimo di 9,6: a questo valore si avvicina il 9,1% che costituisce la media delle tre ipotesi e appare la più realistica.

Si tratta di un andamento molto differenziato rispetto a quello riguardante gli italiani, soggetti a un tasso infortunistico del 4,2% derivante dal rapporto tra 641.106 infortuni indennizzati nel 2001 rapportati rispetto a poco più di 15 milioni di assicurati (anzi, depennando i lavoratori stranieri e i relativi infortuni il tasso infortunistico diminuirebbe ulteriormente di qualche punto percentuale).

La ricerca condotta, per quanto bisognosa di essere perfezionata, mette chiaramente in evidenza che tra i lavoratori italiani avviene un infortunio ogni 25 persone al lavoro, tra quelli extracomunitari uno ogni 10: questo è il differenziale di rischio, più che raddoppiato rispetto agli italiani, al quale va incontro chi viene dall'estero. Gli immigrati non solo vivono sulla loro pelle poco meno di un decimo del totale degli infortuni indennizzati ma anche, al loro interno, sanno che in un caso su dieci sono destinati ad infortunarsi. Per giunta i casi mortali (111) sono stati uno ogni 500 infortuni indennizzati e ciò attesta una incidenza altamente drammatica.

Nasce da qui l'urgenza del discorso sulla prevenzione e sulla tutela. Ogni infortunio, per quanto occasionale, è di grave pregiudizio alla salute di chi si adopera per

il benessere della società: eliminarli del tutto è impossibile, ma contenerli è indispensabile perché hanno assunto una dimensione non accettabile.

### **Tasso infortunistico e aree territoriali**

Il rischio è, naturalmente, molto differenziato per aree territoriali: ci atteniamo sempre all'ipotesi media fondata su un tasso infortunistico del 9,1%,

Il Nord Est si colloca al di sopra della media con 11 infortuni indennizzati ogni 100 lavoratori: questi sono i valori del Veneto, mentre gli infortuni salgono a 14 nel Friuli Venezia Giulia e in Emilia Romagna e scendono a 5 nel Trentino Alto Adige.

Il Nord Ovest ha all'incirca gli stessi valori della media nazionale: 9,4 infortuni per 100 lavoratori addetti. In realtà questa incidenza si riscontra solo in Piemonte e in Lombardia, mentre è più bassa in Valle d'Aosta e in Liguria.

Il Centro è un'area dalla disomogeneità molto accentuata, con regioni che rivelano un tasso infortunistico superiore al 10% (Umbria e Marche) e altre regioni che si collocano al di sotto della media (Toscana con il 6,8%) o notevolmente al di sotto della media (Lazio con il 3,4%).

Il Sud e le Isole hanno rispettivamente 6/5 infortuni ogni 100 lavoratori immigrati addetti: peraltro si discostano da questo andamento, con 8/9 infortuni ogni 100 addetti, l'Abruzzo, il Molise, la Sardegna, e con 10 infortuni la Basilicata.

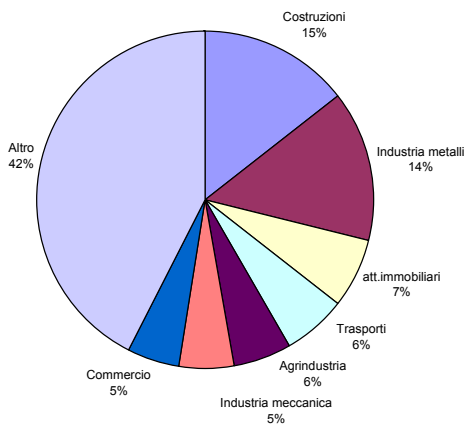
Ad interpretazione di tali dati si ricorda in conclusione che la maggior ricorrenza degli infortuni tra gli immigrati può essere correlata ad una maggiore rischiosità delle lavorazioni svolte come anche, in parte, ad una reale difficoltà di formazione/informazione sulle misure di sicurezza; inoltre sui numeri rilevati incide la predisposizione dei datori di lavoro ad assicurare gli immigrati e a denunciare come tali i loro infortuni.

## ITALIA. Infortuni lavoratori nati all'estero: incidenza sul totale e tasso di rischio (2001)

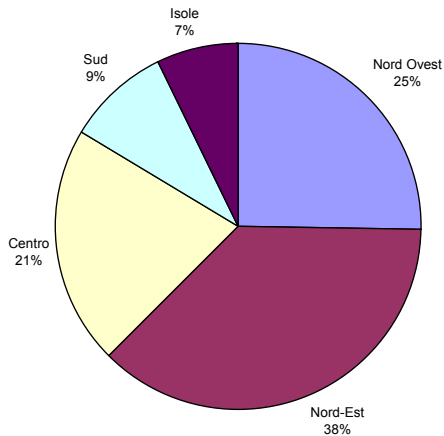
Reg.	Totale infortuni Indennizzati nel 2001			Assunzioni 2001 e ipotesi su forza lavoro immigrata occupata nel 2001								
				Assunzioni 2001		1 ipot. forze lavoro			2 ipot. forze lavoro		3 ipot. forze lavoro	
Reg.	Inf. Ital + imm.	Inc. % Inf imm	N° inf. Imm.	Assunz. Immig.	% inf. su assunti	Lavorat. Assicurat.	% inf. su imm. occupati	Lavorat. Assic.	% inf. su imm. occupati	Lavorat. Assic.	% inf. su imm. Occup.	% inf. su imm. Occup.
Piemonte	54.850	6,7	3.658	27.085	13,5	35.199	10,4	43.314	8,4	51.428	7,1	9,9
Valle Aosta	1.848	7,1	132	1.489	8,9	1.935	6,8	2.381	5,5	2.827	4,7	6,5
Lombardia	115.111	11,3	13.063	100.770	13,0	130.960	10,0	161.150	8,1	191.339	6,8	9,5
Trentino A A	17.045	13,3	2.259	35.881	6,3	46.631	4,8	57.380	3,9	68.130	3,3	4,6
Veneto	78.420	14	11.010	70.697	15,6	91.877	12,0	113.057	9,7	134.238	8,2	11,4
Friuli-V. G.	19.815	15	2.973	15.463	19,2	20.096	14,8	24.728	12,0	29.361	10,1	14,0
Liguria	21.314	4,4	943	8.813	10,7	11.453	8,2	14.094	6,7	16.734	5,6	7,8
Emilia Rom	83.570	13	10.823	58.290	18,6	75.753	14,3	93.216	11,6	110.679	9,8	13,6
Toscana	51.790	6,5	3.379	36.388	9,3	47.290	7,1	58.191	5,8	69.093	4,9	6,8
Umbria	15.192	10,5	1.602	10.423	15,4	13.546	11,8	16.668	9,6	19.791	8,1	11,2
Marche	27.351	11,4	3.130	16.908	18,5	21.973	14,2	27.039	11,6	32.104	9,7	13,5
Lazio	32.379	5,1	1.656	36.204	4,6	47.050	3,5	57.897	2,9	68.743	2,4	3,4
Abruzzo	16.341	7,1	1.162	9.397	12,4	12.212	9,5	15.028	7,7	17.843	6,5	9,0
Molise	3.251	3	97	938	10,3	1.219	8,0	1.500	6,5	1.781	5,4	7,6
Campania	22.501	2,1	469	8.556	5,5	11.119	4,2	13.683	3,4	16.246	2,9	4,0
Puglia	29.080	2,8	825	12.544	6,6	16.302	5,1	20.060	4,1	23.818	3,5	4,8
Basilicata	5.588	3,2	180	1.279	14,1	1.662	10,8	2.045	8,8	2.429	7,4	10,2
Calabria	9.455	1,9	183	2.574	7,1	3.345	5,5	4.116	4,4	4.887	3,7	5,2
Sicilia	22.934	3,1	712	11.629	6,1	15.113	4,7	18.597	3,8	22.081	3,2	4,5
Sardegna	13.271	1,8	238	1.976	12,0	2.568	9,3	3.160	7,5	3.752	6,3	8,8
N.O.:		9,2	17.796	138.157	12,9	179.548	9,9	220.938	8,1	262.329	6,8	9,4
N.E.		13,6	27.065	180.331	15,0	234.357	11,5	288.382	9,4	342.408	7,9	11,0
Centro		7,7	9.767	99.923	9,8	129.859	7,5	159.795	6,1	189.731	5,1	7,1
Sud		3,4	2.916	35.288	8,3	45.860	6,4	56.432	5,2	67.004	4,4	6,1
Isole		2,6	950	13.605	7,0	17.681	5,4	21.757	4,4	25.833	3,7	5,1
ITALIA	641.106	9,1	58.494	467.304	12,5	607.304	9,6	747.304	7,8	887.304	6,6	9,1

## Ricerca 2004 Istituto Italiano di Medicina Sociale/Dossier Statistico Immigrazione. Elaborazioni su dati INAIL

Infortunati per settore dei lavoratori nati all'estero



Incidenza percentuale degli infortuni dei lavoratori immigrati sul totale degli infortuni (ripartizioni)



## ITALIA- Concentrazione degli infortuni dei lavoratori nati all'estero per regioni e per settori (2001)

Regione	Settori ad alta concentrazione
Piemonte	Costruzioni 16,2 – Metalli 13,9 – Attività Immobiliari 9,0
Valle d'Aosta	Costruzioni 47,7 – Alberghi e ristoranti 11,4 – Attività immobiliari 8,3
Lombardia	Industria metalli 18,6 - Costruzioni 12,0 – Trasporti 7,2
Trentino A. Adige	Costruzioni 19,4 – Alberghi e ristoranti 10,9 – Agrindustria 8,4
Veneto	Industria metalli 16,7 – Costruzioni 12,8 – Industria meccanica 6,4
Friuli V. Giulia	Industria metalli 17,5 – Costruzioni 14,7 – Attività immobiliari 7,9
Liguria	Costruzioni 31,2 – Alberghi e ristoranti 8,8 – Trasporti 6,5
Emilia Romagna	Industria metalli 14,6 – Costruzioni 12,1 – Attività immobiliari 8,9
Toscana	Costruzioni 20,9 – Agrindustria 12,0 – Trasporti 6,6
Umbria	Costruzioni 26,5 – Industria metalli 11,8 – Agrindustria 9,4
Marche	Industria metalli 15,5 - Costruzioni 14,6 - Industria conciaria 6,6
Lazio	Costruzioni 15,3 – Alberghi e ristoranti 11,7 – Commercio 9,7
Abruzzo	Costruzioni 17,4 – Industria metalli 10,1 – Commercio 8,4
Molise	Agrindustria 18,6 – Costruzioni 12,4 – Commercio 12,4
Campania	Agrindustria 11,7 – Costruzioni 10,7 – Trasporti 8,5
Puglia	Agrindustria 13,5 – Costruzioni 11,8 – Commercio 9,7
Basilicata	Agrindustria 17,2 – Costruzioni 13,9 - Ind. Mezzi trasporto 10,6
Calabria	Costruzioni 15,8 – Commercio 15,3 – Agrindustria 14,8
Sicilia	Agrindustria 23,9 – Costruzioni 14,3 – Commercio 11,8
Sardegna	Agrindustria 11,8 – Costruzioni 11,3 – Alberghi e ristoranti 9,7
Italia	Costruzioni 14,5 - Industria metalli 14,3 - Attività immobiliari 6,8

## Ricerca 2004 Istituto Italiano di Medicina Sociale/Dossier Statistico Immigrazione. Elaborazioni su dati INAIL

### ITALIA. Infortuni dei lavoratori nati all'estero ripartiti per gruppi nazionali e per settore (2001)

Gruppo Naz.	Primo settore	Secondo settore	Terzo settore
Marocco	Metalli 17,4	Costruzioni 13,5	Att. Immob./pulizie 8,7
Albania	Costruzioni 27,7	Metalli 13,3	Agrindustria 7,1
Tunisia	Costruzioni 24,6	Metalli 12,5	Trasporti 6,5
Jugoslavia	Costruzioni 26,4	Metalli 13,1	Trasporti 8,8
Senegal	Metalli 26,3	Meccanica 5,7	Trasporti 5,0
Romania	Costruzioni 18,7	Metalli 12,4	Att. Immob./pulizie 6,1
Ghana	Metalli 23,4	Meccanica 8,3	Trasporti 7,9
Egitto	Alberghi/ristoranti 15,5	Costruzioni 13,9	Metalli 8,4
India	Agrindustria 21,2	Metalli 17,5	Industria alimentare 5,2
Pakistan	Metalli 28,1	Meccanica 7,7	Tessile 7,3

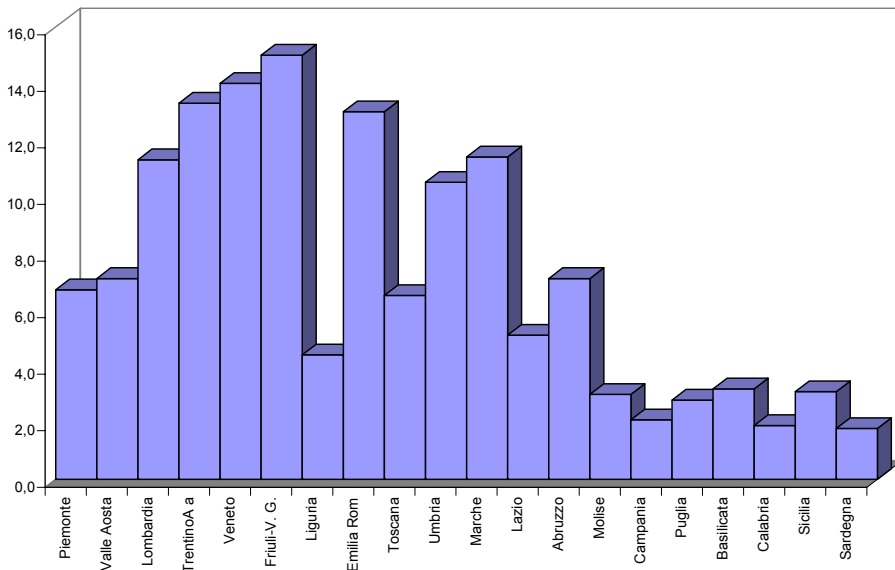
## Ricerca 2004 Istituto Italiano di Medicina Sociale/Dossier Statistico Immigrazione. Elaborazioni su dati INAIL

### ITALIA. Quote percentuali infortuni indennizzati e soggiornanti per paese di nascita (2001)

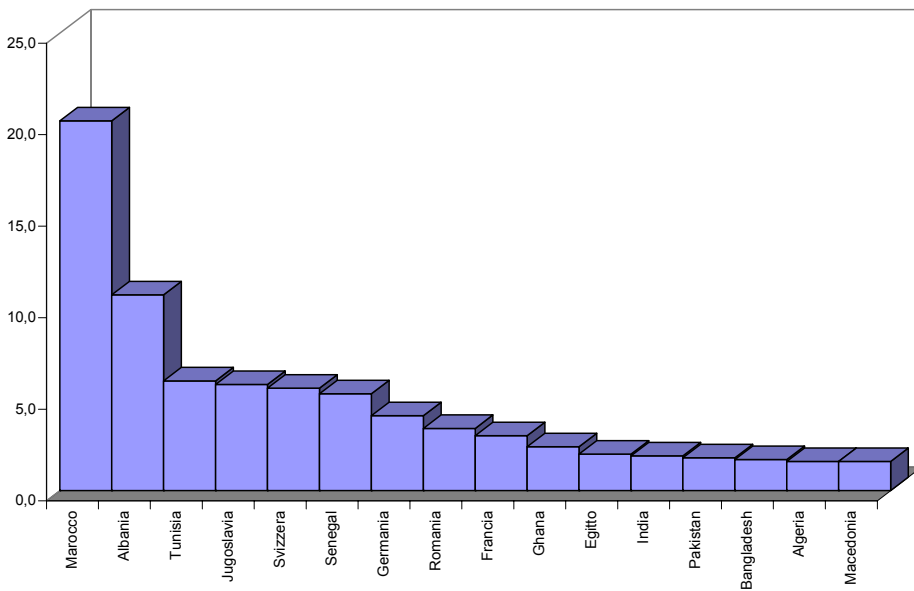
Paese di nascita	Quota infort	Quota soggiornati	Paese di nascita	Quota infort.	Quota soggiornati
Marocco	20,2	11,6	Ghana	2,4	1,3
Albania	10,7	10,6	Egitto	2,0	1,9
Tunisia	6,0	3,4	India	1,9	2,2
Jugoslavia	5,8	2,7	Pakistan	1,8	1,4
Svizzera	5,6	1,2	Bangladesh	1,7	1,5
Senegal	5,3	2,6	Algeria	1,6	0,9
Germania	4,1	2,6	Macedonia	1,6	1,7
Romania	3,4	5,5	<b>Tutti i paesi</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
Francia	3,0	1,9		<b>(58.496)</b>	<b>(1.362.630)</b>

Ricerca 2004 Istituto Italiano di Medicina Sociale/Dossier Statistico Immigrazione. Elaborazioni su dati INAIL

**Incidenza percentuale degli infortuni dei lavoratori immigrati sul totale degli infortuni**



**Quote percentuali di infortuni di lavoratori immigrati per paese di nascita (primi 16)**





## FAMIGLIE MISTE E NUOVE GENERAZIONI: UNA SFIDA PER L'INTEGRAZIONE?

*Rosanna Adragna*

### *Famiglie e socializzazione.*

“Spazio insieme fisico, relazionale e simbolico apparentemente più noto e comune, al punto da essere usato come metafora per tutte quelle situazioni che hanno a che fare con la spontaneità, con la naturalezza, con la riconoscibilità senza bisogno di mediazione (...), la famiglia si rivela uno dei luoghi privilegiati di costruzione sociale della realtà, a partire dalla costruzione sociale degli eventi e rapporti apparentemente più naturali. E' entro i rapporti familiari infatti, che gli stessi eventi della vita individuale che più sembrano appartenere alla natura vengono consegnati all'esperienza individuale”<sup>1</sup>. La famiglia dunque, come luogo d'incontro, di costruzione dell'identità dell'individuo, della sua socializzazione, dove con questa espressione s'intende il processo di apprendimento mediante il quale l'individuo diviene persona, ossia impara a comportarsi come le norme della società richiedono. Tale processo di inserimento nella vita sociale che risulta essere presente in tutti i sistemi culturali, inizia con la nascita e coinvolge in un primo momento la famiglia, mediante la quale ciò che è estraneo diventa a poco a poco consueto: la famiglia è il filtro mediante il quale il non familiare diventa familiare.

Esiste dunque un legame molto stretto, di reciprocità fra famiglia e società, in quanto quest'ultima per sopravvivere nel tempo ha bisogno di riprodursi e in questo la famiglia gioca un ruolo fondamentale che è quello di generare i nuovi membri della società. Si tratta di una riproduzione fisica, ma che si realizza anche attraverso la trasmissione di valori che sembrano dover passare obbligatoriamente dalla famiglia, la quale come agenzia di socializzazione primaria agisce in maniera forte nei primi anni di vita dell'individuo, dando a questo i valori fondanti la dimensione individuale della sua personalità. La presenza della famiglia nel processo di socializzazione è indispensabile, essa costituisce il primo altro che l'individuo incontra nel suo percorso di vita e con il quale interagisce, acquisendo dei modelli di comportamento che vengono interiorizzati e che costituiscono il punto di partenza per la socializzazione dell'individuo.

### *Complessità etnica e nuovi modi di fare famiglia.*

Un aspetto essenziale della società contemporanea è la sua crescente complessità che, si esprime in vario modo e che risulta essere anche una conseguenza del fenomeno migratorio che ha cambiato e cambia costantemente il contesto sociale, rendendolo sempre più multi-etnico.

Tale multi-etnicità, ha prodotto negli anni un bisogno di ordine e aggiustamento, auspicabile attraverso la conoscenza e lo scambio tra le diverse culture.

---

<sup>1</sup> M. Naldini- C. Saraceno, *Sociologia della famiglia*, Il Mulino, Bologna, 2001, p. 10

La complessità etnica come fatto consequenziale al fenomeno migratorio, ha reso nel tempo più varia la pluralità delle forme familiari esistenti nell'odierna società occidentale che, rende impossibile individuare un modello familiare tipico degli immigrati, poiché la realtà familiare di quest'ultimi assume spesso una configurazione atipica. La famiglia in emigrazione è soggetta inevitabilmente a dei cambiamenti poiché, l'esperienza migratoria con le sue rotture culturali e affettive determina la ridefinizione, la riorganizzazione dei reticoli relazionali, in particolare in riferimento dei rapporti uomo-donna, madre-padre, marito-moglie, padre-figli, madre-figli<sup>2</sup>.

Studi recenti condotti da sociologi e antropologi sulla famiglia che cambia in emigrazione, hanno messo in evidenza i modi del "fare famiglia dell'immigrato"<sup>3</sup>, che sono vari e che hanno prodotto tipologie familiari quasi esclusive dell'immigrato, che presentano problemi e articolazioni particolari sia in relazione al gruppo etnico di appartenenza che in relazione alla fase del ciclo migratorio. Rientrano in questi modi del "fare famiglia dell'immigrato", la famiglia a doppia carriera in cui entrambi i coniugi lavorano e che risulta essere molto diffusa nel nostro territorio, la famiglia ricongiunta che si ricostituisce dopo un periodo di separazione, dovuto alla migrazione di uno dei coniugi per incrementare le risorse economiche necessarie al sostentamento del nucleo familiare.

*Famiglie miste: gestione delle differenze e scelte educative per l'integrazione delle nuove generazioni.*

*Una tipologia familiare anch'essa emersa dal fenomeno migratorio e la cui presenza, almeno in Italia è in aumento, è quella della famiglia mista, che oggi è sempre più oggetto di studi, soprattutto in relazione all'integrazione delle nuove generazioni al suo interno.*

*La famiglia mista, può essere il risultato o del cosiddetto matrimonio misto, cioè dell'unione coniugale tra individui appartenenti ad etnie diverse, o della cosiddetta adozione internazionale che consiste nell'inserimento di un minore straniero entro un nucleo familiare autoctono<sup>4</sup>. "Questa tipologia familiare può rappresentare un fenomeno dotato di un elevatissimo valore simbolico nella misura in cui può essere assunto come uno degli indicatori più efficaci dell'integrazione raggiunta dalle popolazioni immigrate"<sup>5</sup>. La famiglia mista è un prodotto dalla diversità, ossia dell'incontro di due mondi culturali diversi, e la curiosità che ruota attorno ad essa riguarda soprattutto la gestione della diversità tanto nel rapporto di coppia, quanto nel rapporto genitori-figli.*

---

<sup>2</sup> Cfr. V. Cesareo, *Famiglia e migrazione: aspetti sociologici*, in AA. VV., *La famiglia in una società multi-etnica*, Vita e Pensiero, Milano, 1993

<sup>3</sup> M. T. Bordogna, *Le famiglie patchwork: i matrimoni misti e ricongiungimenti familiari*, "Marginalità e Società", Franco Angeli, n. 28, 1994.

<sup>4</sup> P. Donati- E. Scabini, *Nuovo lessico familiare*, Vita e Pensiero, Milano, 1995. p. 261

<sup>5</sup> *Ibidem*, p. 262

All'interno delle famiglie miste, il rapporto genitori-figli in relazione alle scelte educative da compiere nei confronti di quest'ultimi, per una loro integrazione nel contesto in cui vivono, costituisce una delle questioni più rilevanti ossia, uno specifico oggetto di studi.

All'interno delle famiglie miste, tre sembrano essere le strategie prevalenti per la gestione delle differenze. In relazione a queste differenze, la famiglia può definirsi<sup>6</sup>:

- Un gruppo cosmopolita.
- Assimilata alla maggioranza.
- Un nucleo instabile e in continuo conflitto, incapace di gestire le diversità esistenti tra le due culture di riferimento familiare.

Nella prima tipologia, i coniugi considerano le differenze culturali esistenti tra di loro come un'opportunità di arricchimento tanto per la coppia, quanto per tutta la famiglia. In questo tipo di unione, per quanto riguarda le scelte educative da compiere per i figli, si attuano azioni di "doppia autorizzazione" in cui i diversi patrimoni culturali dei genitori vengono trasmessi ai figli come insieme di opportunità; in questa tipologia le scelte di vita importanti, come per esempio l'appartenenza religiosa, vengono rimandate a quando i figli potranno scegliere da soli. Infatti qualora i coniugi non hanno una forte fede religiosa, i bambini possono vivere tra le due religioni senza doversi porre in una situazione chiara, almeno in questa prima fase della loro vita, in seguito potranno scegliere da soli. Obiettivo dei genitori è in questo caso, quello di valorizzare le diversità, di considerarle fonte di arricchimento per cui, i valori, gli usi e le tradizioni delle singole culture vengono rispettati. I figli di queste coppie vivono generalmente una condizione di doppia appartenenza, e considerano le due culture degne di ugual rispetto. Qui l'appartenenza biculturale è accettata poiché, questi genitori ritengono giusto che i propri figli debbano conoscere e comunicare nelle due lingue. Alla base di tale scelta sembra esservi un legame molto forte con la propria cultura d'origine e con la propria famiglia.

Questa tipologia rappresenta forse uno degli esiti del confronto culturale che meglio si avvicinano all'ideale del multiculturalismo nei suoi aspetti più positivi.

Nella seconda tipologia, la cultura del genitore straniero viene messa in secondo piano, poiché viene considerata non funzionale all'integrazione della famiglia e del bambino nella società in cui si vive. Tale funzionalità, legata all'inserimento nel contesto d'accoglienza, tende probabilmente ad oscurare il fatto che una cultura oltre a poter svolgere una funzione, è anche una fonte di ricchezza, qualcosa che, se opportunamente usata, può arricchire l'identità dell'individuo.

In questa tipologia, la complessità culturale assume una connotazione negativa, e i riferimenti culturali di ciascun membro della coppia non hanno la stessa rilevanza.

La terza tipologia, è quella in cui le diversità culturali vengono gestite in maniera profondamente conflittuale. Si tratta di situazioni familiari in cui manca un equili-

---

<sup>6</sup> [www.cadr.it/articoli%20consultorio/consultoriot.htm](http://www.cadr.it/articoli%20consultorio/consultoriot.htm)

brio tra i coniugi che, ancora non hanno trovato un'armonia interna, e che risultano essere poco integrati nel contesto sociale in cui si trovano. Questa scarsa integrazione, probabilmente è riconducibile al fatto che questa tipologia di coppia non considera entrambe le culture di riferimento degne di ugual valore.

All'interno di queste famiglie, i conflitti riguardano soprattutto le scelte educative da compiere per i figli. Tale conflittualità, probabilmente è riconducibile ad una reale disparità esistente nel potere decisionale dei due adulti, che li induce a lottare per far prevalere una sola cultura e per poter trasmettere le tradizioni di un solo paese. I figli di queste coppie sentono in maniera forte questa difficoltà di interazione, e spesso vivono l'appartenenza a due culture come un problema e non come una fonte di ricchezza. In questa tipologia, manca la consapevolezza che le differenze devono essere negoziate alla pari.

Quanto detto finora, ha messo in evidenza tre diversi modi di gestire e di trasmettere le differenze culturali alle nuove generazioni all'interno delle famiglie miste. Sarebbe molto interessante poter vedere oggi la risultante di queste scelte, ossia i figli di queste coppie, poter vedere quanto e come le scelte educative compiute per loro dai propri genitori, possono incidere sul loro percorso integrativo nel contesto sociale in cui vivono. Oggi questo non è ancora non è possibile, poiché in Italia non esiste un campione di giovani figli di coppie miste con cui potersi confrontare.

Studi fatti<sup>7</sup> hanno evidenziato che il "nocciolo duro" del percorso educativo da costruire per i figli delle famiglie miste, sembra essere costituito dalla lingua e dalla religione (genitore minoranza).

L'appartenenza religiosa implica decisioni concrete come per esempio, la scelta del nome del figlio, la circoncisione, che costituiscono valori di estrema importanza, alcuni difficilmente negoziabili, di fronte ai quali viene messa alla prova la stabilità dell'unione coniugale. L'acquisizione della lingua minoranza, permette di stabilire un legame profondo con il genitore straniero e con la sua famiglia d'origine e anche la possibilità di comunicare con il gruppo allargato dei parenti. Per il genitore-minoranza, tali valori hanno un significato forte, e spesso dietro l'attaccamento ai propri valori di riferimento vi sono dei vissuti personali, e vi è poi un elemento comune a tutti i soggetti migranti che è la migrazione. Il processo migratorio implica un distacco dai propri valori di riferimento, per cui una volta giunti in un nuovo Paese, l'attaccamento a tutto ciò che costituisce l'identità di un soggetto si amplifica. Attraverso delle ricerche realizzate<sup>8</sup> su campo, è stato possibile evidenziare quali valori una volta giunto nel Paese d'accoglienza, il soggetto migrante ha più paura di perdere, e in questo senso la lingua sembra avere la priorità. Tale paura è da ri-

---

<sup>7</sup> Cfr M. T. Bordogna, *Legami familiari e immigrazione: i matrimoni misti*, L'Harmattan, Torino, 1996, p. 129

<sup>8</sup> Cfr R. Adragna, *Identità, valori, alterità. Un'esperienza di mediazione interculturale a Palermo*. Tesi di laurea, Facoltà di Lettere e Filosofia dell'Università di Palermo, a.a. 2001-2002

condurre probabilmente al fatto che la lingua, oltre ad essere un valore, è un codice di comunicazione senza il quale è impossibile comunicare, per cui una volta giunti in un Paese nuovo è inevitabile se si vuole interagire, mettere da parte la propria lingua di riferimento per apprendere un'altra che consenta la comunicazione con il contesto sociale in cui ci si trova. Di fronte alla paura di perdere ciò che si è, “il vissuto identitario e culturale del migrante dovrebbe costituire lo spazio potenziale tra l'individuo e il suo ambiente, tra la società di accoglienza e quella di provenienza, passaggio indolore fra passato e futuro, luogo e tempo di transizione. Se questo spazio potenziale non si costituisce, o non è abbastanza forte, è prevedibile una rottura tra l'individuo e l'habitat circostante”<sup>9</sup>; dunque si potrebbe pensare ad uno spazio comune in cui fare incontrare i propri valori con quelli degli altri, consentendo la conoscenza, unico mezzo, forse, valido per poter pensare ad una convivenza rispettosa delle differenze.

### **Riflessioni conclusive**

Il desiderio di affrontare un argomento così complesso come quello delle famiglie miste e dei processi integrativi che si attuano al suo interno, nasce dalla curiosità che quasi sempre viene mossa da ciò che è nuovo, interessante e poco conosciuto.

Questa tipologia familiare, densa di curiosità ma anche di risorse, che sono culturali e umane, può essere pensata come una sfida per l'integrazione, una maniera in più per pensare all'inserimento del soggetto migrante nel contesto d'accoglienza. L'esistenza delle famiglie miste pone il problema dell'integrazione del coniuge straniero, ma anche e soprattutto dell'integrazione delle nuove generazioni presenti in questa tipologia familiare.

I figli nati da coppie miste costituiscono una sfida per l'integrazione, una provocazione poiché loro, nascendo da coppie miste sono “naturalmente” figli di culture diverse. Questi minori si pongono al confine tra due culture, in una “terra di nessuno” in cui tutto è da costruire, da organizzare. Questa loro peculiarità richiede aggiustamenti, percorsi integrativi probabilmente mai sperimentati, che bisognerebbe indagare da vicino, in quanto l'integrazione di queste nuove generazioni oltre a rappresentare una sfida, costituiscono anche una risorsa utile per l'odierna società che sempre più mostra caratteristiche multiculturali.

Nota sull'autore.

Rosanna Adragna collabora alle attività didattiche e di ricerca della Cattedra di Sociologia e Sociologia della famiglia della Facoltà di Lettere e Filosofia dell'Università di Palermo.

E' docente a contratto della disciplina Sociologia delle relazioni etniche presso il Corso di laurea in Servizio Sociale dell'Università di Palermo, sede di Agrigento.

---

<sup>9</sup> M. Grasso, *Donne senza confini*, L'Harmattan, Torino, 1994, p. 87.

Si occupa di problematiche relative alle famiglie miste e ai processi di integrazione delle nuove generazioni.

## **RICHIEDENTI ASILO E RIFUGIATI: ACCESSIBILITA' E FRUIBILITA' ALLA MEDICINA DI BASE A ROMA**

*Pietro Benedetti*

Associazione "Centro Astalli", Via Degli Astalli 14/A Roma

**[www.centroastalli.it](http://www.centroastalli.it)**

L'Associazione Centro Astalli (ONLUS) è un organismo di volontariato riconosciuto dallo Stato e iscritto all'albo regionale del Lazio delle organizzazioni di volontariato.

L'Associazione Centro Astalli è la sede italiana del Jesuit Refugee Service (JRS), il servizio dei Padri Gesuiti per i Rifugiati presente in circa 50 Paesi nel mondo.

Il JRS è stato fondato nel 1980 da Padre Pedro Arrupe, allora Superiore Generale della Compagnia di Gesù, per dare una risposta concreta alla sofferenza dei rifugiati di quel periodo.

Il Centro, operativo dal 1981, è stato costituito Associazione nel 1988.

Al Centro Astalli, ogni giorno per diverse richieste (domanda di rilascio residenza, ambulatorio, mensa, iscrizione alla scuola d'italiano, emergenza alloggio), accedono dalle 14:00 alle 18:30 una media di 350 persone immigrate.

Quasi tutti i richiedenti e rifugiati che vanno alla Questura di Roma per inoltrare la domanda d'asilo o per cambiare la residenza sul Permesso ottengono da noi l'indirizzo; ogni anno più di 1000 persone vengono registrate, con foto e intervista, per accedere a tutti i nostri servizi e circa 5000 immigrati transitano per il Centro ogni dodici mesi; abbiamo 3 centri accoglienza notturni e diurni per quasi 200 ospiti tra uomini, donne e bambini; al servizio medico del Centro Astalli collaborano 25 volontari tra medici, farmacisti e infermieri interni più diversi medici e Poliambulatori esterni sul territorio, sensibili alla realtà del malato immigrato.

Premettendo che il servizio medico è accessibile ha tutti gli immigrati (con o senza Pds) la tipologia di utenti che si presenta oggi in ambulatorio è ben differente da quella del 2000; infatti nel 2003 chi accede più frequentemente è il paziente immigrato richiedente asilo, quindi regolarmente presente, mentre tre anni fa era il paziente irregolare che chiedeva da noi assistenza medica.

Analizzando i dati del Redattore Sociale 2004, si deduce che attualmente in Italia risiedono, circa 18.000 richiedenti asilo. Abbiamo motivo di presupporre che almeno 3.000 di questi vivono a Roma, alloggiando in strutture del Comune, edifici abbandonati o addirittura nelle stazioni.

Si aggiungono a questi numerosi immigrati che hanno ottenuto lo Status di rifugiato o Status Umanitario ma non sono riusciti a rendersi autosufficienti e vivono ancora in situazioni precarie.

Ad oggi la localizzazione sul territorio romano è abbastanza conosciuta ; sappiamo dove vivono le maggiori comunità: curda turca, quella etiope ed eritrea, quella sudanese e quella dell’Africa subsahariana.

Le strutture sono fatiscenti, spesso prive di servizi primari (acqua potabile, elettricità, servizi igienici ecc.); la presenza dei servizi territoriali (sociale, sanitario e legale) la maggior parte delle volte è insufficiente se non totalmente assente.

Purtroppo l’offerta dei Centri accoglienza non copre la domanda sul territorio; infatti soltanto 1/3 dei richiedenti riesce ad avere un posto letto ed un progetto mirato da parte del Centro che lo ospita. Coloro che sono ospiti per dodici mesi in Centri accoglienza convenzionati con il Comune di Roma sono poco meno di un migliaio.

Per motivi diversi i pazienti immigrati hanno incontrato, ed incontrano tuttora, ostacoli burocratici, amministrativi che rendono spesso difficile iscriversi al SSN e usufruirne come da diritto.

Come potrete immaginare la situazione a Roma è molto congestionata ed i tempi di attesa in Questura per ottenere semplicemente un Permesso di soggiorno per richiesta di asilo raggiungono gli otto mesi, quindi anche la normativa vigente (Legge 40) ha dovuto aggiornarsi semplificandosi sostanzialmente; infatti soltanto da novembre dello scorso anno, con una comunicazione del Dipartimento Sociale della Regione Lazio (Prot. N° 125820 del 18/11/03), i richiedenti asilo hanno la possibilità di iscriversi al SSN con l’unico documento in loro possesso ossia il cedolino della Questura.

Fino a quando non possederanno un permesso di soggiorno per asilo politico o umanitario la posizione legale dei richiedenti asilo non gli permetterà di lavorare, in questo limbo sono dei “disoccupati forzati” ed “esenti d’ufficio” dal pagamento del ticket sanitario.

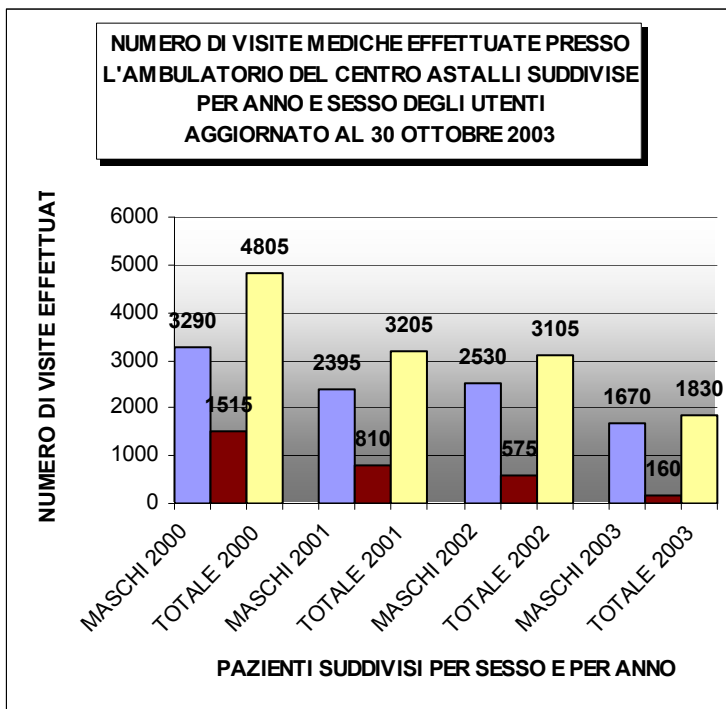
Per facilitare l’accesso ai servizi sanitari, per migliorarne la fruibilità, per far conoscere la “nostra” medicina di prevenzione e soprattutto per rendere attivo il cittadino immigrato alla conoscenza dei servizi territoriali e della Medicina di base, senza dover sistematicamente cercare cure al “Pronto Soccorso dell’ospedale più grande che vedo” come mi dichiarano spesso gli utenti quando accedono al nostro ambulatorio, si sta formando un gruppo di lavoro, in qualità di Gris (Gruppo Immigrazione e Salute) , che si dedicherà ai richiedenti asilo e rifugiati.

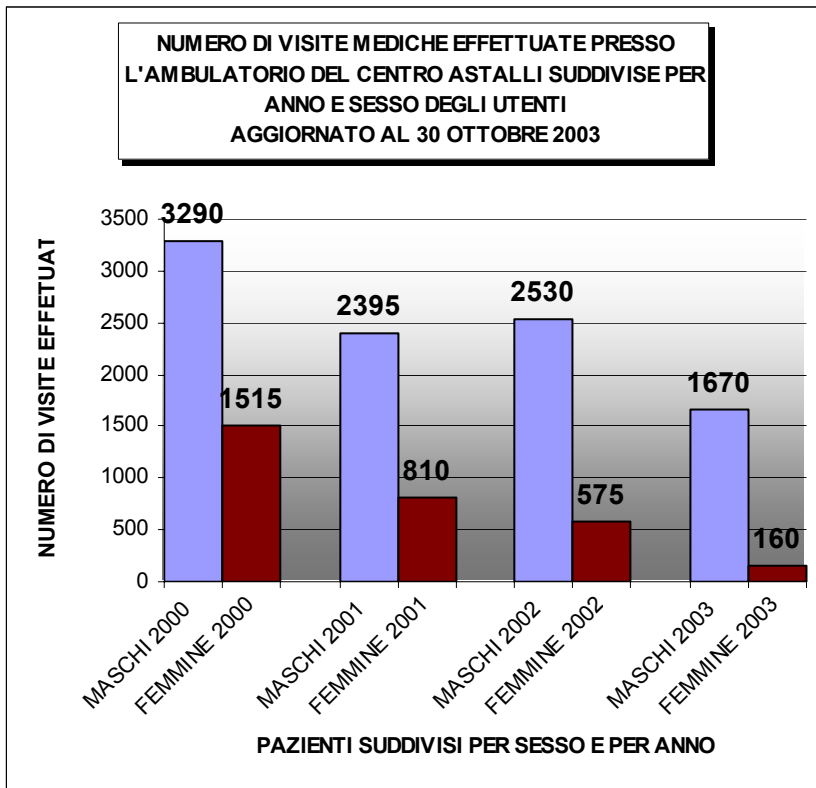
Il gruppo sarà formato da responsabili di Centri accoglienza, Caritas, CIR (Consiglio Italiano Rifugiati), SSI ( Servizio Sociale Internazionale), Usi ( Ufficio Speciale Immigrazione) e rappresentanti delle Asl romane.

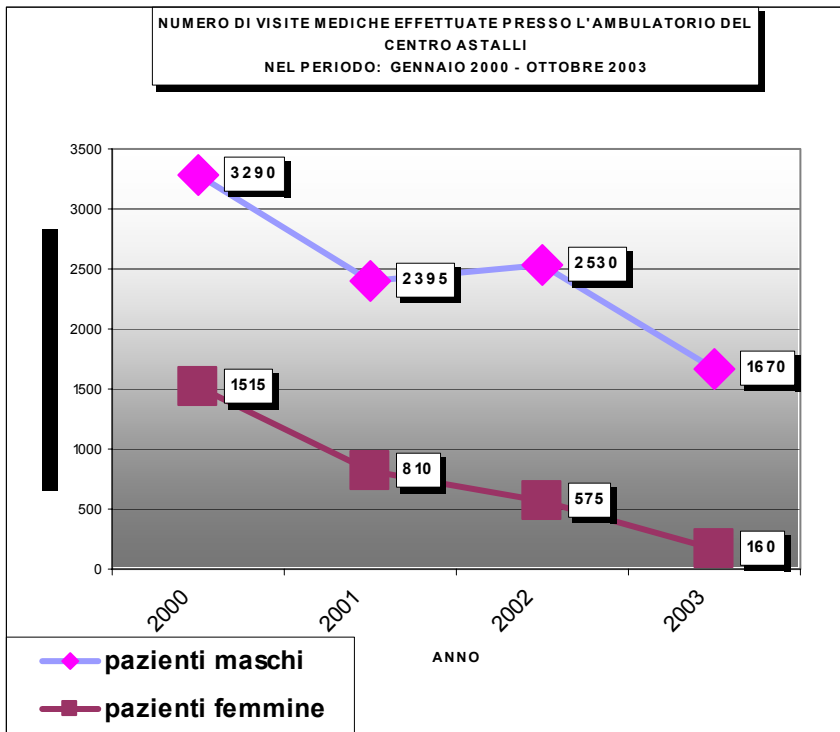
L’aspirazione è quella di lavorare in questa rete per venire incontro alle problematiche di accesso e fruibilità che incontrano questa categoria di immigrati forzati, particolarmente fragile, e parallelamente aiutare le Asl nel supporto all’assistenza

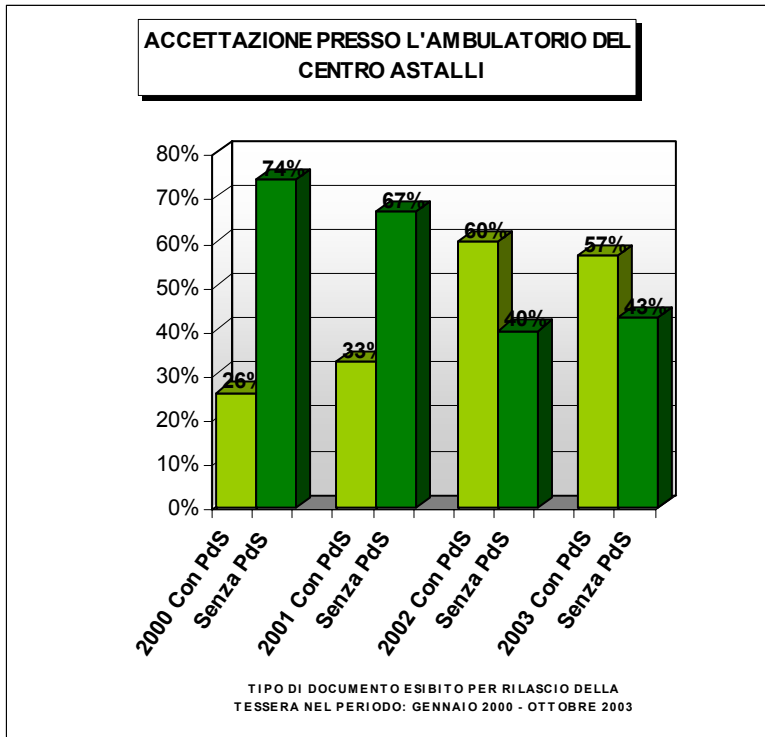


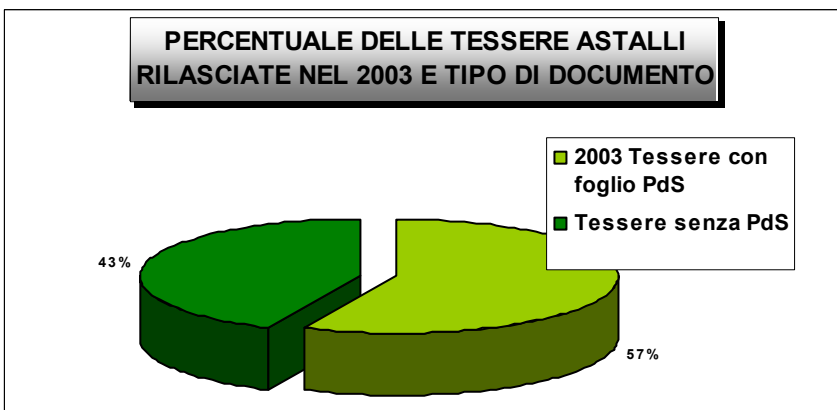
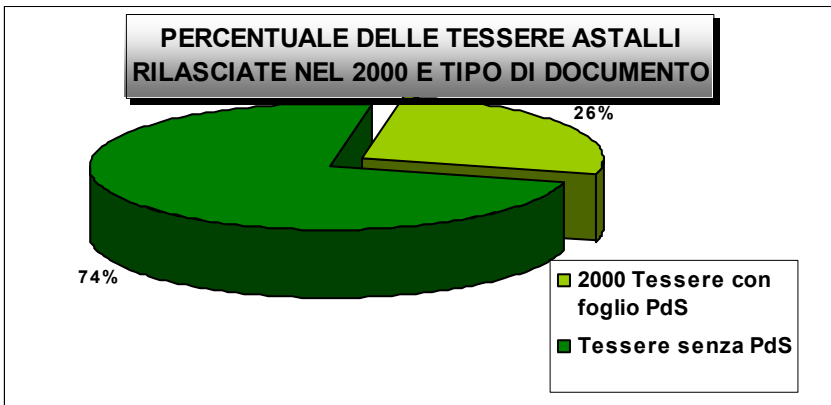
allargando i canali già esistenti in cui l'associazionismo lavora mettendolo a disposizione ai servizi pubblici sanitari .











## **INFERMIERISTICA, SOCIETÀ MULTIETNICA, ALTERITÀ E BISOGNI DELLA PERSONA: IL PERCORSO (IN)FORMATIVO DEL CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA DI REGGIO EMILIA**

*G. Artioli\*, I. Chiesi\*, C. Gradellini\*<sup>1</sup>*

*Io viaggio con la nostra  
terra e sempre vivono con  
me, lontano, le essenze  
longitudinali della mia pa-  
tria*

Pablo Neruda

### **Premessa**

Così come l'attuale contesto societario si confronta ormai da anni con gli aspetti dell'immigrazione, della multiculturalità e della multiethnicità, anche l'ambito formativo sanitario non può non essere interessato e coinvolto da tale fenomeno.

L'Emilia Romagna, per le possibilità lavorative che ha sempre saputo offrire, è stata già dalla fine degli '70 una delle prime regioni ad essere interessata dal fenomeno migratorio.

Dai primi arrivi di allora si è arrivati, su dati al 31.12.2002 del Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes, alla presenza di 150.628 stranieri, che costituiscono il 10% del totale dei permessi di soggiorno concessi in Italia.

Ciò configura l'Emilia Romagna come quarta regione per consistenza del fenomeno, subito dopo la Lombardia, il Lazio e il Veneto.

A Reggio Emilia, proprio la terra in cui si insediarono i pionieri dell'immigrazione Regionale, in base ai dati al 31.12.2002 dell'Osservatorio Provinciale sulla Popolazione Straniera, gli immigrati residenti, comunitari e non, sono 25.816, con un'incidenza sul totale del 5,6%; percentuale che pone Reggio Emilia come la provincia che in ambito regionale ha il più alto indice di immigrati.

Nello specifico, in ambito sanitario, va evidenziato che l'incidenza dei ricoveri di immigrati, comunitari e non, desunta dalle schede di dimissione ospedaliera degli otto ospedali provinciali, è passata dal 2,9% del 1998 (primo anno in cui è iniziata la rilevazione per questa tipologia di utenza) al 5,9% del I semestre del 2003.

Le discrepanze, le incertezze e le difficoltà, che si sono avute in questi anni in ambito sanitario nell'affrontare la richiesta di salute della popolazione immigrata, si sono verificate purtroppo anche nella nostra realtà locale.

---

<sup>1</sup> Corso di laurea in Infermieristica, Università degli studi di Modena e Reggio Emilia – sede di Reggio Emilia

In qualità di professionisti operanti all'interno della formazione infermieristica, anche sulla scorta delle difficoltà vissute dai nostri colleghi nell'affrontare le problematiche assistenziali riguardanti i migranti, non potevamo essere insensibili alle istanze e ai bisogni che questa nuova utenza palesa.

Nel processo che ha portato alla trasformazione dei diplomi universitari per infermieri in corsi di laurea di I livello, con l'opportunità di ripensare ai curricula formativi, ci è sembrato importante porre tra i problemi prioritari dell'attuale contesto professionale la necessità di sensibilizzare gli studenti di oggi, futuri infermieri di domani, alla medicina e all'infermieristica delle migrazioni; ciò si è concretizzato nell'organizzare specifiche attività di laboratorio pensate per anno di corso.

### *Il progetto formativo*

A proposito della diversità Virginia Henderson<sup>2</sup> scrive: *“Mentre è importante stabilire che esistono bisogni comuni a tutti è altrettanto importante rendersi conto che tali bisogni vengono soddisfatti a seconda del modo diverso di concepire la vita, di cui esistono varietà infinite”*<sup>3</sup>.

Sensibilizzare gli studenti alla diversità e alle problematiche che ne derivano non è cosa facile.

All'interno del curriculum formativo del corso di Laurea in Infermieristica, ricavando dalle docenze umanistiche (antropologia, sociologia e psicologia) e dalle diverse teorie infermieristiche (Henderson, Parse<sup>4</sup>, Leininger<sup>5</sup>) tematiche relative alle diversità etniche e culturali, si sono progettati laboratori didattici sviluppati nei tre anni di corso aventi l'obiettivo generale di favorire, nello studente, il confronto con la dimensione multi-etnica dell'assistenza infermieristica e di poter sperimentare, in esperienze guidate, la relazione ed il dialogo transculturale.

### I Anno

L'attività dedicata al primo anno rientra nel laboratorio di attività integrate relativo al bisogno di 'agire secondo le proprie credenze e valori' e rappresenta una prima riflessione sulla dimensione culturale e spirituale che orienta il pensare e l'agire umano. Integrando contenuti derivanti dalle diverse teorie infermieristiche, lo stu-

---

<sup>2</sup> Virginia Henderson (1897), Infermiera americana che ha sviluppato una teoria infermieristica nel contesto del Nursing umanistico.

<sup>3</sup> V. Henderson, Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica, Edizione a cura del Comitato per i servizi infermieristici del Consiglio Internazionale delle Infermiere, Ginevra, 1955.

<sup>4</sup> Rosemarie Rizzo Parse, Infermiera americana contemporanea, teorica del Nursing. Il suo modello concettuale 'Uomo, vita, salute' rientra nelle teorie del Nursing umanistico.

<sup>5</sup> Madeleine Leininger, Infermiera americana contemporanea, è teorica dell'assistenza infermieristica transculturale.

dente verrà chiamato a riflettere su ciò che accomuna e differenzia il modo di pensare delle persone e il proprio rapportarsi con l'altro, nelle diverse culture.

Il laboratorio, costituito da incontri seminariali con rappresentanti di etnie e religioni diverse, avente l'obiettivo di stimolare nello studente il confronto con i valori e le modalità comuni ad uno specifico gruppo di appartenenza, persegue lo scopo di orientare l'assistenza infermieristica al rispetto della persona e della diversità.

Gli esperti coinvolti sono rappresentanti dei gruppi etnici rom, africano, cinese e islamico. Ogni esperto è chiamato ad illustrare come i concetti di salute e malattia, ospedalizzazione e ritualità sono vissuti dal proprio gruppo di appartenenza.

Dall'elaborazione dei questionari di valutazione, l'attività è risultata particolarmente gradita e interessante per gli studenti.

## **II Anno**

L'attività inserita nella programmazione del II anno è costituita da un tirocinio informativo che ha l'obiettivo di permettere allo studente di confrontarsi con l'aspetto multietnico dell'assistenza e sperimentarsi nel dialogo transculturale.

In uno stage della durata di tre settimane, lo studente segue un percorso opzionale strutturato presso il Centro per la Salute della Famiglia Straniera di Reggio Emilia, il Servizio di Igiene Pubblica dell'AUSL di Reggio Emilia e l'Ambulatorio Caritas di Roma.

La mission del Centro per la Salute della Famiglia Straniera, gestito in collaborazione con la Caritas di Reggio Emilia, e del Centro Caritas di Roma è di garantire la tutela della salute e fornire risposte alle problematiche sociali e sanitarie per i cittadini stranieri, regolari e non. Nel tirocinio al Servizio di Igiene Pubblica dell'AUSL gli studenti si occupano dell'epidemiologia e della profilassi in ambito comunitario e professionale oltre che dell'aspetto educativo e preventivo del viaggiatore internazionale.

## **III Anno**

L'attività conclusiva del percorso di avvicinamento dello studente alle peculiarità dell'Infermieristica transculturale è rappresentata da un seminario che ha principalmente l'obiettivo di sensibilizzare lo studente alle problematiche socio-sanitarie che riguardano i cittadini stranieri, prendendo contatto in primo luogo con i propri possibili pregiudizi nei confronti di questa tipologia di utenza.

*In un primo incontro viene somministrato un questionario che permette allo studente di effettuare un'autovalutazione delle proprie conoscenze in merito alle problematiche dell'immigrazione, per poi confrontarle successivamente con i dati di realtà che verranno forniti da un esperto di infermieristica transculturale. Lo scopo dell'attività è far riflettere lo studente su cosa stia alla base del proprio background di informazioni.*

Nella giornata dedicata al seminario, lo studente potrà accedere all'aula solo attraverso un'entrata designata come "Porta per chi ha pregiudizi". L'accesso alternati-



vo, “Porta per chi non ha pregiudizi” rimarrà chiuso, come prima riflessione sul fatto che non si può non averne.

All'interno dell'aula è prevista una Galleria Fotografica; attraverso un serie di immagini, lo studente dovrà evidenziare la contrapposizione di messaggi che può essere sottesa alla stessa fotografia. Questo aiuterà a prendere coscienza dell'influenza che i pregiudizi, personali o acquisiti e i mass-media hanno sulla propria conoscenza dei fenomeni della realtà.

L'attività prosegue con la lettura di un brano tratto da “Papalagi” di Tuiavii Di Tia-vea che permetterà allo studente di evidenziare come i filtri legati al background culturale possano interferire nell'incontro con l'altro.

La seconda parte del seminario comprende la trasmissione di contenuti di medicina delle migrazioni sul fenomeno migratorio. I dati scientifici e statistici saranno introdotti come confronto con i risultati dei questionari somministrati in precedenza.

### **In particolare i temi trattati riguardano:**

- l'interpretazione delle informazioni tenendo conto dei filtri della comunicazione
- lo scenario socio-demografico sulla presenza degli stranieri in Italia
- la normativa presente in materia sanitaria
- il profilo di salute degli immigrati in Italia, fattori di rischio e aree critiche
- la realtà di Reggio Emilia.

Già da alcuni anni il percorso formativo prosegue con l'organizzazione di un secondo tirocinio opzionale richiesto dallo studente e finalizzato, in particolar modo, alla stesura della tesi di laurea.

Diversi sono, infatti, gli studenti che, anche grazie alla sensibilizzazione operata dalla sede formativa, hanno deciso di trattare le tematiche dell'infermieristica transculturale nell'ambito dell'elaborato finale della tesi di laurea.

Ci pare importante, a puro titolo esemplificativo, citare alcuni degli argomenti che verranno discussi nel corrente anno accademico nella sessione di tesi:

- L'educazione alla salute per le mamme di bambini rom
- Immigrati e servizi sanitari: non più esclusi ma ancora fragili
- Il colore di chi è diverso... la figura dell'infermiere straniero nella società attuale
- Nursing transculturale e mutilazioni genitali femminili: implicazioni etiche, culturali ed infermieristiche
- Immigrati est-europei a Reggio Emilia: analisi dei bisogni e proposte operative in un'ottica transculturale

### **Considerazioni conclusive**

Consapevoli che la specificità e la complessità di tali tematiche merita una ben più ampia e puntuale trattazione e non può poter dirsi esaurita solo negli ambiti del laboratorio didattico, stiamo lavorando per far sì che alle problematiche della multi-etnicità e della alterità sia riconosciuta la rilevanza di un insegnamento disciplinare vero e proprio, riconducibile ad esempio alla infermieristica transculturale.

## **Bibliografia**

- Artioli G., *Percorsi di formazione: laurea di 1° e 2° livello, master, dottorato*. Atti del XII Congresso Nazionale della Società Italiana Cardiologia Invasiva, Sezione Tecnico Infermieristica del 23/26 ottobre 2002. Verona, 2002
- Caritas/Migrantes, *Immigrazione – Dossier Statistico 2002. XII Rapporto sull’immigrazione*. Edizioni “Nuova Anterem”, Roma, 2002
- Chiesi I., *“Corso di perfezionamento in infermieristica delle migrazioni”*, Tesi del Master in Medicina delle Emarginazioni, delle Migrazioni e delle Povertà; Scuola di Solidarietà AR.S.A.P – Caritas Diocesana di Roma – Scuola Superiore Biomedica F. Rielo
- Geraci S. (a cura di), *Approcci transculturali per la promozione della salute. Argomenti di medicina delle migrazioni*. Edizioni Anterem, Roma, 2000
- Gradellini C., *“Le realtà calpestate”*, tesi di Laurea del Master “La Dimensione Educativa nella Cooperazione Internazionale” A.A. 2002-2003; Università degli Studi di Bologna
- Provincia di Reggio Emilia, *Stranieri a Reggio Emilia. Rapporto 2003 (dati al 31.12.2002)*. Edito da Provincia di Reggio Emilia, Reggio Emilia, 2003

## **IMMIGRATI E INFEZIONE DA HIV/AIDS IN ITALIA**

*Mario Figliomeni, Nicola Schinaia, Luca Avellis, Ilaria Itro, Gianni Rezza*

*Istituto Superiore di Sanità,*

Viale Regina Elena n° 299

Roma 00161 Italia

Email [Mario.Figliomeni@iss.it](mailto:Mario.Figliomeni@iss.it)

### **Introduzione**

Il notevole aumento in questi ultimi anni della popolazione immigrata hanno permesso solo di organizzare una risposta di natura emergenziale agli aumentati bisogni sanitari e sociali. Mediante queste ricerche ci si propone di aumentare le conoscenze su alcuni aspetti meno esplorativi, come la valutazione delle principali malattie diffuse compresa l'infezione HIV, individuazione dei fattori critici di diseguaglianze nell'accesso ai servizi ed approfondire le conoscenze delle attitudini e dei compartimenti riguardanti immigrati, incluso minori, tossicodipendenti e bambini in età pediatrica.

Per identificare il bisogno di salute del cittadino straniero immigrato è necessario ricorrere ad una definizione ampia del problema salute che comprende non solo le condizioni patologiche ma anche caratteristiche di eventi di persone che possono influire e modificare l'insorgenza e l'evoluzione della malattia stessa.

Nel trattare un profilo epidemiologico dell'immigrato possiamo distinguere in maniera approssimativa alcune considerazioni:

Relativa al periodo immediatamente alla Migrazione, in cui prevalgono problemi di salute acuti causati dalla necessità di adattamento e dalle gravi condizioni di disagio ambientale in cui l'immigrato viene a trovarsi.

Fattori di Rischio che Influiscono sullo stato di salute dell'Immigrato

Mancanza di lavoro e quindi di reddito, Attività lavorative pericolose e non tutelate, Degrado abitativo, Clima differente, Abitudini - alcol, fumo, droga, Rischio di devianza, microcriminalità

Difficoltoso accesso ai servizi sanitari, Abitudini alimentari diverse.

Malattie da Degrado: Ansia, Angoscia, Frustrazione, Aggressività, Forme Patologiche della Povertà, Tubercolosi, Scabbia, Pediculosi, Alcune Infezioni Virali, Micotiche e Venere.

La fase in cui prevalgono i problemi di adattamento reciproco dei sistemi sanitari e degli stranieri in cui si consolidano le differenze di salute determinate da fattori sociali ed ambientali.

Il profilo Epidemiologico caratteristico delle società miste, in cui non si distinguono più le differenze sociali e di etnia. Diversi studi hanno poi dimostrato che la provenienza, la motivazione del progetto migratorio, la destinazione geografica e la situazione lavorativa influiscono in maniera consistente sul profilo epidemiologico.

Esiste un intervallo di benessere; questo periodo intervallo che trascorre dall'arrivo in Italia alla prima richiesta di intervento medico negli ultimi 4 anni, si è drasticamente ridotto ed è passato da circa 10-12 mesi nel 1993-1994 a non più di 2 mesi nel periodo 1999-2001.

### **Metodologia**

Per i dati relativi alla diffusione dell'AIDS nella popolazione generale immigrata, ci si è basati sul Sistema di Sorveglianza Nazionale dell'AIDS, gestito dal Centro Operativo AIDS. I dati, normalmente inseriti in un database, vengono periodicamente elaborati; viene regolarmente prodotto un rapporto, che rappresenta la base di partenza per condurre analisi specifiche circa le caratteristiche epidemiologiche dell'AIDS nella popolazione immigrati.

I dati relativi all'AIDS vengono presi dal registro nazionale AIDS.

### **Risultati**

#### **AIDS**

casi AIDS in cittadini stranieri dal 3% circa fino al 1993 al 14% circa nel 2003.

Questo dato può essere spiegato sia con il migliorato accesso degli stranieri ai servizi pubblici che con un aumentato numero di stranieri con HIV/AIDS che giungono in Italia per potersi curare con le terapie antiretrovirali

Dal 1982, anno della prima diagnosi di AIDS in Italia, al 31 dicembre 2002, sono stati notificati al COA 51.172 casi cumulativi di AIDS. Di questi 2735 (5.3%) erano di nazionalità estera. 1965 (71.8%) di sesso maschile, 26 (0.9%) in età pediatrica (<13 anni).

In totale, 849 (31.0%) pazienti risultano morti al 31 Dicembre 2002.

La distribuzione dei casi cumulativi AIDS per area geografica evidenzia che circa 70% dei casi totali (n=1878) provengono dall'Africa Sub-Sahariana (39.7%) e dall'America Latina (28.2%).

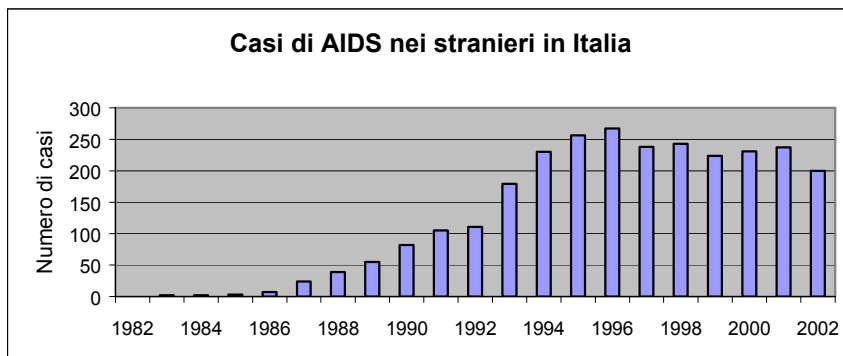
Si evidenzia nel tempo un aumento della proporzione di casi notificati in cittadini stranieri (dal 1.7% nel 1993-94 al 15.4% nel 2001-2002)

Il 72.3% del totale dei casi si concentra nella fascia d'età 25-39.

La distribuzione dei casi adulti AIDS per nazionalità anagrafica e categoria di esposizione evidenzia che mentre in Italia il 62% del totale dei casi sia attribuibile alle pratiche associate all'uso di sostanze stupefacenti per via endovenosa, in Africa Sub-Sahariana circa 90% dei casi sia attribuibile alla trasmissione sessuale; in America Latina il 65.7% sia dovuto alla trasmissione omo/bisessuale.

L'andamento temporale del numero dei casi AIDS nei stranieri segnalati al registro nazionale AIDS. Si evidenzia un costante incremento del numero dei casi di AIDS notificati sino al 1996, seguito da una leggera diminuzione dal 1997 fino al 2002.

Figura 1.



### La distribuzione geografica

La distribuzione dei casi cumulativi AIDS per area geografica evidenzia che circa 70% dei casi totali (n=1878) provengono dall'Africa Sub-Sahariana (39.7%) e dall'America Latina (28.2%).

Il numero più basso dei casi risultano di provenienza dall'Australia Nuova Zelanda (6 casi), Europa Orientale (8 casi), Asia Orientale e Pacifico (14 casi).

La tabella seguente mostra la distribuzione percentuale dei casi cumulativi di AIDS per nazionalità anagrafica. Si evidenzia nel tempo un aumento della proporzione di casi notificati in cittadini stranieri (dal 1.7% nel 1993-94 al 15.4% nel 2001-2002).

**Tabella 1: Distribuzione percentuale dei casi di AIDS per nazionalità anagrafica.**

	<1994	1994-95	1996-97	1998-99	2000-01	2002-03	Totale
<b>Area geografica</b>							
<i>Italia</i>	97,0	95,5	93,7	88,6	85,4	85,6	94,0
<i>Africa</i>	0,9	1,8	2,7	5,2	8,1	8,4	2,7
<i>Asia</i>	0,1	0,1	0,3	0,4	0,4	0,7	0,2
<i>Europa Occid.</i>	0,5	0,7	0,9	0,7	0,4	0,3	0,6
<i>Europa Orient.</i>	0,1	0,1	0,2	0,7	0,8	1,0	0,3
<i>Nord America</i>	0,2	0,2	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
<i>Sud America</i>	0,9	1,5	1,9	3,1	2,7	3,4	1,7
<i>Non Specificata</i>	0,2	0,2	0,2	1,1	2,0	0,6	0,4

### Patologie indicative di AIDS

La distribuzione delle patologie indicative di AIDS segnalate nel 2003 sono nell'ordine candidosi (15,2%), Polmonite da Pneumocystis Carini (11,9%), Toxoplasmosi cerebrale (10,1%), e Micobatteriosi (17,2%) altre infezioni opportunistiche (13,9%). Dai dati si evidenzia come negli ultimi anni queste patologie siano in diminuzione. Le tre nuove patologie incluse nella definizione di caso del 1993 che sono Carcinoma cervice uterina, Polmonite ricorrente, Tuberculosis Polmonare, hanno contribuito per il 7,4% del totale delle diagnosi negli anni 1994-95, per il 9,1% nel 1996-97, per il 9,7% negli anni 1998-99 e per l'8,5% nel periodo 2002-2003.

#### Patologie indicative di AIDS in adulti di diagnosi Stranieri 2002/03

<b>Micobatteriosi</b>	<b>17.2%</b>
<i>Candidosi (polm. e esofago)</i>	<i>15.2%</i>
<b>Tuberculosis polmonare</b>	<b>15.2%</b>
<b>Altre infezioni opportunistiche</b>	<b>13.5%</b>
<b>Polmonite da Pneumocystis carinii</b>	<b>11.9%</b>
<i>Toxoplasmosi cerebrale</i>	<i>10.1%</i>

Altri studi Epidemiologici Europei effettuati dall'OMS confermano questo trend Epidemiologico

OMS. Nella maggior parte dei casi Europei la Tuberculosis e l'AIDS in stranieri continuano ad aumentare nel tempo e colpiscono soprattutto pazienti irregolari che vivono sempre in condizioni igienico-abitative peggiori sia rispetto alla popolazione generale sia rispetto agli stranieri con regolare permesso di soggiorno, il fenomeno della prostituzione. L'indagine parlamentare sulla tratta degli essere umani del 28 febbraio 2001 della Commissione Antimafia e comitato di Schengen, per l'anno 2000 si è stimato che le prostitute stranieri in Italia sono circa 35.000 - 50.000 esseri umani. Con una prevalenza di donne provenienti dall'Europa dell'Est e dal Africa sub-sahariana regioni ad altissima prevalenza di HIV e sifilide

### Conclusione

La diminuzione dell'incidenza dei casi di AIDS osservata a partire dalla metà del 1996 sembra ormai tendere alla stabilizzazione. Nel 2003 i casi di diagnosi attesi tenendo conto del ritardo di notifica sono solo lo 0,01% meno di quelli del 2002. Si osserva, la maggior numero dei casi AIDS proviene dall'Africa Sub-sahariana, di cui quasi tutti i casi sono attribuibili alla trasmissione eterosessuale.

Sull'andamento dei casi di AIDS, la repentina diminuzione di casi verificatasi negli ultimi anni non è attribuibile ad una riduzione delle infezioni da HIV, ma soprattutto all'effetto delle terapie antiretrovirali combinate. Tale effetto è presente in tutte le categorie di rischio, anche se l'accesso a tali terapie prima dell'AIDS è fortemente condizionato dalla conoscenza della condizione di sieropositività HIV. Che può variare a seconda della categoria considerata. Le limitate conoscenze sulla durata dell'effetto delle nuove terapie, la mancanza di una stima precisa della diffusione dei farmaci antiretrovirali, e di eventuali differenze nei singoli sottogruppi, rendono più problematica la stima della curva epidemica delle infezioni da HIV. I sistemi di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV, per ora attivi solo in alcune regioni, mostrano una stabilizzazione dell'incidenza delle nuove diagnosi negli ultimi tre anni. E' quindi necessario non abbassare la guardia e rafforzare, a livello nazionale, i sistemi di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV. Per una Medicina Transculturale e soddisfare il bisogno di salute del cittadino straniero occorre definire una medicina attenta alle diversità, preparata dal punto di vista culturale antropologico e sensibile alla tolleranza e il rispetto delle diversità culturale e religiose sono senza dubbio le modalità per favorire il bisogno di salute dell'immigrato.



## Bibliografia

- Yllka Kodra, Angela Santoro, Nicola Schinaia, Odile Befeuka Tchangmena, Luigi Toma, Giovanni Rezza, Aldo Morrone. Infezione da HIV: Comportamento sessuale, percezione e prevalenza in uno studio pilota sugli immigranti. Rapporto ISTISAN 2002/14
- N. Schinaia, Y.Kodra, S. Boros, G. Rezza, *AIDS among non-italian residents*, XIV International AIDS Conference 2002, Barcellona July 7-12. Abstract Book, volume 1, pag.634.
- Centro Operativo AIDS. Aggiornamento dei casi di AIDS notificati in Italia al 30 giugno 2003. Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità, Roma.
- Morrone A, Toma L, Franco G, Nosotti L. *AIDS and Sexually Transmitted Diseases (STD) in Vulnerable Groups in Rome (Italy)*, VII Consensus Conference sull'Immigrazione e V Congresso Nazionale SIMM, Erice 19-22 maggio 2002. Abstract Book, p. 191.
- Indagine parlamentare sulla tratta degli essere umani del 28 febbraio 2001 della Commissione Antimafia e comitato di Schengen, per l'anno 2000.

## **ANALISI PRELIMINARE DELLO STUDIO DI SALUTE DEI SENZA FISSA DIMORA A ROMA.**

*Nicola Schinaia (a), Mario Figliomeni (a), Aldo Morrone (b), Luigi Toma (b),  
Ottavio Latini (b).*

- (a) Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, Istituto Superiore di Sanità  
(b) Struttura Complessa di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale dell'Istituto San Gallicano (IRCCS) di Roma

### **Introduzione**

La salute è una questione sociale, economica e politica ma soprattutto un diritto umano fondamentale.

Ineguaglianza, povertà, sfruttamento, violenza e ingiustizia sono le radici della mancanza di salute per gli stranieri immigrati regolari ed irregolari, i senza fissa dimora, i nomadi, i poveri ed emarginati.

Nel 1978 alla conferenza di Alma-Ata, i ministri di 134 Paesi membri, in collaborazione con l'OMS e l'UNICEF, dichiararono: "Salute per tutti entro l'anno 2000", individuando la sanità di base come migliore strumento per il raggiungimento di questo obiettivo. Il concetto di salute a una definizione ampia e complessa che include la capacità dei soggetti di essere in equilibrio con sé stessi e con il proprio contesto e di godere quindi di un "completo benessere fisico, mentale e sociale".

Sfortunatamente questo sogno non si è mai avverato. Lo stato di salute della popolazione del terzo mondo non è migliorata e, in parecchi casi, è anche peggiorata. Al momento stiamo attraversando una crisi della sanità a livello mondiale, caratterizzata da ineguaglianze crescenti fra e all'interno delle nazioni. Per quanto riguarda la salute, la mancata implementazione dei principi di sanità di base ispirati alla Dichiarazione di Alma-Ata, hanno significativamente aggravato la crisi della sanità mondiale. I governi e le istituzioni internazionali sono ampiamente responsabili di questo fallimento.

Secondo i dati dell'OMS, nel 2000 sono stati oltre 1 miliardo gli individui che almeno una volta sono usciti dai propri confini nazionali. In particolare gli emigrati in cerca di lavoro sono stati 135 milioni. Un serbatoio di disperazione in crescita: negli anni ottanta erano 70 milioni.

E' diventato essenziale fare uno sforzo per collocare gli obiettivi della salute per tutti al posto giusto per assicurare che la filosofia di Alma-Ata diventi realtà.

La mobilità delle popolazione degli immigrati ha da sempre caratterizzato la storia dell'uomo, e ha rimescolato costantemente la geografia umana e sanitaria, mano a mano che una popolazione cresceva, fino a raggiungere la densità di saturazione, nasceva la spinta a muoversi alla ricerca di spazi vuoti, la mobilità è spesso conosciuto attraverso stereotipi e pregiudizi; più spesso è sconosciuto e circondato da scarso interesse, tale ignoranza tocca talvolta anche le Istituzioni ed i rispettivi operatori. La povertà è uno dei fattori di questa mobilità, la povertà di reddito interessa invece più di 2 miliardi di persone, ossia un terzo della popolazione mondiale,

mentre sono oltre 1 miliardo e 200 milioni le persone che cercano di sopravvivere con meno di 1 un dollaro al giorno. Inoltre le grandi malattie, come la malaria, la lebbra, la tubercolosi, l'Aids, devastano la popolazione delle regioni povere del pianeta.

In questi contesti si alimentano e convivono più fattori critici: la povertà, la cultura originaria dei gruppi e la cultura che si forma in un contesto di separazione, la devianza come risposta all'emarginazione dal resto della popolazione e la debolezza della proposta istituzionale per l'integrazione. La cultura tradizionale millenaria, riformulata sulla base della cultura/subcultura del vivere il disagio vissuto nell'inserimento in un nuovo paese, e l'approccio con una nuova cultura, rende l'immigrato più vulnerabile a seguito del mutamento delle proprie tradizioni e abitudini. Questa situazione porta ad un super uso di sostanze stupefacenti che portano l'immigrato, SFD, e nomadi con questi problemi, le malattie cutanee sono una causa frequente dello stato patologico delle persone da noi studiata. Di questa popolazione sono state descritte una varietà di condizioni infettive e non infettive che sono aggravate dalla malnutrizione, dall'esposizione a condizione ambientale rischiose, da patologie psichiatriche, da lesioni fisiche, e da un limitato accesso alle cure sanitarie.

### **Obiettivi**

Gli obiettivi del presente rapporto sono di studiare la prevalenza delle malattie in un campione selezionato della popolazione dei senza fissa dimora.

- Tracciare un profilo delle circostanze di vita e delle condizioni di salute della popolazione degli immigrati, SFD e nomadi, attraverso l'accoglienza, l'ascolto, la visita clinica e la cura di queste persone, valutare l'utilizzo dei servizi sociali ed assistenziali;
- Approfondire le conoscenze delle attitudini e dei comportamenti delle persone senza fissa dimora (SFD) immigrati e nomadi sull'uso di sostanze stupefacenti presenti a Roma.
- Aspetti epidemiologici e dermatologiche e le principali malattie diffuse del target.

### **Materiali e Metodi**

I dati provengono dalla struttura complessa di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale dell'Istituto San Gallicano (IRCCS) di Roma L'Istituto Superiore di Sanità e l'Istituto San Gallicano (IRCCS) di Roma, sono convenzionati per programmi scientifici di natura epidemiologica, preventiva clinica e sperimentale in vari settori.

Si è dato l'avvio all'accoglienza, all'ascolto, alla visita clinica, alla terapia e alla inclusione in un percorso possibile di riabilitazione degli immigrati, SFD e nomadi. In collaborazione con la rete dei Centri di accoglienza diurna e notturna, convenzionati con il Comune di Roma.

I dati provengono dalla cartella clinica abitualmente in uso presso l'ospedale S. Gallicano, abbiamo studiato per uno anno le malattie dermatologiche ed epidemiologiche in un campione di 1.631 persone, le caratteristiche socio-demografiche, i rapporti sociali e le condizioni di salute, i soggetti della nostra ricerca è composto di 172 nomadi e 142 profughi, rispettivamente il 10,5% e l'8,7%, che rappresentano tra il 10 e il 15% dell'intera popolazione di SFD di Roma assistiti presso l'Ospedale San Gallicano (IRCCS) di Roma nel corso degli anni 1999/2000.

Il completamento di un questionario dettagliato sull'età, la cittadinanza, la durata del periodo dello "stato di SFD, zingaro, profugo" e sullo stato medico generale seguito da un esame accurato della pelle effettuato da dermatologi del S. Gallicano. Si tratta in prevalenza di maschi (75,9%) giovani-adulti: per gli uomini la fascia di età più rappresentata è quella compresa fra i 18 ed i 34 anni, per le donne è quella fra i 35 ed i 54 anni.

Dall'analisi delle principali etnie risulta: il 32,9% di questa popolazione è italiana, il 40,9% viene da paesi europei non appartenenti all'Unione Europea, il 14% dall'Africa, il 6,4% dall'Asia, il 2,5% da paesi dell'Unione Europea, il 2,3% dalle Americhe ed il restante 1% sono apolidi. Gli stranieri sono rappresentati in ordine di maggiore presenza da polacchi, rumeni, bosniaci, ucraini, marocchini, moldavi, iraniani, algerini, tunisini e russi. Sono presenti anche francesi, tedeschi, spagnoli, austriaci, finlandesi, cinesi, indiani e cittadini statunitensi.

Il 77,9% dei 172 SFD nomadi proviene dalla Bosnia-Erzegovina e comunque il 70,9% dei nomadi sono in Italia da almeno tre anni (nomadi ma di fatto stanziali). Il fatto che il 35,4% delle persone senza fissa dimora straniera sia in Italia da meno di quattro mesi fa ipotizzare un notevole ricambio di queste persone a Roma. Una quota del 29,6% dei SFD stranieri è in Italia da più di tre anni. Solo il 15% dei SFD stranieri è in possesso di un permesso di soggiorno: ciò evidenzia i problemi esistenti nella politica di prevenzione della clandestinità e di accoglienza degli immigrati, di cui il fenomeno dei SFD può rappresentare una delle conseguenze. Le distribuzioni inerenti al possesso o meno del titolo di studio, ne emerge che 20,5% dei SFD non ha titolo di studio o ha solo la licenza elementare e il 21,4% svolgeva come ultima attività una mansione non qualificata. Mentre ben il 31,3% ha un diploma di scuola media inferiore, il 34,9% di media superiore e l'8,6% è laureato, l'insieme dei dati comunque, conferma nella sostanza il livello medio-alto di istruzione che caratterizza il suo insieme. Solo 25 persone (1,5%) hanno un lavoro fisso e 353 (21,6%) occasionale. Solo il 14,3% delle donne ha un lavoro (fisso o occasionale) contro il 25,6% dei maschi. La grande maggioranza di SFD non ha nessuna fonte di sostentamento economico, eccetto le elemosine: il dato indica l'importanza di una qualche forma di sostegno al reddito e di altri ammortizzatori sociali per le persone gravemente deprivate. Emerge un problema sociale significativo e in continua espansione, il fenomeno è divenuto una realtà dolorosa che continua a diffondersi in tutta la nazione coinvolgendo quasi tutte le maggiori città. IL fattore immigratorio come il fattore politico, così come i cambiamenti sociali, siano

i fattori causali, il problema per i malati di mente, il fallimento nel provvedere abitazioni alternative per i pazienti, l'alcolismo e l'abuso di altre sostanze, la crescita della disoccupazione a lungo termine tra gli uomini in età lavorativa.

## **Risultati**

Il campione nella nostra ricerca comprendeva sia uomini che donne, visitate almeno una volta durante la ricerca. Le malattie dermatologiche sono tra i più comuni problemi di salute riscontrati nelle persone senza fissa dimora. "Negli Stati Uniti viene considerato una questione di altissima priorità dalle autorità, sono state scritti un cospicuo numero di libri e articoli da studiosi del problema. Sono stati pubblicati parecchi studi che forniscono dati descrittivi circa il problema di salute dei senza fissa dimora. Questi studi mettono in relazione il fenomeno dei senza fissa dimora con una varietà di problemi medici acuti o cronici, inclusi traumi, malattie dermatologiche, alcolismo, disordini mentali, tubercolosi resistente ai farmaci, e infezioni da HIV." Parecchie ricerche si sono occupate del presentarsi delle malattie dermatologiche dei senza fissa dimora, suggerendo una alta incidenza di infezioni batteriologiche, dermatiti da stasi, lesioni fisiche, e infestazioni parassitarie. Le malattie dermatologiche sono tra i più comuni problemi di salute riscontrati nelle persone senza fissa dimora. Sono state descritte parecchie condizioni dermatologiche dei SFD, inclusa la cellulite, la piodermite, le infezioni di tinea, le verruche, le ulcere delle gambe, i gelomi, la scabia, le dermatiti seboroide, le dermatite eczematice, la xerosi e i pruriti. La maggior parte delle malattie dermatologiche possono essere facilmente diagnosticate e curate. Comunque, a causa del limitato accesso alle risorse delle strutture ospedaliere e dell'alta prevalenza di alcolismo e di malattie psichiatriche in questa popolazione, le persone senza fissa dimora facilmente trascurano la cura della pelle fino a che i problemi non degenerino.

Quella economica è la causa più rappresentata della condizione di SFD (56%), anche se l'alcolismo (5,8%), le malattie mentali o il disagio psicologico (10,2%) e la tossicodipendenza (9%) sono ben rappresentate. Il 10,7% dei SFD ha una storia di detenzione carceraria, che arriva al 30,9% per i SFD con storia di tossicodipendenza.

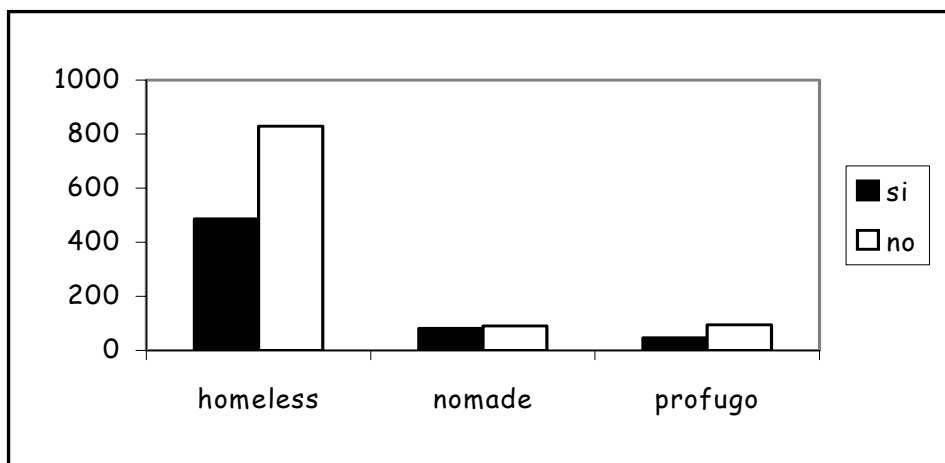
Il 26,9% riferisce di avere rapporti (costanti o episodici) con persone di famiglia ma solo nel 17,9% dei casi non conflittuali. Il 51,1% dei SFD non aveva avuto rapporti con alcuna istituzione pubblica, prima dell'ingresso nella rete romana di inclusione e quindi dell'accesso al nostro centro. Ciò indica la valenza positiva di tale modello di offerta attiva di programmi di inclusione.

Per quanto concerne la fruizione dei servizi di prima accoglienza, è preponderante il settore del privato sociale. Sempre prima di entrare in contatto con la rete di servizi del comune di Roma, il 37,3% della popolazione utilizzava dormitori ed ostelli, il 25,3% dormiva all'addiaccio, in strada, o nelle stazioni, mentre il 7,5% dormiva occasionalmente da amici. I nomadi dormono nelle roulotte.

Il servizio mensa risulta essere quello maggiormente utilizzato, 69,5% dei SFD utilizza le mense delle strutture assistenziali e solo l'11,3% giudica insufficiente il numero dei pasti.

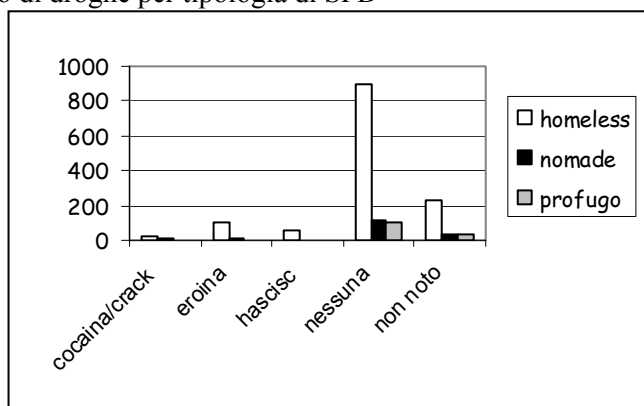
Il 37,7% dei SFD (Figura 1) è sessualmente attivo (una percentuale bassa, considerando che si tratta di una popolazione giovane adulta) e solo il 23,8% dei SFD ha un partner fisso.

**Figura 1:** Pratica del sesso per tipologia di SFD



L'abuso di alcool è molto frequente come l'abitudine al fumo. Il 9,6% ha fatto o fa uso di eroina o di cocaina (Figura 2).

**Figura 2:** Uso di droghe per tipologia di SFD



L'analisi dei dati riguardanti lo stato di salute ha evidenziato una significativa positività di test per l'epatite virale, mentre le malattie infettive, quelle gastrointestinali, le patologie psichiatriche e della pelle, oltre alla dipendenza da droghe sono le diagnosi più frequentemente riportate (Tabella 1).

**Tabella 1**

Gruppi di patologie più frequenti per genere

	F	M	Totale
infettive	151	392	543
gastrointest.	38	120	158
psiche/S. nervoso	23	111	134
malessere aspecifico	17	53	70
cute	11	49	60
respiratorio	5	33	38
traumi	16	40	56
ematologiche/ormonali	16	29	45
genitourinario	13	22	35
circolatorio	7	25	32
osteomuscol.	5	16	21
tumori	3	6	9
Totale	305	896	1201

La funzione di tutelare la salute si divide in maniera un pò schematica nelle due aree della prevenzione e della cura delle malattie, entrambi compito istituzionale del servizio sanitario nazionale. Sono da tutelare sia la salute collettiva che quella individuale, intrecciate non soltanto da un punto di vista epidemiologico, ma dal punto di vista del massimo benessere di tutti e di ciascuno.

Questa definizione consente di affermare che il bisogno di tutela della salute è uno di quelli la cui espressione è più fortemente condizionata da fattori psico-sociali, culturali in senso antropologico.

L'accesso al servizio sanitario nazionale a cui hanno diritto, sia nell'aspetto di tutela della salute pubblica, messa in pericolo dalla comparsa di nuove patologie.

Le patologie diffuse fra i SFD sono infatti in qualche caso patologie quasi scomparse nel nostro paese, e sembrano tutte in qualche modo connesse alle disagiate condizioni di vita: si tratta per lo più di malattie broncopolmonari, compresa la tubercolosi, alla quale sembrano più sensibili, anche se si tratta ancora di dati quantitativamente modesti, di gastroenteriti, di lesioni o fratture, vanno aggiunti i problemi di tipo ginecologico e pediatrico. Le diagnosi più frequenti, sia negli uomini che nelle donne, sono le epatiti virali di tipo A e B, soprattutto pregresse. L'epatomegalia è la terza diagnosi più frequente, a cui fanno seguito la dipendenza

da eroina e da alcool, le gastriti e duodeniti, le epatiti di tipo C, le infezioni delle vie urinarie, le dermatofitosi e la dipendenza da cocaina. Vanno rilevati 25 casi di persone senza fissa dimora sieropositive, con tutte le conseguenze che si possono immaginare sulla prognosi di tale patologia.

È interessante sottolineare il rilievo di 14 donne senza fissa dimora in gravidanza, che non abbiamo inserito tra le patologie rilevate non essendo questa condizione di per sé patologica, ma è evidente come portare avanti una gravidanza, in una condizione di precarietà socio-economica e senza una adeguata assistenza sanitaria, determini un alto rischio per la vita del nascituro e della madre. Inoltre, per quanto riguarda i nomadi, devono purtroppo essere segnalate alcune situazioni cliniche di particolare gravità: un bambino di 8 anni con lussazione congenita e bilaterale dell'anca da sottoporre al più presto ad intervento chirurgico; 2 casi di insufficienza renale acuta; 2 casi di miocardiocoronarosclerosi; 9 casi di diabete mellito non controllato dalla terapia con ipoglicemizzanti; 16 casi di ulcere agli arti inferiori in soggetti arteriopatici e diabetici; 18 casi di insufficienza respiratoria che necessitano di ossigeno-terapia a permanenza; 21 casi di ipertensione arteriosa con scarsa o nulla aderenza dei pazienti alla terapia.

### Conclusione

I disordini medici nei senza fissa dimora sono entità comuni che sono aggravati da uno stile di vita disordinato, dall'esposizione ad elementi dannosi, dalla malnutrizione, dall'alcolismo, e da un accresciuto rischio di pericoli. Parecchie ricerche hanno descritto l'epidemiologia di certe malattie nei senza fissa dimora. Le prime relazioni erano primariamente descrittive ed esaminavano la prevalenza dei disordini mentali. Le principali diagnosi nei senza fissa dimora sono, disordini comportamentali e abuso d'alcol, e di traumi e problemi ginecologici, i problemi socioeconomici (istruzione, occupazione, reddito) sembrano molto importanti nel determinismo della condizione di SFD: sono i soggetti più deprivati ad incontrare più spesso questo destino. Vi è poi una grande eterogeneità geografica per le strade di Roma ed un probabile notevole ricambio di immigrati SFD, che solleva il problema della gestione delle politiche di accoglienza. Lo stato di severa deprivazione materiale (dimora, esposizione agli agenti atmosferici, nutrizione) si somma alla scarsità della rete relazionale (la ricchezza e il supporto dei rapporti familiari e sociali) e ai comportamenti nocivi per la salute (alcool, fumo e droghe) comportando un alto rischio di malattia e di morte prematura, che rendono urgente il potenziamento dell'attività di inclusione sia attraverso le strutture di accoglienza (dormitori, mense) sia con degli interventi di supporto e di riabilitazione psico-sociale. È evidente da quanto sopra descritto la necessità di condurre e realizzare, in modo sempre più elaborato e con un approccio multidisciplinare ed interculturale, percorsi medico-sanitari, preventivi e diagnostico-terapeutici che permettano di individuare precocemente le patologie più frequenti, diffuse e gravi che possono mettere a rischio la salute dell'intera collettività.



## Bibliografia

- O:M:S:, Dichiarazione di Alma Ata 1978
- WHO: The World Health Report 2000. Health systems: Improving Performance, Geneva, 2000.
- Cavalli -Sforza L, *Geni, popoli e lingue*. (Tr. It.) Adelphi, Milano, 1996.
- UNDP (2000) Rapporto sullo sviluppo umano. 2000 (11). I diritti umani. Rosemberg & Sellier, Torino.
- Assessorato alle Politiche per la Promozione della Salute del Comune di Roma (a cura di), *Storie di barboni rasati a secco*, Armando Editore, Roma, 2000.
- Stratigos AJ, Prevalence of skin disease in a cohort of shelter-based homeless men, *J Am Acad Dermatol* 1999 August; 41(2 Pt 1):197-202.
- Breakey WR, Fischer PJ, Kramer M, Ronanoski AJ, Ross A, Royall RM, et al. Health and mental problems of homeless persons living in Baltimore. *JAMA* 1989;262:1352-7
- Torres RA, Manio S, Altholz J, Brickner PW. Human immunodeficiency virus infection among homeless men in a NYC shelter. *Arch Intern Med* 1990;150:2030-6
- Heffron NA, Skipper BJ, Lambert L. Health and lifestyle Issues at risk factors for homelessness. *J Am Board Fam Pract* 1997;10:6-12
- Moy JA, Sanchez MR. The cutaneous manifestation of violence and poverty. *Arch Dermatol* 1992;128:828-39
- Wrenn K. Immersion foot: a problem of the homeless in the 1990s. *Arch intern Med* 1991 ;151:785-8
- Vredenoe DL, Brecht ML, Shuler P, Woo M. Risk factors of disease in a homeless population. *Public Health Nurs* 1992;9:263-9.
- Scott J. Homelessness and mental illness. *Br Psychiatry* 1993;162:314-4.

## **L'USO DI SOSTANZE STUPEFACENTI NELLA POPOLAZIONE IMMIGRATA**

*Mario Figliomeni, Nicola Schinaia, Ilaria Itro, Gianni Rezza*

*Istituto Superiore di Sanità,*

Viale Regina Elena n° 299

Roma 00161 Italia

Email [Mario.Figliomeni@iss.it](mailto:Mario.Figliomeni@iss.it)

Il consumo di sostanze stupefacenti può essere considerato alternativamente sia una conseguenza, sia una causa di emarginazione sociale, il consumo di sostanze stupefacenti può provocare un deterioramento delle condizioni di vita, ma, d'altro canto, sono proprio i processi di marginalizzazione sociale che possono portare a ricorrere alle sostanze stupefacenti.

Ciononostante il rapporto tra abuso di stupefacenti ed emarginazione sociale non è un rapporto di tipo causale, perché l'emarginazione sociale non riguarda tutti i consumatori di stupefacenti.

Tenendo conto di questa complessità, è possibile analizzare il consumo di stupefacenti tra le popolazioni socialmente emarginate e studiare l'emarginazione sociale tra i tossicodipendenti le seguenti popolazioni sono di solito considerate a rischio di emarginazione sociale

Sull'argomento si possono individuare alcuni fattori di svantaggio; condizione abitative altamente degradate per chi c'è la, povertà ,alimentazione scorretta, micro-criminalità, abuso di fumo ed alcol, difficoltà di accesso ai servizi sociosanitari. Nell'ambito dei comportamenti dell'uso di sostanze stupefacenti autosomministrate per via endovenosa e non , si associa ad una serie di fattori di rischio sanitari aggiuntivi rispetto a quelli legati alle sostanze stesse determinando particolari livelli di morbosità e mortalità. Mi riferisco a quelle patologie che si correlano a particolari modalità assuntorie o alle condizioni socio ambientali che come l'extralegalità, possono favorire l'adozione di tali comportamenti a rischio per la salute dei tossicodipendenti.

- ◆ Rivelano numerosi problemi metodologici;
- ◆ La popolazione in questione utilizza poco o per niente i servizi socio-sanitari;
- ◆ Questa popolazione è un popolo in movimento, consegue la difficoltà di raccogliere dati e di fare epidemiologia.

### **Descrizione del campione**

Sono in svolgimento l'analisi dei dati, una prima analisi dei dati in nostro possesso per quanto riguarda gli immigrati: 136 soggetti. L'area di provenienza per gli immigrati sono: Bangladesh, Brasile, Nigeria.

## **Risultati**

Gli immigrati sono 136 soggetti e sono suddivisi così: 43 del Bangladesh di cui 38 uso di droga locale; del Brasile 39 sono di cui 27 uso di hashish e marijuana; della Nigeria sono 54 di cui 51 uso di cola; dei 38 del Bangladesh 19 dichiarano anche se per una volta uso di hashish e marijuana e nessuno dichiarano di non aver mai usato altre droghe. Del Brasile: di questi 27 (che dichiarano di usare o di aver usato hashish e marijuana) 17 dichiarano di aver o di usare cocaina, di questi 17; 7 dichiarano di aver provato altre droghe come ecstasy, eroina (non per via endovenosa), e solo 2 dichiarano di aver provato anche s'è solo per una volta eroina per via endovenosa. La Nigeria: di questi 51 (che usano cola) 40 hanno o usano hashish e marijuana di questi 40; 13 dichiarano di aver usato o di usare cocaina e di questi 13; 5 dichiarano di aver provato o di usare altre sostanze come ecstasy, amfetamine, eroina ma non per via endovenosa. Quindi come si può vedere c'è piuttosto un uso di sostanze naturali in foglie e poco ed in certi casi uso di droghe pesanti, i vari range di età dei soggetti: per quelli del Bangladesh è dai 18 ai 37 anni. Per i Brasiliani è dai 23 ai 55 anni. Per i Nigeriani è dai 18 ai 60 anni.

Le caratteristiche dei nomadi per quanto riguarda le droghe delle persone contattate nei campi:

Si ha una distribuzione per uomini 151 soggetti e il 92.6% del campione, per le donne il numero dei soggetti 12 con 7.4%, l'età media è di 23 anni, per nazionalità la Bosniaca è la più consistente seguendo quella Rumena, Macedone, Croata, Jugoslava e Montenegrina. Le persone con una occupazione sono 13 con 8.0% quelle senza una occupazione sono 143 con il 90.2% quelli che non hanno risposto sono 3 con 1.8%. Dodici avevano ricevuto precedenti trattamenti per uso di sostanze stupefacenti, e 69 anno avuto precedenti carcerazioni.

Per quanto riguarda l'uso di sostanze stupefacenti usate :

Eroina 29 casi con il 17,8% del campione, di cui per via iniettiva 17 di 58,6%.

Cocaina 123 casi di cui 75,5% di cui per via iniettiva 4 con il 3,3%.

Alcol 104 casi di cui 63,8% del campione.

Cannabis 47 casi di cui 28,8%.

LSD 3 casi di cui 1,8%.

Barbiturici 2 casi di cui 1,2%.

Ecstasy 2 casi di cui 1,2%.

Amfetamine 1 caso di cui 0,6%.

## **Conclusione**

Nell'ambito dei comportamenti dell'uso di sostanze stupefacenti si associa ad una serie di fattori di rischio sanitari aggiuntivi rispetto a quelli legati alle sostanze stesse, le malattie da infezione rappresentano la tipologia più importante tra le patologie correlate alla tossicodipendenza. Tra queste alcune HIV ed Epatite si tra-

smettono attraverso lo scambio delle siringhe contaminate o i rapporti sessuali. Le tradizioni strategiche di intervento sulle tossicodipendenze, con finalità di creare connessioni tra utenza ad alto rischio e servizi sociosanitari, tramite l'utilizzo di azioni innovative fondate sul principio della mediazione culturale, della ricerca attiva, su immigrati e nomadi tossicodipendenti e sull'offerta di servizi quali: informazione sulle droghe, counselling su HIV - AIDS e MST e sulle modalità di evitamento del contagio offerta di siringhe sterili, distribuzione di profilattici, orientamento ed invio alle strutture sociosanitarie.

## LA PROBLEMATICAZIONE DELLA RELAZIONE TRA POVERTÀ E SALUTE MENTALE

*Luigi Frighi*

La difficoltà di cogliere nessi strettamente causativi tra le due entità, oggetto della relazione, risiede, prima di tutto, nella vaghezza stessa degli etimi: povertà e salute mentale, ognuno dei quali implica una gamma notevole di connotazioni e riferimenti diversi a seconda della varietà tipologica degli osservatori dei fenomeni, siano essi, sociologi, economisti, psicologi, ecc.

In questo senso, il concetto di povertà non può certamente estinguersi in una definizione puramente economica, così come il significato di salute mentale non può basarsi esclusivamente sull'assenza o meno di disturbi inquadrabili in determinate categorie diagnostiche psichiatriche.

Per queste ragioni, l'autore ha cercato di tracciare, per sommi capi, il percorso storico attraverso il quale il povero si è, molto lentamente, imposto all'attenzione della società, nel passaggio dal mondo antico a quello moderno, dal momento che la sua reale condizione di vita è dipesa, in larga parte, non soltanto dalle circostanze congiunturali della sua povertà, ma anche, e di più, dalla maniera in cui essa veniva percepita e considerata in base agli atteggiamenti mentali caratteristici delle varie epoche.

Anche le forme di assistenza della povertà sono andate evolvendo nel tempo, passando da forme passeggere di elargizioni, tipiche dell'evergetismo imperiale romano, alle distribuzioni annonarie delle diaconie cristiane, per sfociare, dopo molti secoli, in forme di assistenza più durevoli, sancite istituzionalmente.

Ai fini di una ricerca sui probabili nessi tra povertà e salute mentale, è stata svolta, in collaborazione con il dr. Francesco Colosimo, una ricerca bibliografica di 106 voci espunte da riviste psichiatriche e affini, attinenti a questo tema specifico e comparse negli ultimi dieci anni.

Nella relazione vengono riportati numerosi dati che si riferiscono agli effetti sulla condizione di benessere psicofisico degli individui, prodotti dalla disoccupazione, dalla deriva sociale con relative emarginazioni, dalla condizione di povertà subita nell'infanzia, e in particolari categorie a rischio psicopatologico, come i senza fissa dimora, gli immigrati, specie donne e bambini.

Dall'insieme dei dati non è stato possibile trarre la constatazione di rapporti causativi diretti tra la povertà e la salute mentale degli individui che ne sono colpiti. Tuttavia, pur dai dati contraddittori emersi dalla ricerca, è possibile ricavare almeno la certezza che in qualsiasi forma di assistenza e di riabilitazione del malato psichico povero, occorre intervenire, nello stesso tempo, con misure appropriate nell'ambito del *welfare state*.

**“PSICHIATRIA TRANSCULTURALE:  
PSICODINAMICA E CLINICA  
DELLA RELAZIONE CON IL DIVERSO\*”**

*Pierluigi Giordano, Maurizio Guarneri, Rosa Lo Baido,  
Laura Nastri, Concettina Taglieri*

Clinica Psichiatrica e Scuola di Specializzazione in Psichiatria  
Corso di Laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica  
(Direttore: Prof. Pierluigi Giordano  
(Presidente: Prof. Daniele La Barbera)

*Premessa*

L’invito del prof. Mansueto a partecipare a questa “*Consensus Conference*” mi ha fatto doppiamente piacere. Innanzitutto perché mi ha consentito di riaccostarmi al tema dei meccanismi psicologici e psicodinamici della relazione con il diverso, oggetto di un Congresso Nazionale da me organizzato a Palermo negli anni ’80: “La perturbante immagine del diverso”.

E anche – ma forse questo è il motivo più importante – perché l’invito mi ha riportato al 1968, quando sono venuto per la prima volta a Lampedusa, giovane medico emigrante che poi qui si fermò, fisicamente tre anni, e con il cuore per sempre.

## **“LA PERTURBANTE IMMAGINE DEL DIVERSO”\***

*Concettina Taglieri, Silvana Cacace, Salvatore Malizia, Pierluigi Giordano*

Cadono le frontiere, tutti possiamo andare dappertutto, ci si mescola, ci si confonde e tuttavia l'incontro con lo straniero, l'Altro continua a mettere in crisi.

La psicologia biologico-evoluzionista spiega la nostra tendenza ad essere ostili verso chi non appartiene al nostro gruppo come risultato del lungo processo evolutivistico di adattamento. La tendenza a riconoscere come nemici gli individui appartenenti a gruppi estranei e la tendenza a favorire i membri del proprio gruppo ha una chiara funzione adattiva. Nell' "etica del piccolo gruppo" era assicurato il successo riproduttivo: ogni intervento a sostegno di un membro favoriva la propagazione dei geni di chi lo metteva in atto. Nel corso dell'evoluzione si sarebbe dunque sviluppata una propensione su base innata ad essere diffidenti ed ostili verso chi appartiene a gruppi diversi. Nei casi estremi percepiti quasi come "specie diversa", trattati come "non umani", esposti a forme anche estreme di violenza. (Attili, 2000).

La sociobiologia dell'etnocentrismo esplora i legami tra processi evolutivi di tipo biologico e le manifestazioni psicologiche e culturali nelle quali si esprime l'ostilità nei confronti del diverso. L'etnocentrismo, origine del pregiudizio, secondo tale visione, sarebbe, nella specie umana, l'equivalente dei legami di consanguineità che nelle specie animali governano la rete delle relazioni sociali. La nostra dotazione culturale ci ha poi imposto di trasferire a un livello più complesso (quello della distinzione tra gruppo di appartenenza e gruppo esterno) la tendenza a favorire quanti condividono il nostro patrimonio genetico. Da qui tutti i segni che ci consentono di marcare le appartenenze e di distinguere amici da nemici: tratti somatici, lingua, abbigliamento, comportamento, e tutto ciò che evidenzia la differenza tra chi è dentro da chi è fuori dal gruppo. Ma in tale ottica biologico-evoluzionista il comportamento non è subordinato all'istinto ma fondato su semplici propensioni su base innata, le quali possono dar luogo a comportamenti eterogenei tra loro, comunque sempre sensibili al condizionamento sociale e culturale. Sarebbe allora interessante individuare le modalità con cui tali propensioni si realizzano.

Nella costruzione delle immagini sociali sullo straniero, sul diverso, vediamo come entrino in gioco processi cognitivi, aspetti legati all'identità sociale e dinamiche motivazionali, oltre che aspetti linguistici e comunicativi.

Le rappresentazioni sociali si collocano tra lo psichico e il sociale; sono rappresentazioni di sé e degli altri che si possono riferire a categorie sociali o all'immaginario collettivo "...sono sistemi cognitivi con un linguaggio e una logica propri. Non sono semplicemente opinioni o atteggiamenti, ma teorie ingenuie, branche di conoscenza per la scoperta e l'organizzazione della realtà" (Palmonari, 1980).

La loro funzione è di stabilire un ordine affinché ci si possa orientare nello spazio sociale e avere un codice di lettura della storia personale e sociale.

Le rappresentazioni si originano dagli scambi interattivi e comunicativi tra persone, attraverso le interazioni si generano infatti concetti che in vario modo collegati contribuiscono a formare un universo condiviso di significati.

Quando interagiamo con una persona per poterla conoscere ci costruiamo via via un giudizio su di essa. La conoscenza che ne facciamo tuttavia è mutabile nel corso del tempo e per integrazione di elementi successivi, per cui non è possibile fare una previsione lineare sul comportamento che avremo in futuro nei suoi confronti sulla base di tale conoscenza. Le coordinate culturali nelle quali siamo immersi contribuiscono ad orientare la nostra costruzione dell'immagine dell'altro. Sul piano sociale la cultura può infatti filtrare le rappresentazioni operando delle ricostruzioni della realtà, sulla base di aspetti collettivamente immaginati, pensati o attesi; a differenza di un'ideologia che fa capo ad un sistema concettuale logico entro cui un evento acquista significato, poiché si colloca in uno spazio e in un tempo, la rappresentazione è svincolata da coordinate spazio-temporali, riguarda il reale ma non necessariamente vi corrisponde in maniera univoca e diretta; piuttosto che semplice astrazione di un oggetto, fedele riproduzione del reale, le rappresentazioni, le immagini, la conoscenza scaturiscono dalla connessione dell'oggetto con il soggetto che conosce. La realtà non è conosciuta bensì costruita, l'immagine che emerge dall'incontro con l'altro è allora costruita dall'interazione e dalla sua condivisione nel contesto collettivo.

Dunque il significato attribuito a un comportamento, ad un evento, la percezione dello straniero corrisponde ad una ricostruzione condivisa all'interno di un contesto in cui assume valore e rispetto a determinati codici di significazione.

Una funzione principale delle rappresentazioni sociali è quella di ordinare, organizzare, semplificare il reale. Ma consideriamo anche i processi cognitivi che sono alla base della costruzione delle immagini sociali e dell'immagine dello straniero in particolare.

Tajfel (1982), nella sua teoria dell'identità sociale sottolinea come in tutti gli esseri umani è rintracciabile una tendenza a raggruppare le altre persone e se stessi all'interno di categorie sociali, secondo dimensioni come il sesso, l'etnia, l'età, la professione, la religione, etc. Questi meccanismi di categorizzazione e autocategorizzazione ci spingono ad enfatizzare le somiglianze con coloro che appartengono al nostro gruppo (in-group) e ad esaltare le differenze rispetto a coloro che non ne fanno parte (out-group). E' poi attraverso il riconoscimento di appartenere ad un determinato insieme di persone che ciascuno definisce la propria identità. La contrapposizione fra in-group e out-group induce tuttavia a sviluppare un atteggiamento pregiudiziale, per cui si tende a valutare negativamente coloro che non appartengono al proprio gruppo mettendo in atto comportamenti che discriminano i membri esterni.

Ma qual è il motivo della tendenza a favorire il gruppo d'appartenenza?



Ci si potrebbe aspettare di vedersi ricambiato il favore e l'appoggio, oppure ipotizzare dei vincoli affettivi e di amicizia, ciò è vero ma la ricerca psicosociale ha dimostrato che per innescare fenomeni di favoritismo è sufficiente la semplice categorizzazione, in assenza di qualsiasi elemento di familiarità o interazione o anche di aspettativa di tornaconto personale. Una spiegazione è individuata nel fatto che l'individuo ricava dall'appartenenza ai gruppi una parte consistente della propria identità, per cui è portato a trasferire sul gruppo gli stessi meccanismi di protezione dell'autostima e favoritismo che normalmente vengono applicati a se stesso; ciò avviene non solo rispetto ai vantaggi materiali (risorse, privilegi) ma anche rispetto all'importanza di veder confermati valori, norme e modelli comportamentali. Il gruppo di appartenenza sostiene l'individuo in quanto garante della bontà delle sue interpretazioni del mondo e dell'efficacia delle sue scelte.

Osservando persone appartenenti a gruppi etnici diversi sembrano molto simili tra loro, da apparire quasi indistinguibili. Quest'impressione si verifica non solo in riferimento a tratti fisici ma anche rispetto alle caratteristiche psicologiche e comportamentali ed è definita "*effetto di omogeneità dell'out-group*". La mente è costantemente sommersa da un enorme varietà di informazioni che non possono esser trattate una ad una, né memorizzare nelle infinite articolazioni. Da qui la necessità di attivare *strategie cognitive* che selezionano e organizzano le informazioni in arrivo in modo da renderle compatibili con le potenzialità della mente umana.

Attraverso la *categorizzazione*: la tendenza a raggruppare oggetti, persone, eventi in insiemi che possano essere considerati omogenei, viene ovviamente sopravvalutato ciò che gli elementi hanno in comune e sottovalutato ciò che hanno di diverso (processo di *accentuazione cognitiva*: per cui si considerano più piccole di quanto siano le differenze all'interno di una categoria e più grandi invece quelle tra le diverse categorie). Nella percezione sociale questo processo può esser considerato come la base cognitiva del pregiudizio, ossia il fatto di percepire gli altri più in termini di categorie sociali che in termini di individui. Tendiamo così a valutare le persone non per quello che realmente sono ma per la loro appartenenza a un gruppo.

Ciò consente di differenziare e rafforzare la coesione col proprio gruppo di appartenenza, di razionalizzare il conflitto contro qualcuno, contrapponendo un Noi a un Loro e di conservare la distanza sociale attraverso una gerarchizzazione dei gruppi e delle etnie.

I pregiudizi sono poi difficili da modificare, anzi attivano processi di autoriproduzione, sono connessi al senso comune, slegati da aspetti concreti e oggettivi, permangono invariati nonostante le prove contrarie. Funzionano come delle guide nella nostra continua ricerca di informazioni.

Quando è vaga e ambigua la conoscenza che possiamo avere delle persone tendiamo ad attribuire loro ciò che ci sembra caratteristico del gruppo a cui apparteniamo.

Entrando in rapporto con una persona appartenente a un diverso gruppo etnico interpretiamo i dati di quell'esperienza in rapporto allo stereotipo del gruppo, tenderemo a sopravvalutare gli elementi che confermano lo stereotipo e a sottovalutare ed ignorare episodi in cui sono stati espressi comportamenti contrari allo stereotipo, o possiamo inconsapevolmente provocare attivamente la conferma delle nostre aspettative (*profezia che si autoavvera*).

Spesso benché animati da buone intenzioni, ben disposti nei confronti del diverso, a livello esplicito e consapevole, non ci accorgiamo di alcuni segni di discriminazione che agiamo, del senso di distanza, di superiorità che accompagna i nostri rapporti con chi appartiene a una diversa etnia. Pensiamo ad es. a quante volte ci capita di rivolgerci a un immigrato, magari non più giovanissimo, usando il “tu” al posto del “lei” come invece prevedono le nostre regole sociali nell'interazione tra sconosciuti.

Un'altra importante funzione della rappresentazione dello straniero ha l'effetto di distorcere la realtà.

La diversità dell'Altro fa irruzione nella nostra normalità ed è il *perturbante* che sconvolge gli equilibri e rompe l'omeostasi, può acquistare un significato solo rispetto ad un codice di riferimento noto. L'estraneo suscita in noi una reazione non perché sconosciuto ma perché non corrisponde alle nostre convenzioni, perché diverso; si origina il bisogno di attribuire all'Altro ciò che di straniero c'è in noi. Lo spazio della relazione anziché condiviso viene invaso da produzioni di senso e meccanismi di controllo. L'espressione manifesta, in carne ed ossa, colore della pelle, abbigliamento, credo religioso, cultura, mentalità della diversità dell'Altro genera in noi un sentimento inquietante e perturbante di estraneità poiché egli rappresenta il nostro doppio/negativo che avrebbe dovuto rimanere nascosto. Egli incarna l'aggressore e diviene oggetto su cui indirizzare quote di paura e di aggressività.

La rappresentazione del diverso si genera in questo caso attraverso alcuni meccanismi di categorizzazione dove spiccato è l'impatto della componente psicologica.

La separazione categoriale tra Noi e Loro implica una valutazione in termini di persone “superiori” e “inferiori”. La discriminazione accentua la diversità per non accettare le somiglianze, per non dover riconoscere nell'altro le proprie qualità ed in se stessi i difetti dell'altro. Nei confronti del diverso si attua un'operazione di *svalutazione* delle sue caratteristiche o di una loro *inversione*. Il confronto avviene su attributi che l'Altro, possiede con valenza inferiore, il risultato che ne deriva è che egli “vale zero”. Con il meccanismo dell'*inversione* viene amplificata la differenza tra l'Altro e se stessi fino a vedere le sue caratteristiche come opposte alle proprie. Il risultato di tali meccanismi conduce ad una *derealizzazione*, nella realtà non vi sono tracce di tale rappresentazione e l'Altro viene visto con connotazioni fortemente negative.

La funzione di tale dinamica psicologica e della categoria che ne deriva è di confermare che il timore e il disprezzo per l'Altro erano fondati.

Inoltre, l'exasperazione estrema del meccanismo di inversione, oltre a marcare la differenza tra l'Altro e se stessi può arrivare a tradurre le sue caratteristiche come inumane e mostruose, deformi, non armoniche rispetto ad una *forma* che ci è familiare. Tutto questo riguarda l'incapacità di dare significato all'Altro, poiché sfugge ai nostri codici di comprensione. Quando non riusciamo ad identificarci con lo straniero, perché estraneo e alieno al nostro mondo ci ricorda solo ciò che non siamo. La complessità dell'Altro viene così semplificata con l'etichettamento e lo stereotipo, nei casi estremi attraverso una disumanizzazione.

Attraverso tali meccanismi l'immagine dell'immigrato sarà svalutata, spesso viene definito per ciò che gli manca, visto come senza cultura, senza civiltà etc.

Risultano spesso distorte le nostre valutazioni dei fatti legati all'immigrazione, le ricerche sottolineano come tendiamo a sovrastimare il numero di immigrati presenti nella nostra società, ad ingigantire i problemi che possono porre, ad esagerare il loro ruolo nella criminalità.

In una società come la nostra, tendenzialmente multiculturale e multi-etnica, le presenza dello "straniero", le figure dell'immigrazione trovano nei media e nei nuovi mezzi di comunicazione un veicolo di forte impatto cognitivo ed emotivo. Considerando i risultati delle ultime ricerche vediamo come dai dispacci dell'Ansa emergano alcune figure d'immigrato; fino a qualche anno fa l'interesse prevalente nei confronti delle minoranze era legato ai codici di codifica degli atti di devianza e di violenza, di illegalità, di strane abitudini, nell'ultimo periodo l'Altro è considerato "sporco, povero, bugiardo"; dalla lettura critica di alcuni documenti emerge come l'informazione sugli immigrati sia concentrata quasi esclusivamente sugli "irregolari" e sui loro comportamenti illegali. L'argomento acquista evidenza solo quando si fa emergenza (pericolo di invasione, attentato alla sicurezza). Nell'informazione tendono a prevalere immagini squalificanti dello straniero: "egli ha qualcosa di minaccioso, ed è fonte di disagi e disturbi...l'invadente viene a sporcare qualcosa di nostro, colpevole della sua miseria, tenta di toglierci la sicurezza che ci siamo duramente conquistati"; il quadro che si presenta è questo: "si muove sempre in gruppi, non ha ritegno, entra nel nostro spazio senza bussare e siamo anche costretti a spendere denaro per rifocillarlo. Se poi riesce a scappare dai centri di accoglienza e ad entrare nelle nostre città di sicuro ci porta nuovi problemi".

Vediamo dunque che quando un flusso di popolazione straniera (sbarchi) vuole riversarsi nel nostro paese, un'intera comunità etnico-religiosa che afferma la sua diversità, la sua alterità rispetto al nostro mondo e al nostro sistema di vita i mezzi d'informazione si mobilitano per esorcizzarla, per neutralizzarla sul piano simbolico e ideologico, ma poiché è insostenibile una presa di posizione meramente xenofoba, vengono fatte delle distinzioni tra immigrati buoni e cattivi, tra diversi che credono nei valori dell'occidente e fanatici che non ci credono; in tal modo l'antirazzismo è salvo e si possono legittimare interventi repressivi o stigmatizzazioni ideologiche nei confronti dell'Altro.

“Quando è solo, quando è inoffensivo, quando è morto l’immigrato ci fa commuovere. Poveraccio, ne deve aver passate tante per farsi un viaggio di quel genere e morire in terra straniera”!

Al contrario, nell’ambito delle elaborazioni socio-culturali in materia d’immigrazione l’esaltazione senza riserve della positività dell’incontro tra immigrati e popolazione di accoglienza per i suoi caratteri di arricchimento reciproco (posizione che all’estremo Bèjin definisce “parmixismo utopico”) con l’exasperato individualismo ripropone l’inefficace metafora del “buon selvaggio” ma vi unisce un assoluto disprezzo per l’identità, che viene spogliata di senso. In tale ottica l’uomo ideale è “l’individuo amnesiaco, intercambiabile ed incapace di prolungare in qualche modo la propria esistenza oltre la morte” al quale si contrappongono tutti quegli uomini reali, in carne ed ossa che “non si rassegnano ad essere soltanto degli individui e che ancorando la propria coscienza personale al dato etnoculturale, investendo il loro bisogno di solidarietà, sentono che attraverso i geni e la propria cultura un po’ di loro stessi potrà essere trasmesso alle generazioni future” (Bèjin).

Spesso il processo psicologico dell’emigrante si muove tra due estremi: l’*inculturazione* e il *mantenimento rigido dei propri schemi culturali*; entrambi gli estremi determinano effetti negativi.

Ad un estremo il soggetto cerca di inserirsi nella società ospitante rinunciando alla propria individualità etnica per non contrastare con i nuovi standard culturali; si tratta di rinnegare la propria storia, la propria cultura e aderire in modo acritico a nuovi modi di essere e pensare, altrimenti rischia di essere estromesso dalla vita sociale. Tale processo è altamente disadattivo, in cambio dell’approvazione sociale dovrà rinunciare a cospicue quote d’identità, alle proprie origini, alla propria cultura rimanendo alieno a se stesso.

Il soggetto emigrato interiorizza in maniera acritica la struttura del paese ospitante creando una sovrastruttura che copre e annichilisce la sua vera identità. E’ possibile infatti camuffare, mascherare i tratti fondamentali della personalità individuale rendendoli nascosti a sé e agli altri, attraverso i processi della *rimozione*; il soggetto confina rendendoli nascosti i contenuti del suo essere ritenuti socialmente indesiderabili; attraverso tale processo tuttavia egli non è più in grado di dialogare con le parti che ha rimosso, non avendone più coscienza. Tali contenuti, separati dalla coscienza, tuttavia rimangono presenti e condizionano la vita quotidiana.

All’altro estremo del processo psicologico del migrante ritroviamo invece la *volontà rigida* del soggetto di non rinunciare a nessuna delle proprie abitudini e regole culturali, ciò per contrapporsi a una cultura che lo respinge, ciò lo porta ad auto escludersi dalla società ospitante, a rimanere confinato nell’eterna condizione di ospite. In tale visione s’inseriscono i fenomeni d’intolleranza verso il diverso.

Stupisce molto constatare come popoli con lunghe storie di immigrazione non siano esenti da fenomeni d’intolleranza verso lo straniero.

Il ricordo, la storia di un popolo non sembrano essere sufficienti ad evitare le intolleranze. Riferendoci al contesto siciliano, esso ha una lunga storia di dominazioni, immigrazioni la cui memoria storica è viva e ancora molto presente nelle sue tradizioni, eppure essa è come trascurata o rimossa. Un popolo che ha molto sperato nella possibilità di integrazione in terra straniera si rivolge allo straniero con intolleranza, generando la medesima situazione in cui si trovarono i suoi avi. Si può forse ipotizzare un atteggiamento di rivalsa che spinge le persone a riscattare le proprie sofferenze infliggendole agli altri.

I contenuti impressi nella memoria di un passato sofferto vengono scissi dalla coscienza, assicurando la possibilità di vivere come se non esistessero. Essi tuttavia premono per tornare alla coscienza, la quale per impedirne la comparsa erige delle barriere, delle difese. In Sicilia il meccanismo di difesa coinvolto in tale processo psicologico, secondo il parere di alcuni studiosi, è l'*identificazione proiettiva* (viene scisso dalla coscienza un contenuto doloroso, un aspetto di sé negativo, trattato come estraneo poiché proiettato all'esterno; il soggetto successivamente eviterà tutte le situazioni che possano portare alla luce tale ricordo rimosso, ma esso opererà in senso inverso, facilitando dunque ogni situazione che possa facilitargli l'accesso alla coscienza).

L'*identificazione proiettiva* funziona dunque da scudo protettivo, scambiando le parti in gioco: l'*aggressore* diviene *agredito*. La Sicilia ha vissuto anni di privazioni e umiliazioni, condizioni di forte disagio in seguito alle emigrazioni, oggi tutto ciò è presente nei ricordi che carichi di angosce vengono rimossi, esorcizzati, ma sono proprio tali ricordi che cercano di tornare alla coscienza e attraverso l'*identificazione proiettiva* si scagliano e aggrediscono umiliano i nuovi emigrati, come tentativo di esorcizzare ed oscurare l'inconscio traumatico.

In generale è possibile considerare i fenomeni d'intolleranza come la conseguenza di difficoltà di comunicazione che non riguardano unicamente il piano strettamente linguistico ma anche i canali di trasmissione non condivisi e ancor più le matrici culturali che propongono codici simbolici e di significazione che in un contesto alieno non possono essere facilmente interpretati e decodificati.

Dobbiamo tuttavia essere consapevoli del fatto che le culture vivono confrontandosi, scambiando persone, oggetti, immagini, valori, e mescolandosi, cambiano continuamente attraverso i mutamenti delle persone che ne fanno parte. Questo è ciò che Bakhtin (1981) intendeva quando scriveva: "non dobbiamo immaginare il regno della cultura come uno spazio con delle frontiere e un territorio interno. Il regno della cultura è interamente distribuito lungo le frontiere. Se viene separato da esse perde il suo fondamento, diventa vuoto ed arrogante, degenera e muore". Non c'è nessuna cultura viva che sia separata. Le differenze culturali non sono dunque fenomeni statici ma occasioni di negoziazione e di scambio.

### **Bibliografia:**

- Arcuri L.(1998), Stereotipi nella testa, Psicologia Contemporanea, 146
- Attili G. (2000), Farabollini F., Messeri P., Il nemico ha la coda, Firenze, Giunti
- Bakhtin M. M. (1981) The dialogic imagination, Austin, The University of Texas Press
- Cotesta V. (2001) Sociologia dei conflitti etnici, Laterza
- Di Maria F., Lavanco G., Novara C. (1999) Barbaro e/o straniero, Franco Angeli
- Frighi L. (1997) “Il percorso psicologico dell’emigrante tra lutto e desiderio”, in Attualità in psicologia,1
- Freud S. (1919) Il Perturbante, in Opere, Boringhieri, Torino,1989
- Freud S. (1921) Psicologia delle masse e analisi dell’io, in Opere, Boringhieri, Torino,1989
- Mantovani G. (1996) “Alle origini del pregiudizio”, Psicologia Contemporanea, 133; 135.
- Palmonari A. (1980), “Le rappresentazioni sociali”, in Giornale Italiano di Psicologia, 2.
- Tajfel H., Billig M., Bundy R., Flament C. (1971) “Social categorization and intergroup behavior” , European Journal of Social Psychology, 1, 149-177.
- Tajfel H (1982), Social identity and intergroup relations, Cambridge University Press
- Tarchi M. (1994), La sfida della differenza al modello occidentale, Democrazia e diritto,1, 381-196

## IL RAZZISMO

Pierluigi Giordano

Le emozioni suscitate dai flussi migratori dai paesi extra-comunitari, ci pongono problemi di accettazione e di convivenza con uomini provenienti da altri paesi, spinti verso il nostro alla ricerca di condizioni di vita migliori di quelle lasciate alle spalle.

Tratteremo di alcuni meccanismi psicodinamici che stanno alla base dell'intolleranza e dell'odio razziale e di tutte le pulsioni, affetti e fantasie rimosse che influenzano negativamente il rapporto con lo straniero, rendendo più difficile la gestione dei problemi politici e sociali emergenti.

Le cause socio-politiche dell'origine multifattoriale del razzismo, sono più facilmente individuabili rispetto a quelle irrazionali connesse a motivazioni inconscie che, quando emergono, mettono in crisi gli equilibri interiori raggiunti, accrescendo l'ansia e l'insicurezza.

Quando gli eventi appaiono irreversibili, di fronte alla paura di cambiamenti catastrofici tali da mettere in forse valori e certezze ritenuti sino ad allora immutabili, si genera un profondo sentimento di angoscia.

All'angoscia i più sono portati a rispondere con aggressività nei confronti di quanti ritenuti responsabili, attivando, verso l'estraneo, comportamenti razzistici.

Il processo inconscio della **identificazione proiettiva**, sviluppato nel 1946 da M. Klein e approfondito successivamente da vari autori (Bion, Metzger, Rosenfeld), ci è utile per capire alcune dinamiche psichiche che sottendono al fenomeno del razzismo.

Si tratta di un meccanismo di difesa con il quale l'Io, per liberarsi dall'angoscia, scinde le parti buone da quelle cattive e le proietta, con amore o con odio, dentro gli oggetti esterni. La proiezione delle parti cattive dentro l'oggetto lo carica di angoscia persecutoria.

In conseguenza di questo meccanismo, le "paure" suscitate dall'incontro con il *diverso* non attengono necessariamente a motivi inesistenti, in quanto queste prendono corpo quando sono stati esasperati conflitti reali che hanno attivato contenuti mentali rimossi.

Il naturale disagio, legato al pericolo corso da specifici interessi materiali quali la casa, i privilegi od il territorio – ricchi peraltro di significati simbolici – è aggravato dalla proiezione del sadismo sugli "invasori", che divengono, così, oggetto di attacchi aggressivi.

Ci sono persone che si inventerebbero *il diverso* anche se non esistesse, sia questo lo straniero, il deviante o il malato mentale, su cui scaricare le paranoie e i bisogni di normalità o di superiorità, soprattutto quando dentro di loro queste certezze incominciano a scricchiolare.

Dobbiamo quindi considerare quanto conflitti inconsci possano inferire negativamente nei rapporti politici e sociali, quando l'altro, *il diverso*, assume le sembianze di tutte le parti negative, non accettate dentro di noi.

Queste proiezioni alterano profondamente il rapporto instaurato, apparendoci *il diverso* la rappresentazione del nostro doppio/negativo che, come dice Freud nel famoso saggio "*Il perturbante*" del 1919, "*avrebbe dovuto rimanere nascosto*", mentre, presentandosi, provoca il risentimento perturbante dell'inquietante estraneità.

Altra forma di **identificazione proiettiva** è quella tesa all'espulsione delle parti depressive del Sé. In questi casi, il senso di inferiorità o quello del proprio fallimento vengono messi dentro *il diverso*, ricavandone un illusorio sentimento di superiorità. Può conseguirne anche la distruzione sadica degli oggetti buoni interni, per cui la vittima, svuotata delle qualità interiori che caratterizzavano la sua identità, si pone alla mercé dell'aggressore.

Questi fenomeni sono stati ben conosciuti dai popoli soggetti al colonialismo.

Il razzismo si manifesta quindi come sentimento di superiorità teso alla svalorizzazione dell'altro da parte di chi non può tollerare dentro di sé le fantasie e gli impulsi rimossi attivati nella relazione.

Freud - che ha conosciuto sulla sua pelle le conseguenze del razzismo - fa riferimento in vari passi della sua opera all'aggressività nei confronti dell'estraneo, fornendo una spiegazione in base ai principi psicoanalitici che aveva sviluppato.

*"...stirpi strettamente imparentate provano ripugnanza l'una per l'altra, il tedesco del Sud non può sopportare quello del Nord, l'inglese dice tutto il male possibile degli scozzesi.(...) Nella palese avversione e ripugnanza provata per l'estraneo con cui siamo a contatto è avvertibile un amore per noi medesimi, un narcisismo teso all'autoaffermazione, e si comporta come se la mera presenza di uno scostamento dalla propria linea di sviluppo implicasse una critica di questa e un invito a modificarla. (...) E' però innegabile che in un tale comportamento umano si manifesti una disponibilità a odiare, un'aggressività la cui origine ci è sconosciuta e alla quale siamo portati ad attribuire un carattere elementare".*

Nel saggio "*Il disagio della civiltà*", Freud, a proposito dell'aggressività tra comunità contrapposte, introduce il concetto di "*narcisismo delle piccole differenze*".

Nel pensiero del fondatore della psicoanalisi, il razzismo è conseguente all'investimento narcisistico degli oggetti che si vogliono difendere e a una pulsione aggressiva primitiva nei confronti dell'altro la cui diversità assume significato persecutorio e di minaccia alle proprie cose e ai propri valori.

La possibilità di una relazione amichevole con l'altro potrà nascere soltanto dal superamento del narcisismo e dal controllo delle pulsioni aggressive contro *l'altro* che, con la sua diversità, rappresenta una minaccia per la propria identità e per l'integrità dai propri oggetti interni. L'estraneo diviene quindi colui che potrebbe spezzare gli equilibri realizzati, verso cui possono agire impunemente le pulsioni aggressive. Così continua Freud: *"...l'esistenza di questa tendenza all'aggressione, che possiamo scoprire in noi stessi e giustamente supporre negli altri, è il fattore*



*che turba i nostri rapporti col prossimo e obbliga la civiltà a un grande dispendio di energia. Per via di questa ostilità primaria degli uomini fra loro, la società civile è continuamente minacciata di distruzione”.*

Secondo Freud, per salvare la civiltà occorre che l'uomo riesca a controllare le proprie pulsioni aggressive e a tenere a freno il proprio narcisismo, investendo di cariche libidiche quanti entrano in rapporto con il proprio gruppo sociale.

Progetto non facile da realizzare se non si riescono a sviluppare processi di identificazione con l'estraneo e ad accettare le parti scisse non corrispondenti ai principi e agli ideali su cui abbiamo realizzato la nostra sicurezza, tanto più effimera quanto meno questa tiene conto di tutte le realtà umane e sociali che fanno parte del nostro tempo.

Le angosce persecutorie

L'aggressività gratuita e la spoliazione morale dei valori e dell'identità del diverso rendono più inconciliabili i conflitti sociali nell'illusoria speranza di far prevalere le ragioni del narcisismo, quando considerazioni umanitarie, storiche e politiche convergono ormai verso un processo di integrazione di culture e di interessi, avendo assunto i problemi che ci attanagliano dimensione planetaria.

Riteniamo che la conoscenza della dimensione psichica inconscia di questi fenomeni potrà essere utile a politici e sociologi che li devono affrontare e, soprattutto, agli operatori dei mezzi di comunicazione che, essendo portati, lucidamente o inconsciamente, ad attivare l'immaginario collettivo, hanno grandissima influenza e responsabilità nei confronti della collettività, divenendo ogni mistificazione, come direbbe Bion, un veleno per la mente di quanti ricevono il messaggio.

E' noto come l'ideologizzazione dei problemi incida negativamente sulla ricerca pragmatica delle soluzioni e rende gli stessi più esplosivi, soprattutto quando nei confronti delle angosce esistenziali divengono prevalenti le difese schizoparanoidee.

In queste situazioni subentra il convincimento che la sconfitta dell'altro (quando prevale il bisogno di vendetta e la persona da odiare viene ricercata con una tenacia pari a quella che sarebbe investita se fosse oggetto di appassionata dedizione) possa esaurire le ragioni dell'aggressività del mondo interno. Queste ultime divengono incontrollabili, popolando la realtà esterna di persecutori sempre più "agguerriti" che mettono in ancor più grave pericolo l'equilibrio soggettivo e della collettività.

R. Money Kyrle afferma che *"... negli incubi che rivelano il mondo interno, la distruzione di una persecutore spesso finisce solo con il moltiplicarlo (quasi che, distruggendolo come oggetto intero, ogni suo frammento si vitalizzasse come una nuova e più grave minaccia), producendo come risultato la sensazione che il Sé buono e gli oggetti interni buoni siano, non già più sicuri, ma ancor più minacciati"*.

Soltanto il riconoscimento del carattere persecutorio di tali angosce e del disagio interiore nei confronti del diverso potrebbe aprire la strada per affrontare i problemi

emergenti nel modo più equilibrato, soprattutto se la realtà non apparirà deformata e confusa per la massiccia proiezione dei conflitti intrapsichici.

Convivenza ed adattamento

Occorre infine interrogarci se nella vita dello straniero, senza diritti, senza certezze, vissuta andando incontro al proprio destino, non c'è anche una ricerca di identità.

La vita fatta di stenti, l'ostilità, il radicamento difficile, sempre in balia degli altri, la cui bontà o cattiveria è un evento del tutto casuale, non sono le stesse emozioni che hanno vissuto i nostri emigranti nei paesi dove hanno trovato ospitalità?

Lo straniero, necessariamente, cerca la realizzazione in un luogo dove la sua diversità entra in conflitto con il gruppo che tende a respingerlo o a emarginarlo in un limbo, in attesa di un'integrazione offerta a chi riesce ad obliare le proprie radici.

Il lavoro socialmente riconosciuto, miraggio o realtà, diviene l'unica possibilità per affermarsi e integrarsi, attraverso il ruolo che questo conferisce nella società.

In tal senso, il lavoro oltre che unico mezzo di sopravvivenza, rappresenta un valore per affermare la dignità e farsi accogliere in un ambiente diffidente. Appare chiaro, quindi, come l'accettazione dei lavori più umili e di tutte le forme di sfruttamento divenga una sfida colpevolizzante a tutta la collettività.

Il pericolo più grave per l'immigrato è la rinuncia alle proprie radici etiche e culturali, quando l'integrazione avviene solamente attraverso una adesione acritica alle istanze consumistiche connaturate alle società occidentali. C'è di più: il disadattamento assume quasi sempre forme di particolare gravità, se queste aspettative appaiono irrealizzabili. Allora l'unica strada praticabile è quella della devianza e della criminalità. Particolare rilievo assume, come conseguenza dell'emarginazione, l'insorgenza, anche per la perdita delle proprie radici culturali, di gravi forme di disagio psichico.

La risposta politica e giuridica dello Stato al problema dell'immigrazione segue percorsi diversi da quelli della ricerca psicologica.

Tuttavia, questa potrà essere lo stesso utile a capire le motivazioni dei conflitti e a illuminare sulle condizioni del disagio sociale, non solamente ascrivibili, come abbiamo visto, a cause economiche e politiche: quanto meglio saranno conosciuti i meccanismi dell'odio e dell'aggressività, tanto più facilmente si potranno evitare i motivi che li suscitano.

Il più importante (come è sotto gli occhi di tutti) è il sentimento di gelosia provocato dal timore che gli immigrati si appropriino di ciò di cui noi stessi verremmo privati; questa emozione è rafforzata dagli stessi sentimenti di gelosia e di aggressività che solitamente il bambino sperimenta nei confronti della madre nel rapporto con i fratelli.

La storia dello sviluppo infantile ci insegna che il bambino, per crescere psicologicamente sano e divenire un adulto equilibrato, deve poter tollerare i sentimenti di ambivalenza nei confronti dei genitori, riconoscendo che gli oggetti del suo odio, che vorrebbe distruggere, sono quelli che ama e da cui riceve amore. Così pure la storia della civiltà, nei momenti cruciali, ha dimostrato che le ragioni della solida-

rietà e della cooperazione, alla lunga, hanno avuto la meglio sull'odio e sulla distruttività; diversamente, la civiltà stessa sarebbe scomparsa già da tempo.

### Due casi clinici

*Ehibor, 24 anni, nigeriano, ci viene inviato in consulenza dall'Ambulatorio per le Malattie dell'Immigrazione del nostro Policlinico universitario. Con estrema angoscia ed irrequietezza riferisce di non essersi ancora liberato dal "verme" che gli ha causato prima la gonorrea e che, adesso, gli "cammina nel cervello" e, attraverso il sangue e altri sottili collegamenti, raggiunge diverse parti del suo corpo. Il misterioso animaletto, penetrato per contagio negli spazi interni del suo organismo, determina, quando intraprende il suo movimento migratorio, lo scatenamento dei disturbi (crisi d'ansia simili ad attacchi di panico ma con una più profonda impronta psicosomatica e con ricorrenti preoccupazioni ipocondriache). Durante i colloqui effettuati, Ehibor descrive con notevole accuratezza i movimenti del "verme" e i tormenti che gli procurano, e constatiamo con una certa sorpresa come il semplice contenimento, offerto dalla relazione e dal colloquio, sia sufficiente a spegnere la sua angoscia e il suo terrore, lasciandolo andar via ogni volta quasi del tutto rasserenato.*

Tale quadro clinico, che spesso riceve in occidente la diagnosi erronea di *schizofrenia* o di *disturbo psicotico breve* o *depressivo maggiore*, sembra corrispondere allo stato **ode ori**, una sindrome descritta esclusivamente tra i giovani nigeriani che si manifesta con le modalità appena illustrate. Sulla base di convinzioni persecutorie che attraversano il pensiero tradizionale, i Nigeriani ritengono che il comportamento umano possa essere controllato o influenzato dall'esterno e tendono a giustificare ogni emozione o pensiero con l'intervento di un agente esogeno. Tale costruzione causalistica, integrata con il dato culturale, costituisce un imprescindibile punto di reperi per chi si volesse accostare alla comprensione autentica delle angosce di Ehibor, già manifestatesi una volta nel paese di provenienza ma accentuatesi solo con il recente arrivo in Sicilia e con le correlate difficoltà di integrazione nel nuovo tessuto sociale.

Vorremmo utilizzare questo breve frammento clinico per introdurre alcune riflessioni teoriche sulle questioni poste alla psichiatria occidentale dal confronto con il disagio transculturale, confronto che l'impronta multi-etnica e la creolizzazione delle società contemporanee rendono non più rinviabile.

Facciamo tuttavia un passo indietro. Dopo essere state clandestinamente ospitate in epistolari e resoconti di mercanti e viaggiatori, le *sindromi esotiche* entrano ufficialmente nella nosografia psichiatrica occidentale con uno studio di Kraepelin che, rientrato da un viaggio turistico a Giava (1904), rileva analogie e differenze tra i pazienti dei due mondi, ma sostiene infine e difende le ragioni della Clinica occidentale, inaugurando la c.d. psichiatria "*comparativa*". Si è trattato, tuttavia, com'è stato sempre più evidente nel tempo, di una comparazione fondata su un'istanza autoreferenziale: si sono cioè utilizzati i codici interpretativi della nostra cultura per una lettura *extra-contestuale* dei quadri morbosi "*atipici*". E d'altra parte, le

molteplici denominazioni via via proposte – finanche quella, indicata nel D.S.M.-IV-TR, di *Culture-bound Syndromes* o *Sindromi Culturalmente Caratterizzate* – parlano di tipologie morbose che, assemblando sintomi eterogenei e polimorfi, si oppongono “*invulnerabili al fuoco delle totalizzazioni categoriali*” (Inglese e Peccarisi 1997).

Ey nel 1967 proponeva di introdurre la nozione di *relativismo culturale e psicopatologico*, affermando l’idea che “*il normale e il patologico non esistono che nel rapporto con una data cultura*” e prospettando i due eccessi connessi ad una simile impostazione: quello di ritenere le categorie nosografiche occidentali immutabili e le nostre sindromi psichiatriche entità, e quello di esagerare il relativismo fino a considerare il disagio mentale una semplice reazione all’ambiente.

Per tali ragioni, sembra più opportuno il termine, proposto da Inglese e Peccarisi (1997), di *Sindromi Culturalmente Ordinate*, giacché, adottando un “*vertice*” antropologico, possiamo affermare che la cultura non si limita a svolgere un semplice effetto patoplastico, ma interviene in realtà quale fattore che “*assegna un ordine particolare alle forme del disordine*”, selezionando e prescrivendo modi altamente specifici di ammalarsi e modi altrettanto specifici di cura e di guarigione.

Nell’ipotesi che il problema posto dalla sofferenza psichica del migrante sia duplice, implicando cioè un disagio della migrazione e una migrazione del disagio attraverso culture differenti, riteniamo utile proporre alcuni contributi semiologici che ci sembrano particolarmente pertinenti.

Utilizzando l’apparato formale della topologia, Lotman (1975) ha tentato di descrivere le proprietà generali dei diversi modelli della cultura. Un tratto generale comune a tutti i modelli sarebbe costituito dalla presenza di una *frontiera* che divide lo spazio in due: lo spazio della cultura e lo spazio ad essa esterno. Da una parte e dall’altra di tale frontiera si organizzerebbe tutto un sistema di opposizioni: *noi/gli altri, organizzato/disorganizzato, cosmos/caos, normale/folle, sacro/profano, ecc..*

Nell’ambito delle opere letterarie di ciascun modello della cultura, Lotman individua e distingue *personaggi fissi* e *personaggi mobili*. I primi sono più legati agli aspetti strutturali e strutturanti del modello della cultura cui appartengono. Al contrario, la funzione dei personaggi mobili o eroi (Ulisse, Orfeo, Don Chisciotte) è quella di compiere un percorso che implichi l’attraversamento della frontiera. I migranti, come i personaggi mobili, attraversano una frontiera affrontando i problemi legati ad un nuovo contesto e, al pari degli eroi, “*celano in sé la possibilità di distruggere una data classificazione e di affermarne una nuova, o rappresentano una struttura non nella sua essenza invariante, ma attraverso una poliedrica variabilità*” (Lotman 1975). In questo senso, la vicenda dell’emigrante e le questioni che pone la migrazione del suo disagio attraverso codici interpretativi differenti, possono sollecitare la nosologia occidentale verso un punto di equilibrio instabile, che preluda alla sua crisi e all’auspicabile invenzione di strumenti, operativi e concettuali, in grado di favorire un nuovo livello di organizzazione del sistema clinico stesso (Inglese e Peccarisi 1997).

I problemi posti dal confronto tra modelli culturali diversi possono essere meglio chiariti facendo riferimento alla nozione di *semiosfera*. Lotman (1985) intende per semiosfera lo spazio semiotico al di fuori del quale non è possibile l'esistenza della semiosi, intesa come processo di produzione di segni e di significazione culturale. La semiosfera sarebbe caratterizzata da una parte centrale più consolidata e strutturata e da una periferia più fluida nella quale i processi semiotici avvengono con maggiore mobilità. Vengono inoltre descritti un esterno extrasistemico e disorganizzato e un *confine* che limita la penetrazione, filtra e consente i “*processi di semiotizzazione di fatti non semiotici*” o di “*traduzione da un sistema semiotico ad un altro*”. Ciò che riveste maggiore interesse per il nostro discorso è considerare cosa accade quando due semiosfere vengono in contatto. Secondo Lotman possono verificarsi due evenienze: a) il sistema semiotico dominante in una delle semiosfere può imporre all'altra i termini della sua “*autodescrizione metastrutturale*” (sistema nosografico); b) può svilupparsi una nuova grammatica a partire da meccanismi di scambio bidirezionali. Solo in quest'ultimo caso si determina una dilatazione dello spazio semiotico e si afferma qualcosa di veramente innovativo.

Nel senso di questa seconda operazione culturale indicata da Lotman e solo in una siffatta cornice teorica può collocarsi, a nostro avviso, una valida funzione terapeutica capace di elaborare ed accogliere il disagio transculturale. In questa direzione abbiamo provato ad orientare il nostro intervento nel caso di Idalina.

Idalina è una donna di 63 anni, proveniente dalle isole di Capo Verde. Con i suoi capelli crespi, molti ormai bianchi, ed un viso segnato da lineamenti marcati ed occhi neri, si aggira irrequieta e perplessa nel corridoio del reparto, guardando con insistenza ed angoscia il proprio braccio dolorante che vede pulsare infestato da strani insetti. L'arto ha cominciato a farle male improvvisamente quando, mentre passeggiava per le vie del centro storico di Palermo, “*un uomo bianco e potente*” le ha toccato il braccio. E' forse questo il momento del *mal de ojo*, del malocchio che talora si manifesta dopo esser stati “*toccati*” da una persona “*potente*”, dell'affatturamento dal quale Idalina afferma di essere stata danneggiata?

Nell'accostarci a lei, al di là delle difficoltà – talora insormontabili – incontrate nella ricostruzione della sua storia, un oggetto quasi “*magico*” s'impone alla nostra attenzione: una piccola borsa dal contenuto caleidoscopico che Idalina porta sempre con sé e continuamente riordina. In qualche occasione abbiamo visto Idalina aprire questa borsa e lasciarne uscire oggetti svariati assieme a pezzi della sua vita: il permesso di soggiorno scaduto e il timore dell'espulsione forzata, il pettine e lo spazzolino da denti, i pochi ricordi del paese d'origine, un certificato del figlio che l'avrebbe abbandonata, l'ultima ingiunzione di sfratto ricevuto. Scrive Calvino (1993): “*...dal momento in cui un oggetto compare in una narrazione, si carica d'una forza speciale, diventa come il polo d'un campo magnetico, un nodo d'una rete di rapporti invisibili. Il simbolismo d'un oggetto può essere più o meno esplicito, ma esiste sempre. Potremmo dire che in una narrazione un oggetto è sempre un oggetto magico*”. Pensiamo infatti che la borsa di Idalina sia proprio un oggetto

“*magico*”, dal quale si diparte una rete di rapporti invisibili che è stato nostro intento ricostruire.

Nel confronto con il disagio transculturale, in primo luogo riteniamo che l’espressione del disagio vada ricontestualizzata sul piano socio-culturale, rianimando i legami affettivi e culturali con il paese d’origine. Ciò potrà essere realizzato, per esempio, valorizzando il supporto offerto da quelle figure (parenti o conoscenti) che possono fungere da *ponte* tra i due mondi.

Nel caso di Idalina abbiamo a lungo parlato con un’amica, anch’essa proveniente da Capo Verde ma ben integrata nel tessuto sociale palermitano, alla ricerca dei detti, delle tradizioni del paese d’origine e delle manifestazioni del malocchio, da cui Idalina sentiva d’essere stata toccata. Tale supporto ha anche reso più agevole il riconoscimento del ruolo svolto per Idalina dalla lingua madre. Talvolta, durante i colloqui, dopo alcune parole in italiano, Idalina iniziava a parlare in portoghese: con ritmo cantilenante e con reiterazione sembrava recitare filastrocche o detti popolari tradizionali e solo dai gesti si poteva intuire che stava parlando della propria madre o della nonna. Questi erano i rari momenti in cui le si illuminavano gli occhi nerissimi rendendo l’espressione vaga e lontana.

La lingua materna, che richiama tutto il vissuto infantile, i ricordi e i sentimenti relativi alle prime relazioni oggettuali, “*non è mai così investita di libido come quando si vive in un paese che parla una lingua diversa*” (L. e R. Grinberg 1990).

La funzione terapeutica deve inoltre mirare a stabilizzare l’oscillazione tra “*ocnofilia*” e “*filobatismo*” (M. e E. Balint 1959), a ricucire la scissione funzionale, descritta dai Grinberg, tra paese di provenienza e paese d’arrivo, tra storia personale di un tempo e storia più recente ed attuale.

Etimologicamente i due termini derivano dal greco e significano, rispettivamente, “*aggrapparsi*” e “*camminare sulle dita*”. Io direi che gli *ocnofilici* “*si aggrappano come l’edera*” tendono a restare immobili, mentre i *filopatitici*, al contrario, sono “*i cow-boys*” che tendono a muoversi continuamente, evitando ogni tipo di legame.

Spesso abbiamo infatti osservato, nei pazienti emigrati, o un’ipervalorizzazione *ocnofilica* del paese d’origine, con conseguenti difficoltà di integrazione nel nuovo contesto sociale o, viceversa, un’ipervalorizzazione *filobatica* del nuovo mondo che, oscurando e svalutando i luoghi e le relazioni abbandonate, impedisce spesso al soggetto di fruire di un fondamentale patrimonio di esperienze, precludendo talora al futuro esaurimento delle risposte ipercompensate inizialmente attivate, nonché al manifestarsi dei c.d. “*lutti rinviati*”.

Ricucire la scissione, recuperare la ricchezza esperienziale ed emotiva del passato serve a riprendere la narrazione, a ritessere una storia personale “*che faccia ricomparire il soggetto in uno spazio relazionale*” (Petrella 1993).

Narrare la storia di Idalina, anche grazie al supporto fornito dall’amica, ha significato la scoperta di un passato insospettato: nell’isola natale Idalina, che apparteneva ad una famiglia benestante di proprietari terrieri e di antiche tradizioni, si era sposata diventando madre di sei figli. All’agiatazza e alla ricchezza affettiva e rela-

zionale del passato si contrapponeva drammaticamente un presente di miseria e di degrado affettivo e materiale. A quel passato Idalina, in un momento di doloroso ripiegamento nostalgico, ha fatto riferimento usando queste parole: “...*ma cosa sapete voi di me, di mio padre, di mio nonno? Io sono madre di sei figli e voi mi portate qui come se fossi ‘malade’, malata, pazza!*”. Le sue parole, per qualche istante, ci hanno posto di fronte non solo la donna taciturna, triste e preoccupata, bensì un gruppo e la sua storia, la parte più intima e strutturante della vita e della personalità di Idalina.

Circa l’attraversamento della frontiera, Lotman (1975) distingue infine tra *collisione narrativa* e *collisione a-narrativa*: “*il percorso dell’eroe che attraversa la frontiera [...] si differenzia in maniera sostanziale dall’irruzione dello spazio esterno che spezza la frontiera dello spazio interno*”.

Esistono cioè due modi diversi di pensare l’attraversamento della frontiera: uno nel quale l’attraversamento è intrusione disorganizzante e catastrofica (scrive Puškin: “*aprire la finestra è come aprirsi le vene*”) e, viceversa, un altro che, articolando presente e passato, rende possibile lo sviluppo narrativo, la creazione di un intreccio, la continuazione di una storia.

## **Bibliografia**

- Aguglia et Al.: “Psichiatria transculturale” in “Trattato Italiano di Psichiatria” (a cura di Pancheri P. e Cassano G.B.) - Masson Ed. Milano, 1999.
- Balint M. e Balint E.: “La regressione” – Cortina Ed. Milano, 1983.
- Bion WR.: “Apprendere dall’esperienza” - Armando Ed. Roma, 1972.
- Calvino I.: “Lezioni americane” – Mondadori Ed. Milano, 1993.
- Ey H.: “Manuale di psichiatria” – Masson Ed. Milano, 1995
- Freud S.: “Il perturbante, in Opere” - Boringhieri Ed. Torino, 1977.
- Freud S.: “Psicologia delle masse e analisi dell’Io, in Opere” - Boringhieri Ed. Torino, 1977.
- Freud S.: “Il disagio della civiltà, in Opere” - Boringhieri Ed. Torino, 1977.
- Grinberg L. e Grinberg R.: “Psicoanalisi dell’immigrazione e dell’esilio” - Franco Angeli Libri s.r.l. Ed. Milano, 1990.
- Inglese S. e Peccarisi C.: “Psichiatria oltre frontiera” – U.T.E.T. Ed. Milano, 1997.
- Klein M.: “Scritti 1921-1958” - Boringhieri Ed. Torino, 1978.
- Kristeva J.: “Stranieri a se stessi” - Feltrinelli Ed. Milano, 1990.
- Lotman J.M.: “Il metalinguaggio delle descrizioni tipologiche della cultura” – In: Lotman J.M. e Uspenskij B.A. “Tipologia della cultura” – Bompiani Ed. Milano, 1975.
- Lotman J.M.: “La semiosfera. L’asimmetria e il dialogo nelle strutture pensanti” – Marsilio Ed. Venezia, 1985.
- Marx K.: “Scritti filosofici giovanili” - Einaudi Ed. Torino.
- Mazzetti M.: “Strappare le radici - Psicologia e psicopatologia di donne e uomini che migrano” - L’Harmattan Italia Ed. Torino, 1996.
- Meltzer D.: “Il processo psicoanalitico” - Armando Ed. Roma, 1971.
- Money-Kirle R.: “All’origine della nostra immagine del mondo” - Armando Ed. Roma, 1971.
- Petrella F.: “Turbamenti affettivi e alterazioni dell’esperienza” – Cortina Ed. Milano, 1993.
- Rosenfeld H.: “Comunicazione e interpretazione” - Boringhieri Ed. Torino, 1989.



## **CULTURA, SALUTE, IMMIGRAZIONE: LE MALATTIE SESSUALMENTE TRASMESSE IN EUROPA**

*Roberto Guarneri \**

Le Malattie Sessualmente Trasmesse (MST) costituiscono, più che mai oggi, un grave problema sanitario non solo per i Paesi in via di sviluppo ma anche per quelli europei ed americani ad elevato standard economico-sanitario: rappresentano uno dei gruppi di patologie infettive più diffuse al mondo e, in Europa, sono seconde soltanto alle patologie delle vie respiratorie. Le MST sono responsabili, inoltre, non solo di danno acuto ma anche di sequele e complicanze croniche che gravano sulla comunità con pesanti costi economici legati alla cura e riabilitazione del paziente.

Essendo costituite da un gruppo eterogeneo di malattie differenti per etiologia, patogenesi e curabilità, l'analisi epidemiologica della loro diffusione diviene un compito alquanto arduo anche perché legato all'impatto emotivo che le MST suscitano, a tutt'oggi, sulla popolazione: ciò porta spesso il paziente a non richiedere, per una forma di pudore, la necessaria assistenza sanitaria ovvero spinge il medico ad evitarne la segnalazione ai sistemi di sorveglianza previsti. Per ovviare a questo incongruo approccio è stato approntato, in Italia, un sistema di sorveglianza "campione", basato su pochi centri di riferimento, che consente di ottenere dati realistici circa la diffusione delle MST nel Paese.

Da sottolineare che, negli ultimi decenni, l'emergenza di numerosi nuovi patogeni, responsabili di malattie trasmesse per via sessuale, ha reso necessaria l'introduzione di una nuova classificazione che contempla, per l'appunto, "MST classiche" e "MST di seconda generazione" (tabella 1).

Le "classiche" sono malattie batteriche a trasmissione quasi esclusiva per via sessuale la cui incidenza ha subito, già da alcuni decenni, una drastica riduzione legata prima all'avvento della terapia antibiotica e successivamente alla diffusione dell'AIDS che ha determinato una maggiore "cautela" nei rapporti sessuali; quelle di "seconda generazione" rappresentano, di converso, un ampio ed eterogeneo gruppo di patologie di origine batterica, virale, micotica, protozoaria e metazoaria, che non sono trasmesse esclusivamente per via sessuale. La loro incidenza ed importanza è cresciuta in modo inversamente proporzionale a quella delle "classiche" per cui esse, costituiscono oggi la gran parte delle MST presenti al mondo determinando, ad un tempo, un maggior impegno economico-sanitario.

---

\* Dottore di ricerca in Geografia e Area Culturale dell'Europa – Università degli Studi di Messina

## Stato dell'endemia

La valutazione della diffusione delle MST in Europa è difficilmente quantizzabile per via della mancanza di statistiche comprensive dei dati di tutti i Paesi del continente: l'approccio alle MST è ancora un "fenomeno nazionale" e l'intervento sovranazionale è fortemente limitato dalla mancanza di un unico organo europeo con poteri legislativi in materia oltre che dall'assoluta indipendenza di ogni nazione nella scelta delle politiche socio-sanitarie. Il differente sistema di notifica e classificazione dei casi rende, infatti, i dati nazionali non completamente integrabili tra i vari Stati e, quindi, impossibile una lettura unica della diffusione delle MST. Le proposizioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sono, d'altronde, il frutto di stime effettuate sulla base di dati di singole nazioni o di pubblicazioni scientifiche su popolazioni random, risultando, alla fine, piuttosto frammentarie e talora imprecise. Secondo tali dati, comunque, si registrano ogni anno circa 340 milioni di nuovi casi di MST in tutto il mondo: in particolare nella Comunità Europea ne sono stati stimati 17 milioni nel 1999 mentre nell'Europa dell'Est e Russia europea 22 milioni nello stesso anno (la popolazione a rischio su cui sono basate le stime dell'OMS è rispettivamente di 203 milioni e 205 milioni di individui).

- La sifilide evidenzia, ormai, una incidenza progressivamente ridotta che, iniziata dopo la seconda guerra mondiale, si è acclarata nell'ultimo decennio con il riscontro, nel 1999, di solo 0,08 nuovi casi tra gli adulti dell'Unione (nel 1995 erano stati 0,1 milioni). Tale successo sanitario è certamente da attribuire da un lato alla introduzione di test diagnostici più sensibili ed all'attuazione di accurati protocolli terapeutici, e, soprattutto, dall'altro lato al miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie della popolazione oltre che all'acquisizione, da parte della stessa, di norme comportamentali più sicure. Non si può dire altrettanto per l'Europa dell'Est, dove invece i casi sono in aumento: 5-15 nuovi casi / 100.000 abitanti nel 1990 contro 120-170 / 100.000 abitanti nel 1996.
- La gonorrea ha avuto una significativa contrazione nell'Unione Europea negli anni '80-'90, seguendo, per grandi linee, l'andamento epidemiologico di tutte le MST di prima generazione. Nel 1999 sono stati stimati nell'Unione 1,11 milioni di nuovi casi contro 1,23 nel 1995; diversa la situazione nell'Europa dell'Est dove si è registrato un paradossale incremento dell'incidenza con 3,31 milioni di nuovi casi nel 1999 contro 2,32 nel 1995.
- L'infezione da Clamidia risulta essere la patologia venerea più diffusa in Europa: nel 70-75% dei casi è assolutamente asintomatica, negli altri casi può determinare uretrite, epididimite ed endocervicite, complicandosi, pur raramente, specie nel sesso femminile, con lo sviluppo di una malattia infiammatoria pelvica e conseguente infertilità. Secondo le stime dell'OMS nell'Unione Europea ci sarebbero stati, nel 1999, 5,22 milioni di nuovi casi di infezione e 5,97 milioni nell'Europa dell'Est.
- L'infezione da Trichomonas, particolarmente frequente, presenta un'elevata incidenza sia nell'Europa dell'Est (13 milioni di nuovi casi nel 1999) sia

nell'Unione (10,5 milioni): tale incidenza è rimasta grosso modo invariata dal 1995, quando si registrarono 11 milioni di nuovi casi nell'Unione e 12 nell'Europa dell'Est.

- La patologia virale ed, in particolar modo, herpes genitale e condilomi acuminati sono le espressioni di MST più diffuse nella popolazione europea; in statistiche italiane fornite dall'ISS i condilomi risultano la patologia venerea in assoluto più frequente (29% del totale), mentre gli herpes tra le prime 5 (7,7%).
- L'ulcera molle, il linfogranuloma inguinale e il granuloma venereo sono praticamente scomparsi nella popolazione europea ed i pochi casi registrati si evidenziano esclusivamente tra gli immigrati.
- Le uretriti aspecifiche costituiscono un'entità patologica complessa e non del tutto conosciuta: la loro incidenza è, comunque, in netto aumento sia tra gli immigrati che tra gli europei; in Italia costituiscono il 12% delle diagnosi di MST.
- Pediculosi e scabbia presentano ampia diffusione tra gli strati più disagiati della popolazione e, soprattutto, tra i senza fissa dimora.

#### Epidemiologia ed aspetti socioculturali

Per un approccio quanto più esemplificativo possibile si è proceduto alla valutazione della diffusione delle MST in Europa sulla scorta di condizioni socioculturali e demografiche simili relative a: Europa meridionale (Italia, Francia, Spagna, Grecia e Portogallo), Europa anglosassone e del Nord (Regno Unito, Germania, Belgio, Olanda, Lussemburgo, Finlandia, Svezia e Norvegia), Europa dell'Est (Polonia, Repubbliche ex Jugoslavia, Bulgaria, Romania, Slovacchia, Repubblica Ceca, Ungheria, Repubbliche ex Unione Sovietica).

**Europa meridionale:** i dati della letteratura evidenziano una netta riduzione, nell'ultimo decennio, dei casi di MST “classiche” compensata da un parziale incremento di quelle di “seconda generazione”. Sifilide e gonorrea, in particolare, sono attualmente al minimo storico, ulcera venerea e linfogranuloma inguinale praticamente scomparse nella popolazione residente ed i pochi casi registrati riguardano immigrati provenienti, soprattutto, da Africa ed Asia. In Italia la gonorrea è passata da 3.358 notifiche nel 1976 a solo 287 nel 1999, di cui la gran parte nella popolazione immigrata: il sesso più colpito è quello maschile (95% dei casi), di età compresa tra 25 e 64 anni. Particolarmente frequenti le infezioni genitali da Clamidia, HPV e HSV; essenzialmente stabile l'incidenza di Candida albicans, Trichomonas vaginalis e Phtirius pubis (quest'ultimo, da lungo tempo, confinato a fasce di popolazione molto povere e soprattutto ai senza fissa dimora).

Risultano in atto, particolarmente più a rischio, le seguenti fasce di popolazione: tossicodipendenti, prostitute, immigrati-emarginati. La diffusione delle MST tra i tossicodipendenti evidenzia una significativa riduzione dell'incidenza mentre appare, viceversa, in continuo incremento tra le prostitute e gli immigrati: ciò è, verosimilmente, riconducibile, in primis, alle cattive condizioni ambientali in cui operano

oltre che alla mancanza di una adeguata conoscenza del rischio sanitario (particolarmente da parte delle prostitute dell'Est europeo). Un ruolo non indifferente è certamente svolto, inoltre, dall'uso di sostanze stupefacenti: il denaro necessario per l'acquisto porta, spesso, specialmente le giovani donne alla ricerca di facili guadagni che possono provenire quasi esclusivamente dalla prostituzione; si tratta di prostitute "improvvisate" che operano in ambienti malsani senza le necessarie nozioni sanitarie e disposte a prestazioni a rischio pur di guadagnare qualche euro in più.

Ciò che più preoccupa è, comunque, il grave estendersi di molte MST a gruppi di popolazione prima parzialmente risparmiati (eterosessuali e minorenni): il modificarsi dei costumi in genere e la perdita della caratteristica riservatezza e dedizione alla famiglia ne sono, verosimilmente, i principali responsabili.

Evidenze, soprattutto dell'ultimo decennio, sottolineano: a) mutamento dei costumi sessuali con aumento della frequenza dei rapporti occasionali e maggiore promiscuità di partner; b) abbassamento dell'età in cui si hanno, per la prima volta, rapporti sessuali; c) emancipazione femminile e allontanamento dalla famiglia per intraprendere ruoli più attivi nella società; d) diffusione dell'uso di droghe e disinibizione sessuale; e) incremento di omo e bisessualità.

Da recenti studi sulle abitudini sessuali della popolazione europea risulta, infatti, che: a) oltre l'80% dei soggetti ha il primo rapporto sessuale tra 15 e 19 anni di età ed il 3,3% lo ha già avuto a 15 anni; b) solo il 35% degli intervistati ha dichiarato di usare il condom con partner sconosciuto ed il 28% ha avuto rapporti sessuali con persone conosciute da meno di un giorno; c) il 78% ha avuto un unico partner nell'ultimo anno, il 17% fino a 5 e il 3,3% più di 10; d) cresce la percentuale dei rapporti omo e bisessuali (1,6%) e di chi pratica rapporti orali (oltre l'85% dei soggetti di età inferiore a 24 anni) o anali (10%).

**Europa anglosassone e del Nord:** anche in quest'area, le MST di "prima generazione" hanno un'incidenza molto bassa e limitata, per gran parte, a casi isolati tra gli immigrati asiatici ed africani, mentre quelle di "seconda generazione" presentano un'incidenza crescente. L'infezione da Clamidia appare, secondo le stime dell'OMS, la patologia più diffusa: Islanda, Danimarca e Regno Unito, in particolare, hanno il maggior numero di casi in Europa. Va sottolineato che l'incidenza di tutte le MST, in quest'area, pare abbia raggiunto un livello di "equilibrio": non sono state evidenziate, infatti, negli ultimi 10 anni significative variazioni statistiche delle singole patologie rimanendo il numero di casi sostanzialmente stabile ogni anno; ciò potrebbe essere giustificato dal fatto che, nei Paesi del Nord Europa, il fenomeno migratorio e i conseguenti cambiamenti sociali, che si stanno verificando ora nell'Europa mediterranea, si sono già avuti da oltre 10 anni.

**Europa dell'Est:** l'incidenza delle MST è in progressivo incremento sia per quanto riguarda le forme di "seconda generazione" sia per le forme "classiche". I motivi di tali discrepanze rispetto ai dati del resto del continente, vanno cercati nei rapidi e profondi mutamenti che ha subito la società, di queste aree, nell'ultimo decennio:

a) l'improvvisa caduta del regime comunista che aveva determinato limitazioni della libertà personale e povertà diffusa; b) l'affatto concretizzata ricchezza auspicata all'arrivo del capitalismo e, viceversa, la profonda lacerazione della società con formazione di piccoli gruppi di borghesia ricca in contrasto con la gran parte della popolazione in condizioni economiche peggiori che in passato; c) la carenza/assenza di "protezione sociale e sanitaria" prevista dal regime comunista; d) il dramma di numerose guerre civili che hanno ampliato la massa dei poveri; e) la liberalizzazione dei costumi sessuali con l'avvento di una vera e propria "industria del sesso"; f) il disfacimento dei sistemi sanitari nazionali per l'impossibilità, da parte dei nuovi governi, di far fronte alle ingenti spese per il mantenimento delle strutture e l'erogazione delle cure. A fronte di queste condizioni la popolazione ha risposto in parte con l'emigrazione verso i Paesi dell'Unione ed in parte entrando nel circuito della malavita e della prostituzione. Sono, soprattutto, le prostitute di questi Paesi a costituire il maggior pericolo per la diffusione delle MST: in studi effettuati a Verona e Bologna, su popolazione di prostitute, è risultato che le donne provenienti dall'Est erano quelle che avevano il maggior numero di partners e che meno frequentemente facevano uso di condom; tra queste si è rilevata la maggiore incidenza di papillomi (46%) e sifilide (20%).

Secondo le stime dell'OMS, nel 1999, la gonorrea avrebbe raggiunto, nei Paesi dell'Est, i maggiori livelli del "dopo guerra mondiale" con 11 nuovi casi / 100.000 abitanti in Estonia e 139/100.000 abitanti in Russia; analogamente la sifilide, che aveva presentato incidenza bassissima e stabile dagli anni '80 nell'URSS, ha visto dal 1993 un incremento esponenziale con più di 200 nuovi casi per 100.000 abitanti nel 1996 in Russia, Kazakistan e Bielorussia.

### **Approccio legislativo e socioeconomico**

L'applicazione degli aspetti legislativi peculiari di ogni Stato europeo relativi alla modulazione dell'assistenza sanitaria per MST risulta distribuita come di seguito riportato.

- Norvegia: è erogata sia da centri pubblici che privati ed è gratuita limitatamente a gonorrea, sifilide ed ulcera venerea, per le quali è prevista notifica obbligatoria ed anonima; per le altre patologie l'assistenza sanitaria è a carico del malato e non è prevista denuncia.
- Finlandia: è gratuita per tutte le MST ed è prestata quasi interamente presso strutture pubbliche; la pratica della prostituzione è legalizzata.
- Svezia: fin dai primi del '900 sono stati istituiti centri per la diagnosi e cura gratuita della patologia venerea. La normativa è stata "aggiornata" con l'introduzione delle patologie emergenti e ingenti fondi sono stati periodicamente stanziati per l'assistenza pubblica ai malati; tutte le MST sono sottoposte a notifica obbligatoria ed anonima.

- Regno Unito: la prevenzione e cura delle MST viene condotta presso cliniche specialistiche distribuite su tutto il territorio. L'assistenza ai malati è, per gran parte, gratuita; non è prevista obbligatorietà di denuncia.
- Irlanda: il trattamento delle MST è effettuato congiuntamente a quello per le altre patologie infettive; non esistono atti normativi specifici.
- Danimarca: l'assistenza è gratuita anche in centri privati; la denuncia obbligatoria ed anonima.
- Olanda: può essere eseguita gratuitamente presso centri specifici per MST (vi si accede anonimamente e direttamente, senza aver consultato prima altri sanitari) o, in alternativa, in strutture specialistiche previa richiesta del medico di famiglia; la notifica è obbligatoria ed anonima. La prostituzione è legalizzata e può essere praticata liberamente presso centri autorizzati dove si attuano programmi di screening sanitario.
- Germania: è gratuita per tutti i pazienti tramite copertura mutualistica pubblica o privata; sifilide, gonorrea, linfogranuloma venereo ed ulcera molle sono sottoposte a notifica anonima obbligatoria.
- Belgio: il 25% della spesa per diagnosi e cura delle MST è a carico del paziente. Sifilide, gonorrea, linfogranuloma venereo ed ulcera molle sono sottoposte a notifica anonima obbligatoria; è prevista, anche, la notifica del soggetto che presumibilmente ha contagiato il paziente.
- Svizzera: è fornita presso centri pubblici e privati, in parte gratuitamente ed in parte a pagamento; la pratica della prostituzione è legale.
- Francia: è gratuita presso centri specialistici selezionati dal Ministero della Sanità anche se la gran parte dei soggetti preferisce rivolgersi a strutture private.
- Portogallo: è fornita da appositi centri pubblici; sifilide, gonorrea, linfogranuloma venereo ed ulcera molle sono sottoposte a notifica obbligatoria.
- Spagna: è praticata presso strutture non specialistiche e parzialmente a carico del paziente; notifica obbligatoria per sifilide e gonorrea.
- Grecia: è espletata dai medici di base e dagli specialisti ambulatoriali; visita e diagnostica di laboratorio sono completamente gratuiti. La prostituzione è legale e le operatrici obbligatoriamente sottoposte a periodici controlli sanitari.
- Italia: la normativa è attualmente costituita dalla integrazione di più leggi e decreti emanati in tempi diversi a partire dall'unità d'Italia, con la fondazione dei dispensari celtici per la cura gratuita delle malattie veneree; tale normativa si è perpetuata con la legge 837 del 1956 che individuava le strutture deputate alla diagnosi e cura gratuita della patologia venerea e definiva i criteri di gestione dei pazienti. La legge 833/78 istitutiva del SSN conferma l'approccio previsto nella precedente legge, demanda alle regioni parte della gestione sanitaria ma non modifica la vetusta definizione di "patologia venerea", tant'è che ancora oggi vengono fatte rientrare nelle normative sanitarie per MST solamente le patologie veneree "classiche" e non quelle di "seconda generazione". Ultima

legge, in materia, è stata la 135/90 che ha inserito l'AIDS tra le patologie beneficianti delle norme di legge. La notifica è obbligatoria ed anonima. Con il D.L. n° 286 del 25 luglio 1998 e con la successiva circolare del Ministero della Sanità n° 5 del 29 marzo 2000 è stato stabilito che anche gli stranieri, sprovvisti di regolare permesso, possono iscriversi in via straordinaria al SSN attraverso il rilascio del codice STP (Straniero Temporaneamente Presente) valido su tutto il territorio nazionale che permette la fruibilità di qualsiasi atto sanitario eseguibile presso strutture pubbliche o private convenzionate.

### **Categorie a rischio**

Le categorie da considerare maggiormente a rischio sono essenzialmente i tossicodipendenti, le prostitute e gli immigrati emarginati: non va, comunque, sottaciuto che proprio nell'ultimo decennio la diffusione di tali patologie ha coinvolto anche gruppi per così dire "innocenti" (eterosessuali coniugati di buon livello socioculturale)". L'azione preventiva sulle categorie a rischio resta, comunque, a parere dei sociologi e sanitari, l'obiettivo primario, costituendo questi gruppi il "serbatoio" principale di malattia.

Svolta a mezzo di campagne di educazione sanitaria ha dato ottimi risultati sulla popolazione dei tossicodipendenti in cui si è notato, dal 1990 al 2001, un dimezzamento del numero di casi di HIV e la parallela riduzione di tutte le MST, soprattutto di quelle di "seconda generazione". Il successo di tali campagne è, certamente, da attribuire alla "recettività" del gruppo sociale: si trattava nella gran parte dei casi di giovani maschi europei, spesso con buon livello di istruzione, cui è stato facile trasmettere il messaggio informativo; a conferma di questa ipotesi, l'evidenza del successo di tali campagne anche sulla popolazione delle prostitute dell'Unione Europea che hanno rapidamente compreso il rischio sessuale connesso alla loro attività, contrariamente alle prostitute extracomunitarie che, sottoposte allo stesso messaggio informativo, hanno dato una risposta comportamentale ampiamente inadeguata e sensibilmente inferiore alle aspettative. Risulta evidente, pertanto, che le prossime campagne di educazione sanitaria, se vorranno raggiungere determinati obiettivi nella popolazione immigrata, dovranno essere centrate su di essa partendo da una adeguata e precisa conoscenza dell'immigrato in Europa. Nel continente, infatti, la popolazione più a rischio MST è proprio quella degli immigrati: secondo i dati di numerose statistiche condotte in vari Paesi europei si evidenzia un rapido incremento non solo delle MST di "seconda generazione" ma anche di quelle "classiche" che, ormai quasi scomparse nella popolazione europea, vedono tra gli immigrati il pericoloso "rifiore" di focolai endemici. Le cause di questa "sensibilità" dell'immigrato per MST sono notoriamente molteplici e vanno ricercate soprattutto in ambito sociale e sanitario. Stabilire, tuttavia, quale sia la reale incidenza di MST fra gli immigrati non è possibile in quanto manca una stima realistica del numero totale dei soggetti presenti in Europa e anche perché molti di essi, seppur malati, non si sottopongono a visita e sfuggono ad ogni sistema di notifica. Si

valuta, comunque, che l'incidenza tra gli immigrati è di circa 3-4 volte superiore che tra gli europei: in uno studio italiano si è evidenziato come la gran parte dei soggetti colpiti siano giovani maschi (71%) provenienti dall'Africa (52%) e dall'Europa dell'Est (26%) l'80% dei quali aveva acquisito l'infezione in Italia; il 50% di essi dichiarava di aver avuto più di un partner nell'ultimo semestre ed il 72% di non aver mai usato il condom o molto raramente. Le patologie più diffuse risultavano essere: uretrite aspecifica (17%), sifilide latente sieropositiva (17%) e condilomatosi genitale (16%).

### **Considerazioni e conclusioni**

Dall'esame della letteratura e da quanto sin qui esposto emerge chiaramente che la riduzione dell'incidenza delle MST "classiche", negli ultimi decenni, è stata ampiamente controbilanciata dalle MST di "seconda generazione" e che queste ultime, più difficili da diagnosticare e più impegnative da curare, comportano un alto numero di complicanze fino a vere e proprie invalidità, soprattutto nella popolazione femminile, sì da costituire il maggior capitolo della spesa sanitaria per MST: l'approccio, pertanto, alla prevenzione e cura delle MST deve essere condotto sia sul versante sanitario che legislativo e socio-ambientale. Fermo restando il ruolo centrale svolto dalla prevenzione nei suoi vari livelli è in questo ambito che si dovrebbe creare un sistema multidisciplinare costituito da sanitari, geografi, sociologi, psicologi ed esperti di politica internazionale in grado di rivolgere, nell'ambito del programma, una particolare attenzione al settore immigrati: solo un'adeguata conoscenza dei loro costumi, tradizioni e necessità potrà consentire infatti l'attuazione di adeguate campagne di informazione ad essi mirate. Ed è in questa direzione che un ruolo di primaria importanza potrà certamente essere svolto dal "mediatore culturale", nato giusto come risposta ai bisogni ed alle esigenze dei migranti e degli operatori di servizio. La normativa contenuta nella legge 6 marzo 1998 n° 40 introduce e riconosce, infatti, tale figura "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". Trattasi, dunque, di una figura "ponte" che funge da traduttore, oltre che linguistico, della cultura di appartenenza dello straniero, intesa come complesso delle consuetudini, abitudini, modelli educativi e comportamentali, norme sociali e religiose il cui ambito d'azione, nell'area specificatamente socio-sanitaria, prevede competenze e funzioni essenzialmente tese, come sottolineano Costantino e Pinelli, a: 1) "orientare, avvicinare, coinvolgere i migranti ai servizi sociali e sanitari informandoli sul funzionamento, sull'organizzazione burocratica e istituzionale, sui ruoli e le funzioni svolte dalle figure professionali che lavorano presso le diverse strutture, esplicitando i doveri e le regole da rispettare ed insieme i diritti di cui possono godere"; 2) "contribuire all'attività dei professionisti senza sostituirli, ma supportandoli nel rispetto della deontologia e del ruolo professionale partecipando 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”.

Non pochi ulteriori sforzi, infine, dovranno essere necessariamente profusi in ambito legislativo per la promozione di iniziative tese alla creazione di organi soprannazionali per il controllo delle MST e la stesura di norme europee comuni che aggiornino e, soprattutto, ne uniformino l'approccio.

L'OMS costantemente sottolinea, infatti, alla luce dei dati sulla diffusione europea e mondiale delle MST l'importanza di un'attenta e scrupolosa sorveglianza del problema che, se non adeguatamente affrontato, potrà comportare in un prossimo futuro sempre più gravi e gravose conseguenze sociosanitarie.

Tabella 1: classificazione delle MST.

<b>MST classiche</b>		
Batteriche	Sifilide	<i>Treponema pallidum</i>
	Gonorrea	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>
	Ulcera molle	<i>Haemophilus ducreyi</i>
	Linfogranuloma inguinale	<i>Chlamydia trachomatis (sierotipo L)</i>
	Granuloma venereo	<i>Calymmatobacterium granulomatis</i>
<b>MST di seconda generazione</b>		
Batteriche	Uretriti aspecifiche	<i>Staphylococcus spp.</i>
		<i>Streptococcus spp.</i>
		<i>Chlamydia trachomatis (sierotipi D-E)</i>
		<i>Ureaplasma urealyticum</i>
		<i>Gardnerella vaginalis</i>
Virus	Herpes proenitalis	<i>HSV2</i>
	Condilomi acuminati	<i>HPV</i>
	Mollusco contagioso	<i>Poxvirus</i>
	AIDS	<i>HIV</i>
	Epatite B	<i>HBV</i>
	Epatite C	<i>HCV</i>
Micetiche	Candidosi vaginale e balanopostite	<i>Candida spp.</i>
	Tinea cruris	<i>Dermatofiti</i>
Protozoarie	Vaginite ed uretrite	<i>Trichomonas vaginalis</i>
Metazoiche	Ftiriasi pubica	<i>Phtirus pubis</i>
	Scabbia	<i>Sarcoptes scabiei</i>

## Bibliografia

1. AA.VV.: *Italia multinazionale*. Edizioni del Sole 24 ore, Milano, 1998.
2. AA.VV.: *L'inserimento degli immigrati: esperienze Europee a confronto*. CRESM, 1998.
3. AA.VV.: *Rapporto sulle migrazioni (anni 2000,2001,2002,2003)*. FrancoAngeli, Milano, 2003.
4. Barbieri G., Canigiani F., Cassi L. *Geografia e cambiamento globale. Le sfide del XXI secolo*. UTET Libreria, 2003.
5. Bjekic M, Vlajinac H, Marinkovic J. Behavioural and social characteristics of subjects with repeated sexually transmitted diseases. *Acta Derm Venereol* 2000; 80: 44-47.
6. Brusa C.: (a cura di) *Atti del II Convegno sul tema: Immigrazione e multiculturalità nell'Italia di oggi*. FrancoAngeli, Milano, 1999.
7. Brusa C.: (curato con R. Ghiringhelli) *Emigrazione e territorio tra bisogno ed ideale*. Lativa, Varese, 1995.
8. Brusa C.: *Immigrazione e multiculturalità nell'Italia di oggi*. FrancoAngeli, Milano, 1997.
9. CARITAS *Immigrazione. Dossier Statistico 2003*. “XII Rapporto sull’immigrazione”, Edizioni Nuova Antarem, 2003.
10. CARITAS *L’attuale scenario migratorio italiano e l’influenza dei fattori demografico e reddituale*. “Immigrazione Dossier Statistico 2001”, XI Rapporto sull’immigrazione, Edizioni Nuova Antarem, 2002.
11. Carosi G, Mattelli A, Beltrame A, Peizzoccolo C. Le malattie sessualmente trasmesse classiche ed emergenti nei Paesi industrializzati e nei Paesi in via di sviluppo. *Ann Ist Super Sanità* 2000; 36: 393-397.
12. Costantino R, Pinelli B. La mediazione culturale come strategia di relazione. *Atti “Tertio millennio ineunte: migration, new scenarios for old problems”*, 19-22 May 2002, Erice, pag. 337.
13. D’Antuono A, De Tommaso S, Calderoni O, Negosanti M. Malattie a trasmissione sessuale tra gli stranieri a Bologna. *G Ital Dermatol Venereol* 1999; 134: 11-15.
14. De Santis G. (a cura di), atti del “Settimo Seminario Internazionale di Geografia Medica (Verona 13 – 15 Settembre 2001)”, RUX Editrice Perugia, 2002.
15. Di Carlo A. Gli attuali protocolli di diagnosi e terapia delle malattie sessualmente trasmesse. *Ann Ist Super Sanità* 2000; 36: 421-430.
16. Gavagan T, Brodyaga L. Medical care for immigrants and refugees. *Am Fam Physician* 1998; 57: 1061-1068.
17. Geraci S. Le malattie sessualmente trasmesse tra gli immigrati in Italia. *Ann Ist Super Sanità* 2000; 36: 445-449.
18. Giuliani M, Suligoj B. Sorveglianza nazionale delle malattie sessualmente trasmesse. Rapporto n. 8. *Notiz Ist Super Sanità* 1998; 11: 1-5.

19. Giuliani M. La legislazione in Europa e in Italia per il controllo delle malattie sessualmente trasmesse. *Ann Ist Super Sanità* 2000; 36: 409-415.
20. Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted infections: overview and estimates. [Who/hiv-aids/2001.02 who/cds/csr/edc/2001.10](http://www.who/hiv-aids/2001.02_who/cds/csr/edc/2001.10)
21. Guaschino S. Le complicanze delle malattie sessualmente trasmesse: clinica e terapia. *Ann Ist Super Sanità* 2000; 36: 431-435.
22. Leigheb G. Testo atlante di dermatologia. EDIMES 2000; 338-365.
23. Matteelli A, Carosi G. Sexually transmitted diseases in travellers. *Travel Medicine* 2001; 32: 1063-1067.
24. Morrone A, Valenzano L. Aspetti clinici e legislativi della medicina degli immigrati. Atti 10° Congresso Nazionale AIDA, S. Margherita di Pula (CA), 10-14 settembre 2001.
25. Morrone A. Le culture della salute. Il fenomeno immigratorio e il diritto alla salute. Roma 2000, CIC Edizioni Internazionali.
26. Signorelli C, Renzi C, Zantedeschi E, Bossi A. La prevenzione mirata al comportamento sessuale. *Ann Ist Super Sanità* 2000; 36: 441-443.
27. Smacchia C, Di Perri G, Boschini A, Parolin A, Concia E. Immigration, HIV infection, and sexually transmitted diseases in Europe. *AIDS patient care and STDs*, Mary Ann Liebert, Inc. 2000; 14: 233-237.
28. Smacchia C, Parolin A, Tommasi P, Residori M, Di Perri G, Concia E. Profilo preliminare di una popolazione di prostitute clandestine operanti nell'area periurbana di Verona. *Giorn It Mal Inf* 1998; 4: 277-282.
29. Suligoi B, Giuliani M. La sorveglianza delle malattie sessualmente trasmesse e dell'infezione da HIV. Metodologia e flusso dei dati. *Ann Ist Super Sanità* 2000; 36: 399-407.
30. Suligoi B, Giuliani M. Le MST oggi: epidemiologia e prevenzione. *Giorn It Gin* 2001; 5: 242-244.
31. Suligoi B. Diffusione delle malattie sessualmente trasmesse. *Ann Ist Super Sanità* 2000; 36: 417-419.

**DIVERSITÀ CULTURALI E SANITARIE FRA AREE  
DI ACCOGLIENZA ED AREE DI PROVENIENZA  
DELL'IMMIGRATO:  
CONSIDERAZIONI RELATIVE ALLO STUDIO DELLA SCABBIA  
E DELLA PEDICULOSI NELL'ATTUALE CONTESTO  
SOCIO-CULTURALE ED ECONOMICO.**

*Roberto Guarneri<sup>6</sup>*

La scabbia e la pediculosi, così come la maggior parte delle malattie infettive, non possono oggi prospettarsi soltanto su scala nazionale, ma piuttosto mondiale, in un momento in cui il crollo di “muri” ed “ideali” scopre più che mai realtà e necessità di vita di popolazioni in atteggiamento migratorio: sulle differenti situazioni infettivologiche influiscono, com'è noto, variabili o labili assetti politici, socio-economici, etnici ed ambientali.

E la contesa Scienza-Natura, poi, non può essere limitata al binomio scienziato-natura ma piuttosto estesa al trinomio scienziato-natura-comunità, con la precipua finalità di far beneficiare le popolazioni tutte dei positivi risultati applicativi che la ricerca scientifica consegue, ottenendo nello stesso tempo consenso e mezzi finanziari per migliorare la qualità della vita. Dell'incessante crescita scientifica e tecnologica, purtroppo, beneficiano, in modo molto disuguale, stati e popolazioni soprattutto del Terzo Mondo le cui condizioni socio-economico-sanitarie tendono a peggiorare per il progressivo calo di aiuti tecnici e finanziari.

L'origine divina dei parassiti era fondamentale nella struttura filosofica dell'antico Egitto: perfettamente conosciuto era il *Pediculus humanus*, ed Erodoto (484-425 a.C.) ci tramanda che i pidocchi erano tanto diffusi da obbligare i sacerdoti a lavarsi e cambiarsi sovente oltre che a tosarsi ogni tre giorni per non presentarsi impuri davanti agli dei.

I cinesi, già 2700 anni a.C., nel testo medico *Nei-Ching* proponevano mezzi igienico-profilattici per il trattamento della scabbia e contro le varie forme di pediculosi adottavano le affumicazioni (cinabro per il *Pediculus pubis*).

Gli antichi indiani, già nell'ottavo secolo d.C., facevano riferimento al *Sarcoptes scabiei* descrivendolo come un verme rotondo ed invisibile (tanto era piccolo!) la cui terapia consisteva in abbondanti abluzioni, bagni e lavacri vari.

Nelle opere di Ippocrate (460-375 a.C.) è possibile constatare la conoscenza di alcuni ectoparassiti quali pidocchi, cimici, pulci.

Galeno (129-201 d.C.), fondatore della medicina sistematica, considera la scabbia una malattia cutanea e ne consiglia lo zolfo come terapia.

---

\* Dottore di ricerca in Geografia ed Area Culturale dell'Europa - Università degli Studi di Messina

Plinio II detto il Vecchio (23-79 d.C.), grande naturalista, distingue il *Pediculus humanus* in *Pediculus* del capo, delle ciglia e dei vestiti.

Aureliano Celso (V secolo d.C.) cita la pediculosi e intende combatterla con la rasatura dei capelli, unzioni e cataplasmi tra i quali impacchi di aceto e zolfo.

Avenzoar (1091-1162) segnala l'acaro della scabbia e con precisione asserisce che, talvolta, sotto la pelle si generano dei "pediculi parvuli" i quali escoriano la pelle e sono appena percettibili; la terapia è duplice: la prima, per via interna, è a base di infusioni di catrame e semi di ortica, la seconda, per via locale, prevede unzioni con olio di mandorle amare e impacchi con canna pesta e succo di foglie di pesco.

Henry di Mondeville e Guy de Chaulieac hanno il merito di aver parlato a fondo dell'acaro della scabbia comprendendone le lesioni causate e le sedi da esso predilette.

Francesco Redi, in piena epoca rinascimentale, definisce l'acaro della scabbia e la letteratura medica gli attribuisce la definitiva scoperta e descrizione del parassita.

Latreille nel 1806 crea il genere *Sarcoptes* per il parassita della scabbia e Burmeister nel 1838 include il genere *Pediculus* nella famiglia delle *Pediculinae*.

### **La Pediculosi**

Dal latino "pediculum", di etimologia incerta, il termine "pidocchio" indica comunemente un genere di piccoli insetti che vivono come parassiti esterni sul capo o sul corpo di persone poco pulite.

Il *Pediculus humanus* comprende due specie: il *Pediculus humanus capitis* ed il *Pediculus corporis* o vestimenti.

A differenza della pediculosi del capo, la pediculosi dei vestiti è in costante regressione, divenendo sempre più rara nei Paesi civili ed in condizioni igienico-ambientali buone: sono più colpiti i soggetti adulti e può essere riscontrato nei dormitori pubblici (viene definita volgarmente "malattia dei vagabondi").

La pediculosi del capo, come già detto, è sostenuta dal *Pediculus humanus capitis*, insetto ectoparassita, obbligatorio e permanente (non sopravvive al di fuori del corpo dell'ospite).

Parassitosi molto contagiosa, colpisce soprattutto l'età scolare sia in ambito scolastico che familiare: un ruolo fondamentale è certamente svolto da svariati fattori ambientali quali promiscuità, sovraffollamento, cattive abitudini di igiene personale.

A torto ritenuta scomparsa fino ad alcuni anni addietro, oggi la malattia si è ripresentata sulla scena epidemiologica con un'imponenza insospettabilmente diffusa: in Francia, nelle scuole dell'area parigina, sono state riscontrate percentuali oscillanti dal 2% nelle scuole materne al 50% nelle scuole primarie, ed, in Italia, nelle scuole di Roma la percentuale è del 10%, mentre in quelle di Gela è del 30%.

Considerata una malattia a trasmissione sessuale, si associa a condilomi acuminati (11,1%), herpes genitalis (43,6%), sifilide (14,3%), gonorrea (1%), linfogranuloma inguinale (12,2%), HIV (2,1%).

Secondo un resoconto del "Public Health Service Communicable Disease Surveillance Center", i casi di phtiriasi osservati in ambulatori di medicina genito-urinaria sono passati da 6168 a 10522 nell'ultimo ventennio.

### **La Scabbia**

La scabbia è una dermatosi contrassegnata clinicamente dalla lesione elementare patognomonica, il "cunicolo", e dal punto di vista etiologico da *Sarcoptes scabiei* varietà *hominis* (acaro di piccolissime dimensioni).

La scabbia, spesso a carattere epidemico, colpisce soggetti di tutte le razze e classi sociali senza distinzione di sesso ed età: per i Paesi in via di sviluppo ne viene riportata un'alta e costante incidenza giustificata da fattori demografici e socio-economici quali sovrappopolazione, povertà, scarsa igiene; nei Paesi occidentali, invece, si ha una notevole variazione ciclica specie in concomitanza di conflitti mondiali, movimenti di masse, liberalizzazione dei costumi.

La situazione attuale è caratterizzata da casi sporadici e da piccoli focolai epidemici: per quanto in Italia la denuncia sia obbligatoria, si ha ragione di ritenere che i casi denunciati al Ministero della Sanità rappresentino solo una piccola parte di quelli realmente verificatisi. Studi recenti hanno evidenziato che la scabbia incide in una misura che va dallo 0,15% allo 0,88% del totale della casistica dermovene-reologica osservata e che gli anni di maggiore epidemia corrispondono con la transizione della nostra nazione da un tipo di vita agricolturale ad una prevalentemente industriale quando certamente migliori risultano le condizioni economiche, igieniche e culturali.

La recente, sensibile ripresa della frequenza delle suddette ectoparassitosi in contesti socioeconomici quali quelli dei Paesi ad alto tenore di vita, ove esse si ritenevano da tempo pressoché debellate grazie al raggiungimento di un elevato grado di igiene ambientale e di un'adeguata educazione sanitaria, è stata da molti considerata diretta conseguenza unicamente della migrazione di massa da regioni endemiche per tali malattie. Tale interpretazione è frutto di un approccio alquanto semplicistico ad un problema in realtà molto più complesso, ed è sicuramente da bocciare sia perché scientificamente scorretta, come dimostrato da una più attenta analisi e integrazione dei diversi dati disponibili, sia perché possibile causa di gravi errori nell'approccio mentale, e conseguentemente politico, alla realtà ormai non più trascurabile dell'immigrazione.

Le argomentazioni di coloro che richiedono l'interruzione dei flussi migratori verso le nostre regioni per motivi di tutela igienico-sanitaria prendono origine da alcuni dati epidemiologici ben noti: l'elevata frequenza (in alcuni casi fino a livelli di vera e propria endemia) di alcune malattie nei soggetti residenti in Paesi ad elevato flusso migratorio e il riscontro di elevata prevalenza delle stesse malattie negli emigrati residenti in Italia.

Il semplicistico assemblamento di questi dati, farebbe assumere agli immigrati, nella considerazione dei più, il ruolo di vettori della malattia dai loro Paesi al nostro,

qualcosa di simile agli untori di manzoniana memoria. L'attenta e razionale valutazione del problema, già in sé difficile per l'ancestrale tendenza alla diffidenza verso il «diverso», è resa ancora più difficile dalla percezione estremamente negativa, da parte dell'opinione pubblica, delle malattie in questione, mentalmente associate a promiscuità, sporcizia, trascuratezza, vita sregolata.

Il soggetto affetto da una delle suddette malattie, o da altre che, a torto od a ragione, ad esse vengono assimilate, è ritenuto un «appestato» e trattato di conseguenza come un elemento da isolare e da bandire dalla comunità per evitare la contaminazione dei sani. La superficialità con cui alcuni associano automaticamente la condizione di immigrato a quella di portatore di malattia si rivela così carica di pericolose conseguenze, quali la genesi di forti tensioni sociali e l'ulteriore emarginazione e ghettizzazione del già "spaesato" immigrato, che viene così ineluttabilmente sospinto verso la microcriminalità o addirittura nelle braccia della criminalità organizzata, sempre in cerca di "manodopera" a basso costo.

Le facili certezze di chi ritiene portatore di malattia il soggetto appartenente ad una certa etnia o originario di una certa regione sono però facilmente demolite dall'analisi di altri dati epidemiologici.

Un lavoro di Amr e Nusier pubblicato nel Dicembre 2000, riporta i dati di uno studio sulla presenza di pediculosi del capo in 2519 studenti di una regione sita nella Giordania settentrionale. Nella casistica considerata, il tasso globale di prevalenza del *Pediculus capitis* risultava essere del 13,4% (338 casi), ma con differenze enormi fra le varie classi socioeconomiche: 0,2% di positivi nella classe più agiata, 6,1% nella classe media, 18,9% in quella bassa e addirittura 28,8% fra quelli della classe più povera. Questo lavoro, scelto fra numerosi analoghi solo per il suo valore esemplificativo, evidenzia in maniera incontrovertibile e conferma, ove necessario, quanto già noto in campo medico: prevalenza e incidenza delle ectoparassitosi non dipendono da fattori etnici o geografici, tanto che persone appartenenti allo stesso ceppo e residenti nella stessa area possono presentare percentuali di infestazione notevolmente diverse. La diffusione di tali affezioni dipende invece unicamente dalle condizioni di vita degli individui, strettamente correlate al loro status socioeconomico. La conferma è fornita da altri lavori, condotti in nazioni ad alto tenore di vita, fra i quali uno dei più recenti è stato pubblicato da Downs: basandosi su dati dell'Office of National Statistics inglese, ha riscontrato una prevalenza di scabbia significativamente più alta nelle aree urbanizzate rispetto a quelle rurali, nel settentrione del Paese rispetto al meridione, nei bambini e nelle donne piuttosto che negli adulti maschi, e nell'inverno rispetto all'estate; più semplicemente, la prevalenza era maggiore in tutte le situazioni in cui più frequenti e prolungati erano i contatti interumani e/o la permanenza in ambienti comuni chiusi. In questo lavoro, pur risultando la prevalenza media della malattia inferiore rispetto a quella dei Paesi poveri, erano riscontrabili analoghe, notevoli differenze percentuali fra gruppi di persone viventi in condizioni socioeconomiche diverse.



Appurato, dunque, che l'abitante di un Paese povero non è diverso dall'abitante di un Paese ricco per quanto riguarda la suscettibilità alle ectoparassitosi, appare a prima vista difficile da spiegare l'elevata frequenza di queste affezioni fra gli immigrati trasferiti in Paesi dove la prevalenza delle stesse è bassa.

Le ectoparassitosi notoriamente trovano il milieu ottimale nella coabitazione lettercia, in ambienti affollati e promiscui, in carenti condizioni igienico-sanitarie. Tali situazioni si ritrovano di frequente nelle comunità di immigrati, particolarmente nel primo periodo dopo il loro trasferimento, quando la carenza di mezzi economici e la mancanza di lavoro costringono alla condivisione delle scarse risorse fra più persone, all'alloggio in ambienti insalubri, ad un'alimentazione carente con conseguente progressivo scadimento delle condizioni generali e del sistema immunitario. A riprova di ciò, numerosi studi sui senzatetto non stranieri viventi nelle periferie delle grandi città hanno evidenziato patologie assolutamente sovrapponibili, per tipologia e incidenza, a quelle riscontrate negli stranieri.

La patologia dell'immigrato quindi, contrariamente a ciò che molti ritengono, è più frequentemente contratta nel nuovo Paese che portata dal Paese d'origine. La veridicità di questa affermazione è rafforzata da altri studi, nei quali si rileva che il migrante fa ricorso ai servizi sanitari del Paese di destinazione non subito dopo il suo arrivo, ma solitamente in un periodo compreso fra sei mesi e un anno da tale data. Ciò indica che il soggetto non è malato alla sua partenza, ma si ammala dopo un periodo di soggiorno nel nuovo Paese.

Alla luce di una corretta documentazione scientifica, risultano, oltre che anacronistiche, assolutamente immotivate, da un punto di vista logico le esortazioni alla chiusura delle frontiere agli stranieri. Al di là di pur doverose considerazioni politiche sulla quantità di persone ospitabili e senza per questo cadere nell'opposto eccesso della totale mancanza di controlli sanitari, occorre probabilmente variare il nostro punto di vista riguardo ai migranti e alla loro salute. Occorre comprendere la tendenza sempre più evidente ad una società mondiale multirazziale, e dunque uscire dall'individualismo o dal settarismo e cominciare a pensare in termini di salute globale, pensare che la salute degli stranieri ormai stabiliti nel nostro Paese non è solo un "loro" problema, bensì un "nostro" problema... un problema di tutti.

Occorre evitare la grande tentazione dell'assistenzialismo o della soluzione provvisoria, giustificata da un pietismo di fondo; il problema va affrontato, da un punto di vista squisitamente strutturale, in maniera radicale ai fini di un reale miglioramento.

Emblematici sono a tal proposito i dati di Schmeller, (di recente pubblicazione): visite regolari e terapie opportune a 5718 bambini di 13 scuole nell'ambito di un progetto umanitario hanno avuto limitati risultati sulla risoluzione delle malattie cutanee più diffuse in quelle regioni, risultando particolarmente deludenti nel caso delle affezioni la cui diffusione e permanenza risultava influenzata dalle condizioni socio-economico-ambientali, come appunto le ectoparassitosi.

### **Considerazioni e conclusioni**

Se è vero che la migrazione di persone ha sempre accompagnato la storia dell'uomo e ha prodotto un graduale ma costante riassetto delle coordinate etniche e culturali del mondo, ancor più vero è che oggi tutto questo continua a subire una profonda accelerazione cogliendo spesso impreparati i governi e le popolazioni, generando paure, preoccupazioni e pregiudizi con conseguenze negative per i singoli e la comunità tutta, sì da rendere complessa e faticosa quella che dovrebbe essere una pacifica e necessaria integrazione.

L'Europa e l'Italia in particolare rappresentano certamente punti di attrazione migratoria cui non corrisponde un'adeguata preparazione tesa ad arginare l'afflusso e regolamentarne la permanenza: la presenza di immigrati risulta, infatti, attualmente connotata da una componente significativa di irregolarità giuridica e comunque da condizioni di vita spesso disagiate.

L'immigrato, pertanto, non è nelle condizioni di mettere in atto strategie preventive per la salute, anzi il "patrimonio salute" in sua dotazione viene più o meno rapidamente dissipato per una serie di "fattori di rischio" quali mancanza di lavoro e reddito, sottoccupazione in lavori rischiosi e non tutelati, degrado e sovraffollamento abitativo, promiscuità, condizioni di status nutrizionale compromesso. Pediculosi e scabbia si possono così definire non specifiche dell'immigrato ma indicanti uno stato di estrema emarginazione, terreno favorevole per lo sviluppo di alcune malattie, proprie della povertà.

E' così che in piena epoca avveniristica ci troviamo a fronteggiare vere e proprie ondate epidemiche di malattie parassitarie ritenute scomparse e comunque anacronistiche.

Sarebbe auspicabile, pertanto, senza per questo apparire discriminanti, un rigoroso controllo igienico-sanitario, una puntigliosa selezione alle frontiere, una organizzata macchina d'accoglienza da parte delle forze di governo, al fine di poter vivere in un mondo socialmente più tollerante ma al tempo stesso più lungimirante e protettivo nei confronti di ospiti ed ospitanti.

## Bibliografia

1. AA.VV.: *Italia multinazionale*. Edizioni del Sole 24 ore, Milano, 1998.
2. AA.VV.: *L'inserimento degli immigrati: esperienze Europee a confronto*. CRESM, 1998.
3. AA.VV.: *Rapporto sulle migrazioni (anni 2000,2001,2002,2003)*. FrancoAngeli, Milano, 2003.
4. Affronti M.: *Gli immigrati dei Paesi in via di sviluppo: untori o vittime? La Medicina Tropicale nella cooperazione allo sviluppo*, 1992.
5. Albanese G., Di Cintio R., Nicoletti A. Sala G.P.: *Usuali dermatosi in soggetti di razza nera*. Incontri Dermatologici 7: 4, 1993.
6. Barbieri G., Canigiani F., Cassi L. *Geografia e cambiamento globale. Le sfide del XXI secolo*. UTET Libreria, 2003.
7. Brusa C.: (a cura di) *Atti del II Convegno sul tema: Immigrazione e multiculturalità nell'Italia di oggi*. FrancoAngeli, Milano, 1999.
8. Brusa C.: (curato con R. Ghiringhelli) *Emigrazione e territorio tra bisogno ed ideale*. Lativa, Varese, 1995.
9. Brusa C.: *Immigrazione e multiculturalità nell'Italia di oggi*. FrancoAngeli, Milano, 1997.
10. Buntin D.M., Rosen T., Lescher J.L., Plotnick H., Brademas M.E., Berger T.G.: *Sexually transmitted diseases: virus and ectoparasites*. J Am Acad Dermatol 25: 527, 1991.
11. CARITAS *Immigrazione. Dossier Statistico 2003*. “XII Rapporto sull’immigrazione”, Edizioni Nuova Antarem, 2003. ù
12. CARITAS *L’attuale scenario migratorio italiano e l’influenza dei fattori demografico e reddituale*. “Immigrazione Dossier Statistico 2001”, XI Rapporto sull’immigrazione, Edizioni Nuova Antarem, 2002.
13. Chapel T.A., Katta T., Kuszmar T.: *Pediculosis pubis in a clinic for treatment of sexually transmitted diseases*. Sex. Trans. Dis. 6: 257, 1994.
14. De Santis G. (a cura di), atti del “Settimo Seminario Internazionale di Geografia Medica (Verona 13 – 15 Settembre 2001), RUX Editrice Perugia, 2002.
15. Ioli A.: *Parassitologia clinica*. Ed. EDAS, Messina, 1988.
16. Molinaro M.J., Schwartz R.A., Janniger C.K.: *Pediatric dermatology: scabies*. Cutis 56: 317, 1995.
17. Pauluzzi P., Scarpa C.: *Su alcuni aspetti anomali delle acariasi umane*. Giorn. It. Dermatol. Venereol. 130: 307, 1995.
18. Portu J.J., Santamaria J.M., Zubero Z., Almeida-Llamas M.V., San Sebastian M.A., Gutierrez A.R.: *Atypical scabies in HIV-positive patients*. J. Am. Acad. Dermatol. 34: 915, 1996.

19. Principato M. Polidori G.A.: *Osservazioni parassitologiche sull'epidemiologia della pediculosi umana*. Riv. di Parassitologia, vol. XII (LVI), n° 3, Dicembre 1995 (suppl.).
20. Routh H.B., Mirensky J.M., Parish L.C., Witkoski J.A.: *Ectoparasites as sexually transmitted diseases*. Seminars Dermatol. 13: 243, 1994.
21. Routh H.B., Mirensky J.M., Parish L.C., Witkoski J.A.: *Ectoparassiti come malattie sessualmente trasmesse*. Seminars Dermatol., vol. 4: 293, 1995.
22. Salimbeni L., Mastrolorenzo A., Zuccati G.: *E' la scabbia dell'adulto una malattia a trasmissione sessuale? Esperienze del centro MTS - Firenze*. Riv. di Parassitologia, vol. XII (LVI), n° 3, Dicembre 1995 (suppl.).
23. Urbano F.G., Tiradritti L., Salimbeni L., Zuccati G.: *Pediculosi del pube: osservazioni del centro MTS di Firenze*. Riv. di Parassitologia, vol. XI (LV), n° 1, Aprile 1994 (suppl.).

## **LO SCENARIO GEOGRAFICO ATTUALE DELLA LEISHMANIOSI CUTANEA MEDITERRANEA, ALLA LUCE DEI NUOVI FLUSSI MIGRATORI**

*Roberto Guarneri<sup>7</sup>*

La leishmaniosi cutanea è una delle malattie più antiche, di cui si ha già notizia nel papiro di Ebers (2000 a.C.), Antico Testamento (Esodo IX:10), Deuteronomio (XXVIII:27): in quest'ultimo si fa cenno ad una malattia cutanea, l'"ulcera d'Egitto", inviata dal Signore per punire i trasgressori delle leggi ed insegnamenti di Mosè.

Ad onta della sua biblica memoria, l'affezione presenta, comunque, spunti di notevole interesse ed attualità sia dal punto di vista medico che, soprattutto, dal punto di vista socio-culturale per il costante e progressivo incremento della sua incidenza malgrado le, a tutt'oggi, incomplete nozioni sulla sua effettiva "diffusione" nel senso più squisitamente geografico.

Patologia complessa e variegata, considerata a lungo "endemica" e, quindi, limitata ad aree localizzate, ha subito varie nomenclature, proprie dei profani indigeni, e riferite, dai vari autori, in relazione ai luoghi in cui è stata rilevata: si può affermare che, forse, per nessun'altra malattia si conoscono tanti sinonimi e tante denominazioni "locali" come per la leishmaniosi.

Classicamente nota come "bottoni d'Oriente", "bottoni d'Aleppo", "ulcus endemicus tropicum", "leishmaniosis cutis", viene altresì etichettata, in nord Africa "bottoni di Biskra, di Gafsa, del Nilo, ulcera di Turgut, del Sahara"; in India "bottoni di Dehli, di Mutra, di Agra, di Lahore, di Bombay"; in Arabia "Hab-eb-sne (bottoni di un anno), Okat, Kulma hebani, Büsr-el-temèr, Bes-el-Shunior"; in Asia minore "bottoni di Damasco, di Gerico, del Liban, di Bagdad"; in Persia "Salek"; nel Turkestan "ulcera di Taschkent, Phurmia Atschibani, Thschoban, Kokandka"; nel Caucaso "Godowik"; in Eritrea ed in Abissinia "Ghisuae Cuncir". Tra le denominazioni europee: "Lunari" in Spagna; "Muro" in Grecia; "Haniotico e Lubini (mal di Libia)" a Creta.

In Italia vengono, dalle popolazioni di Calabria e di Sicilia, usati i nomi di "coccio duro", "coccio calloso"; in Abruzzo quelli di "censo, ceso, cesare lupino, falso lupino".

Per la prima volta descritta da Russel (1756) in uno studio su Aleppo, se ne trova specifica menzione nelle pubblicazioni di Hasselquist, Hollande e Volney che citano la malattia nei loro resoconti di viaggio. Alibert (1829) la definisce "piroflittide endemica" e nel considerarla una infezione miasmatica ipotizza che "il germe di tale morbo risieda nell'aria che si respira". Willemin attribuisce la malattia all'influenza di acque fluviali e non pochi autori dell'epoca la considerano una

---

<sup>7</sup> Dottore di ricerca in Geografia ed Area Culturale dell'Europa - Università degli Studi di Messina

forma di “ectima cachettica” propria di soggetti defedati e linfatici e sottolineano l'importanza delle condizioni meteorologiche o della cattiva qualità delle acque potabili si da ascriverla nell'ambito di morfe cliniche da “paludismo”. Dall'occupazione francese dell'Africa del nord (1844), poi, derivarono tutta una serie di osservazioni sui focolai endemici in quella regione ed in maniera particolare a Biskra per via della grande diffusione che la malattia assunse tra la guarnigione francese, al punto da mettere in discussione la necessità dell'evacuazione dell'oasi. I rilievi successivi relativi ad altri focolai e le ricerche scientifiche sull'origine della malattia portarono i vari autori a riconoscerne la natura contagiosa, l'inoculabilità e la trasmissibilità e, all'inizio dell'era batteriologica, numerosi microrganismi furono, a vario titolo, descritti come agenti patogeni: sono però le osservazioni di Cunningham prima e di Firth dopo ad evidenziare la presenza del parassita nelle lesioni nonché di Borowsky e Tachkent che ne precisarono le dimensioni e la natura protozoaria. E' a Wright, però, che va attribuito il merito di avere per primo, nel 1903, dato una descrizione esatta e dettagliata dell'agente patogeno e di etichettarlo “*Helcosoma tropicum*” (il reperto del parassita fu ottenuto nelle sezioni e negli strisci di un bottone del viso in una bambina di 9 anni contratto in Armenia e osservato all'ospedale generale per il Massachusetts in Boston). Nel 1908, Nicolle e Sicre riuscirono a coltivare il parassita in un terreno particolare (N.N.N.) e gli diedero il nome definitivo di “*leishmania tropica*”.

Tenuto conto della topografia delle espressioni cliniche (prevalentemente colpite risultano le sedi acroposte), del periodo di incubazione e relativa comparsa della malattia (ottobre-dicembre), nonché del ciclo stagionale di alcuni insetti (agosto-settembre), Sergent e Sergent sospettarono i flebotomi quali possibili vettori ed ospiti intermedi del parassita: a favore di questa ipotesi sta la corrispondenza quasi completa tra distribuzione generale degli insetti e leishmaniosi cutanea nonché l'evidenza, nei focolai endemici, di flebotomi spontaneamente infestati (Wenyon ad Aleppo ha constatato l'infestazione nel 6% dei flebotomi catturati; Adler e Theodor, in Palestina, nell'1%). La leishmania tropica non solo può essere naturalmente presente nel flebotomo ma trova in questo le condizioni necessarie e sufficienti per la sua completa evoluzione: giunto nell'intestino dell'insetto sviluppa rapidamente il “flagello” per poi migrare, tramite i movimenti inferti dal flagello, nel faringe e nella proboscide; la trasmissione del parassita avverrebbe con il rigurgito e l'ingestione di sangue al momento della puntura. Alcuni autori sottolineano, piuttosto, l'azione meccanica dello schiacciamento dell'insetto e conseguente penetrazione del materiale infettante attraverso soluzioni di continuo provocate dallo stesso al momento di pungere. A conferma del ruolo dei flebotomi sta ancora la considerazione che, anche nell'ambito di regioni endemiche, dove mancano i flebotomi manca pure la malattia: emblematica l'assenza di malattia ad ovest del Pacifico (Giappone), per via della elevata pluviometria (2000 mm l'anno) incompatibile con la sopravvivenza dei flebotomi. I focolai di epidemia risultano, viceversa, fre-

quenti in zone di media e bassa altitudine ed ambiente rurale in genere ed eccezionali negli agglomerati urbani a carattere metropolitano.

Tenuto conto delle modalità di trasmissione della malattia, quantomai opportuna e necessaria appare l'applicazione di rigide misure di prevenzione tese essenzialmente alla cura del soggetto affetto ed alla disinfezione degli insetti vettori e degli animali serbatoi. Si dovrebbero, pertanto, attuare opere di bonifica delle zone abbandonate dalla cura dell'uomo, dove abitualmente risiede e si moltiplica il flebotomo, rimuovere e, comunque, evitare l'accumulo di immondizie ed abbattere gli animali sospetti nei quali risulta confermata la malattia (argomento quest'ultimo molto dibattuto in ambito veterinario e, comunque, sostenuto dai laboratori di igiene e profilassi: il cane, infatti, pur se adeguatamente trattato, raramente guarisce e comunque presenta frequenti recidive). Particolarmente utile è risultato l'impiego di insetticidi organici di sintesi: in Italia l'utilizzo del DDT per le case e le stalle in Abruzzo (1948-1953) interruppe drasticamente la trasmissione della malattia. L'elevata tossicità del prodotto, però, ne vieta l'impiego nel settore domestico e industriale oltre che in campo agricolo; sono stati proposti, pertanto, composti meno tossici, in primis le piretrine, da usare comunque con moderazione e sotto stretto controllo delle autorità sanitarie. Di facile applicazione e particolarmente utile resta la protezione individuale mediante l'impiego di una "difesa meccanica" costituita da reti a maglie fitte (zanzariere applicate a porte e finestre) oltre all'uso di repellenti topici da spalmare sulla superficie cutanea.

### **Distribuzione geografica**

La leishmaniosi cutanea, più comunemente intesa "bottone d'Oriente", è notoriamente diffusa nelle regioni a clima caldo e temperato dei tre continenti del mondo antico e più specificatamente in Africa ed Asia: la distribuzione dei territori colpiti in maniera endemica ed autoctona è valso all'affezione, dichiaratamente distinta dalla leishmaniosi cutaneo-mucosa dell'America centrale e meridionale, il nome di leishmaniosi cutanea mediterranea. Va precisato, all'uopo, che la malattia, pur mantenendosi specificatamente endemica e distribuita in focolai disseminati nelle fasce tropicali e subtropicali della Terra, risulta variamente presente ed in costante e progressivo incremento praticamente in tutto il mondo (risultano indenni l'Australia e l'Antartide) a carattere sporadico, endemico o di importazione e ciò verosimilmente in modo direttamente proporzionale all'aumento del turismo internazionale e del numero dei flussi migratori per motivi di lavoro. Rifacendoci alla storia, ritengo utile ricordare, ancora, i primi territori nei quali è stato dimostrato il carattere endemico della malattia: Siria, Palestina, Turchia asiatica, Mesopotamia, Caucaso, penisola arabica, Persia, Afghanistan, Turkestan, Indie, in Asia; le coste mediterranee, alcuni territori dell'interno e le oasi del Sahara, Tuggurt, Laghnat e Biskra, i Paesi nordafricani dal Marocco all'Egitto nonché il territorio del Niger, Congo, Angola, Abissinia, Eritrea, Sudan in Africa; la Grecia e l'isola di Creta, la

penisola iberica e particolarmente le zone di Granata, Malaga, Cadice, Tortosa, versante nord dei Pirenei, Marsiglia.

In Italia, la leishmaniosi cutanea “nasce” nel 1910 per merito dei dottori Gabbi e La Cava che, per primi, ne segnarono l’esistenza in Calabria e Sicilia rispettivamente a Bovalino (RC) e Bordonaro (ME). Da allora in poi le osservazioni si sono susseguite con sempre maggiore frequenza evidenziando, nel tempo, l’endemicità della malattia in tutta l’Italia insulare e peninsulare specie nelle zone costiere e più ancora nelle vallate e nella media collina.

La fonte di infezione (“serbatoio”) più diffusa nel mondo è certamente il cane unitamente sia pure in minor misura a gatti, conigli, topi, volpi, scoiattoli, animali selvatici e diverse specie di hamster in Europa e Asia minore, Rhombomys e Meriones nelle zone rurali dell’Asia centrale, Iraci in Etiopia.

### **Considerazioni e conclusioni**

Queste brevi annotazioni vogliono sottolineare, ove necessario, il carattere generale e/o specifico del rapporto “causale” frequente e talora inscindibile tra condizioni climatiche ambientali e geografiche dei luoghi e salute dell’uomo, tant’è che già Ippocrate nella sua fondamentale opera “Arie, acque e luoghi” così recita: “chi voglia correttamente condurre indagini mediche ha di fronte a sé questi problemi: in primo luogo deve studiare le stagnazioni dell’aria, gli influssi che ognuna di esse può esercitare e inoltre venti caldi e freddi innanzitutto quelli comuni a tutti i luoghi, poi anche quelli che sono tipici di ciascuna regione”. Ed è all’azione, infatti, più o meno indiretta, degli elementi climatici che si deve la diffusione di tutta una serie di malattie trasmissibili e non. Nel caso in specie, la leishmaniosi cutanea dovuta ad un protozoo (*Leishmania*) si trasmette eccezionalmente da un individuo ad un altro per contatto diretto e, più frequentemente, anzi di regola, attraverso un intermediario classicamente rappresentato da un insetto vettore (flebotomo).

Piccoli e pelosi insetti ematofagi di circa 2 mm di lunghezza, i flebotomi, sono prevalentemente distribuiti nelle regioni a clima caldo, tropicale e subtropicale, e nelle regioni calde delle zone temperate; il loro habitat è rappresentato dalle zone adiacenti alle case di campagna dove si sviluppano alla base di muri vecchi con intonaco scrostato e umido o meglio ancora fra le rocce e tane di roditori, profondi e freschi crepacci di terreno arido e semidesertico oltre che in vicinanza di cumuli di spazzatura; volano e pungono soprattutto nelle ore serali con l’eccezione di *Lutzomyia wellcomei*, ad attività diurna e notturna; durante il volo coprono brevi distanze, non si allontanano più di 1-2 chilometri da dove vivono e non si alzano oltre i 3 metri da terra. Le abitudini di vita di questi animali pertanto e la loro distribuzione geografica sono importanti fattori epidemiologici della malattia: queste acquisizioni, infatti, ci permettono di comprendere perché in certe regioni geografiche, nell’ambito dei cosiddetti “complessi patogeni” cioè cicli di trasmissione di certe malattie particolarmente rappresentativi della catena ecologica, la leishmanio-



si umana è raramente osservata nonostante un'ampia presenza di infezione in animali che notoriamente fungono da “serbatoi”.

Il clima svolge, infatti, in presenza di adeguati valori di temperatura e di umidità un ruolo fondamentale in quanto può intervenire sul ciclo vitale dei parassiti e dei vettori e conseguentemente sull'iter della trasmissione e dell'evoluzione clinica traducibile in un potenziale “calendario” comprensivo del tripode: a) momento del contagio, b) variabile periodo di incubazione, c) espressività clinica.

E se come previsto il clima dovesse realmente, per cause antropiche, subire notevoli cambiamenti, tesi ad un graduale aumento della temperatura (“effetto serra”), l'attuale scenario, compreso nell'ambito dei cosiddetti e noti “complessi patogeni”, è certamente destinato a sconfessare quanto Ippocrate, da vero protogeomedeo, ebbe a preconizzare nella sua opera, descrivendo con dovizia di particolari le interazioni tra le componenti aerologiche, idrologiche e topografiche. In un futuro non molto lontano si profilano, quindi, nuovi orizzonti per questo campo di studio quantomai aperto, certamente difficile ma non per questo meno affascinante, che non mancherà di contributi necessariamente multidisciplinari, tant'è che sin da ora, come sottolinea Zanella, la ricerca bioclimatica investe non solo l'ambiente atmosferico “naturale” e quello più o meno “traumatizzato” delle aree urbane ma anche lo spazio “confinato” delle abitazioni, dei luoghi di lavoro e di studio dove l'uomo moderno trascorre gran parte della propria esistenza immerso in un clima realizzato artificialmente.

## Bigliografia

1. Alibert G. *Note sur la pyrophlictide endémique ou pustule d'Alepp*. Rev. Méd. Franc. et étrang. 3, 62, 1829.
2. Auliciems A. *The atmosphere environment. A study of comfort and performance*. Toronto, University of Toronto Press, 1972.
3. Bolin B. *Global ecology and man proceedings of the world climate*. Conference Geneva, February 1979.
4. Budyko M.I. *Climate and life*. New York Acad. Press, 1974.
5. Cipriani M. *I nomi di persona nella terminologia dermo e venereopatica (sinonimi, sindromi e malattie (dizionario))*. Soc. Tipo-litografica Editrice, Ascoli Piceno, 1942.
6. Cottini G.B. *Le leishmaniosi cutanee mediterranee*. Atti XXXVII Congr. Soc. Ital. Derm. Vener, 1951.
7. Da Pozzo C. *Indice di incomodità per l'uomo nelle isole circumsiciliane*. Lavori Soc. Ital. Biogeogr., Nuova Serie, 1972.
8. De Bac C. *Spunti di malattie infettive delle zone temperate e tropicali*. Masson Italia Editori, Milano 1984.
9. Flohn H. *A scenario of possible future climates - Natural and Man-made*. Proceedings of World Climate Conference, Geneva, February 1979.
10. Gabbi U. e La Cava F. *Il primo caso di bottone d'Oriente in Italia*. Atti Acad. Naz. Lincei, 19, 301, 1910.
11. George P. *Perspectives de recherche pour la géographie des maladies*. A. Géogr 87, 641, 1978.
12. Gradoni L., Gramiccia M., Pozio E. *Stato attuale della tassonomia di Leishmania nel bacino del Mediterraneo*. Parassitologia, 1984.
13. Hare F.K. *The future of climate*. Impact of Science on Society 32, 237, 1982.
14. Laveran A. *Leishmanioses*. Masson Editeurs, Paris, 1917.
15. Lowry W.P. *Weather and life - An introduction to biometeorology*. Londra, Acad. Press, 1970.
16. Monacelli M. *La leishmaniosi cutanea in Italia*. Ed. Luigi Pozzi, Roma, 1934.
17. Palagiano C. *L'ambiente climatico e l'uomo*. Roma, Il Bagatto, 1982.
18. Russel A. *The natural history of Aleppo and parts*. London, 1756.
19. Sargent F. *Hippocratic heritage: a history of ideas about weather and human health*. Oxford, Pergamon Press, 1982.
20. Seriziat P. *Étude sur l'oasis de Biskara*. Paris, 1875.
21. Sorre M. *Les fondaments biologiques de la géographie humaine - Essai d'une écologie de l'homme*. Parigi, Colin, 1971.
22. Tromp S.W. *Medical biometeorology*. Amsterdam, Elsevier, 1963.

23. Tromp S.W. *Biometeorology - The impact of the weather and climate on humans and their environment*. Heyden, Heyden International Tropics Science, 1980.
24. Volney L. *Voyage en Sirie et en Egypte*. Paris, 1787.
25. Zanella G. *Bioclimatologia umana e geografia medica*. Primo Seminario Internazionale di geografia medica, Editrice Rux, Perugia, 1983.
26. Weihe W.H. *Climate, health and disease*. Proceedings of the World Climate Conference, Geneva, February 1979.

## MIGRAZIONI E MALATTIE: ATTUALITÀ EMERGENTI

*Roberto Guarneri*\*

Migrazioni e malattie è un binomio emergente nel contesto dell'attuale società contemporanea, anche se, storicamente, le migrazioni di piccoli gruppi d'individui o di intere popolazioni da una regione all'altra del pianeta, spesso guidati dall'istinto di sopravvivenza a carestie, epidemie o guerre, hanno inevitabilmente determinato la "mescolanza" genica tra le varie popolazioni e la diffusione di malattie: ogni componente, infatti, porta con se il proprio "patrimonio genetico" e le proprie "malattie infettive" che, in genere, hanno una più facile diffusione in quei gruppi che mancano di difese immuni specifiche perché mai venuti, prima di allora, in contatto con l'agente patogeno responsabile. E' così che la diffusione della malattia, nel nuovo gruppo, prevede un andamento chiaramente bifasico: epidemico caratterizzato da altissima mortalità e, quindi, endemico a seguito della selezione operata dalla malattia stessa con la conseguente riduzione del numero di nuovi casi, comparsa di casi asintomatici e di portatori sani.

Il Vecchio Continente, in particolare, è forse l'esempio più noto di comunione di popoli e culture: abitato da popolazioni celtico-scandinave, greche e mediterranee fu per la prima volta unificato sotto le insegne romane e, poi, nuovamente invaso da popolazioni barbare, scandinave, asiatiche ed arabe; ai giorni nostri, a seguito del benessere economico raggiunto è, certamente, diventato ambita meta soprattutto da parte di popolazioni asiatiche, africane e sudamericane alla ricerca di migliori condizioni di vita. L' Europa, dunque, da sempre è stata punto d'incontro di varie popolazioni e, di conseguenza, spesso origine o approdo di varie epidemie: basti ricordare la lebbra, la peste ed il colera per la vasta diffusione ed elevata mortalità, così la conquista dell'America che implicò storicamente "l'unificazione microbica del mondo" (i bianchi vi "esportarono" il vaiolo, il morbillo e l'influenza e, i conquistatori "importarono" la sifilide), nonché la deportazione degli schiavi negri nelle Americhe (1600) che diffuse la febbre gialla e, storia recente, l' AIDS (immigrati haitiani in USA) e la SARS (Cina) che da pochi focolai, con le relative proporzioni, si sono praticamente diffusi in tutto il mondo; in questi ultimi casi, il "successo" della malattia è stato certamente accelerato anche dall'intensità dei viaggi tra paesi e continenti.

---

\* Dottore di ricerca in Geografia ed Area Culturale dell'Europa - Università degli Studi di Messina

## 1. Situazione italiana

La medicina delle migrazioni, in Italia, è nata, da centri di volontariato sociale preposto alla

cura dei cittadini extracomunitari, in passato non tutelati dalla legge e privi di alcun tipo di assistenza sanitaria. Oggi, alla luce dei numeri della sanatoria, gli immigrati sarebbero circa 2.395mila pari a circa il 4,2% della popolazione italiana.

Le esperienze sono relative a quelle “storiche” della Croce Rossa di Genova, Bivati di Bologna, Naga di Milano, Santa Chiara di Palermo, Stesone di Firenze, Chirone di Messina, Sermig di Torino, Poliambulatorio per immigrati di Brescia, Aspu di Perugia e le numerose Caritas. E’ stato così possibile estrapolare alcune importanti informazioni: a) l’individuo appartenente ad una prima generazione d’immigrati arriva in Italia in buone condizioni generali di salute, per andare successivamente incontro, in rapporto a particolari situazioni intercorrenti, a patologie acute prevalentemente a carico dell’apparato respiratorio, digerente ed osteoarticolare (traumatismi); b) la salute, in termini di percezione non viene avvertita come un problema prioritario (tra i circa 1.000 stranieri intervistati, provenienti da Pvs e dall’est Europa solo il 3,6 ha indicato come prioritaria l’assistenza in generale); c) circa le variazioni di salute fisica e psicologica, dall’arrivo in Italia, il 35% ha indicato un suo miglioramento, il 10,5% un peggioramento, il 54,5% alcun sostanziale cambiamento; d) disturbi psicologici e sociali intimamente connessi con l’integrazione (elemento fondante del successo/fallimento del progetto migratorio). Si sono così potute individuare “aree critiche” suddivise in tre ambiti, grossolanamente, definiti da condizioni *patologiche* (infettive), *fisiologiche* (maternità, infanzia) e *sociali* (prostituzione, detenzione).

Tra le malattie infettive particolare rilevanza hanno assunto:

- *tubercolosi*, - rappresenta in tutto il mondo secondo l’ OMS, “una delle principali

minacce”per la salute pubblica. Alla fine degli anni settanta, basandosi sull’osservazione della progressiva riduzione d’incidenza annuale di nuovi casi di malattia, gli epidemiologi ne avevano previsto, entro la fine del millennio, l’eradicazione nei paesi industrializzati ed un suo effettivo controllo in quelli in via di sviluppo; a partire dalla seconda metà degli anni ottanta si è assistito, viceversa, ad una inversione di tendenza ed ad una netta ripresa della curva epidemiologica in entrambi i Paesi.

Sempre secondo l’OMS più del 95% di tutti i casi di malattia e morte per TBC si concentrerebbe nei Paesi in via di sviluppo: le aree più colpite risultano Africa, Asia e in minor misura l’Europa dell’est; recenti stime evidenziano che in Italia gli immigrati rappresentano 1/5 di tutti i casi di TBC e circa 1/3 dei casi contagiosi.

E’ doveroso, comunque, sottolineare che la situazione degli immigrati non è tale da ripercuotersi automaticamente sulla popolazione autoctona; essa, invece, alimenta la diffusione dell’infezione all’interno delle varie comunità d’immigrati soprattutto

quando vi siano alte quote di clandestini che non possono usufruire, per tempo, di misure preventive e curative.

- *malattie sessualmente trasmesse (MST)* - costituiscono una delle patologie infettive più a

rischio per gli immigrati extracomunitari per la convergenza di numerosi fattori quali, in primis, la provenienza da paesi ad alta endemia di MST, quindi le condizioni di vita nel paese ospitante e, non ultima, la pressoché completa assenza di specifiche campagne d'informazione sanitaria. Indagini epidemiologiche, in tal senso esperite, hanno evidenziato le affezioni genito-urinarie come uno dei più frequenti gruppi di malattie (fino al 13,3% di tutte le diagnosi effettuate) con un progressivo decremento degli agenti batterici tradizionali (*Treponema pallidum* e *Neisseria gonorrhoeae*) e l'affermarsi, viceversa, di una seconda "generazione" di patogeni sia batterici che virali (*Chlamydia trachomatis*, Herpes virus, Papillomavirus umani e HIV). Da un recente rapporto del Sistema di Sorveglianza Nazionale delle MST è risultato che circa l'80% dei pazienti stranieri ha acquisito MST nel nostro paese, e solo il 20% nel proprio paese d'origine. I pazienti stranieri presentano una proporzione tripla di gonorrea e doppia di sifilide rispetto ai pazienti italiani, in cui invece, si è riscontrata una frequenza relativa doppia di condilomatosi ano-genitali e quasi doppia di cervico-vaginiti aspecifiche.

- *immuno-deficienza umana acquisita (AIDS)* – la proporzione di stranieri HIV-positivi

diagnosticati nel nostro paese è progressivamente aumentata, passando dal 3,4% nell'anno 1992-1993 al 14,8% del 2000-2001; la percentuale varia a seconda della categoria a rischio: il 3,9% tra gli eterosessuali, il 23,2% tra gli omo-bisessuali, il 34,1% tra i tossicodipendenti, il 47,8% tra gli omosessuali-tossicodipendenti.

- *lebbra* - al 1° Gennaio 2001 gli ammalati di lebbra, nel mondo, erano 597.035, di cui l'83,2% distribuiti in 6 paesi ad elevata endemia: Brasile, India, Birmania, Madagascar, Nepal e Mozambico; dove fattori genetici, clima tropicale, alimentazione insufficiente e cattive condizioni igienico-sanitarie creano, certamente, il pabulum ideale per lo sviluppo e la diffusione dell'infezione. In Italia, negli ultimi decenni, come evidenziato dai dati SIHAN (Società Italiana di Hansemiologia) si è assistito, ad un notevole decremento dei casi autoctoni (solo 4 casi nel periodo '91-'01) e al considerevole incremento dei casi importati, pari al 68%. 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 (la lebbra ha, infatti, un lungo periodo d'incubazione durante il quale il paziente è totalmente asintomatico): è facilmente prevedibile per il futuro, pertanto, la progressiva estinzione dei residui "casi" autoctoni in favore di quelli esclusivamente "importati".

Relativamente alle condizioni **fisiologiche e sociali**, particolare menzione meritano:

- *mutilazioni genitali femminili* - negli ultimi anni il flusso migratorio di persone provenienti

da Paesi in via di Sviluppo ha comportato la conoscenza di usanze e tradizioni a noi poco note, ma storicamente praticate in almeno 26 Paesi africani, nelle popolazioni musulmane dell'Indonesia, Malesia, India, Pakistan, Giava e Sumatra e in alcune regioni del Sud America. Secondo dati OMS, da 85 a 114 milioni di donne e bambine di tutto il mondo vengono sottoposte a mutilazioni genitali, con un tasso di circa 2 milioni all'anno. L'OMS classifica le MFG in 4 categorie: 1) *circoncisione*, (taglio del prepuzio con o senza escissione del clitoride); 2) *escissione*, del prepuzio o del clitoride con totale o parziale ablazione delle piccole labbra; 3) *infibulazione*, o "circoncisione faraonica", (clitoridectomia con ablazione delle piccole labbra e di gran parte delle grandi); 4) tutte quelle pratiche lesive dell'apparato genitale femminile, per mezzo di tagli, raschiature ed introduzione di sostanze in vagina. L'età in cui queste bambine vengono sottoposte alle mutilazioni genitali varia a seconda del luogo e delle etnie di appartenenza, ma la fascia d'età più comune è compresa tra i 4 e i 10 anni. Le mutilazioni genitali sono praticate principalmente per quattro motivazioni: a) preservare l'identità di gruppo e sottolineare il passaggio dall'infanzia all'età adulta; b) preservare la verginità e impedire rapporti sessuali illegittimi; c) favorire un buon matrimonio; d) mantenere l'igiene personale. Le MGF sono profondamente radicate nelle società che le praticano diventando parte integrante della cultura e delle tradizioni: rappresentano un rito, tant'è che, dopo l'operazione le ragazze vengono considerate adulte, pure ed "eleggibili" per il matrimonio.

- *malattie psichiatriche* - l'adattamento al nuovo paese va ben oltre l'osservazione di Ferenti (1931): "ogni adattamento è una morte parziale, una rinuncia a una parte dell'individualità"; l'arrivo nel nuovo paese, infatti, determina per il migrante un processo di acquisizione della nuova cultura ed è nello stesso tempo un'esperienza di perdita del territorio geografico e dell'identità personale e sociale, che inevitabilmente portano ad un opacamento di tutti gli aspetti della cultura originaria. La perdita della componente culturale indebolisce di conseguenza quella psicologica: il problema fondamentale resta sempre quello di comprendere e condividere una cultura diversa che, non s'incontra, ma anzi si scontra con altri abituali modelli; l'esperienza impone, inoltre, un rapido inserimento in un ambiente sconosciuto, e le difficoltà quotidiane hanno spesso un ruolo "facilitante" per il possibile rischio psicopatologico.

I fattori di rischio vengono, pertanto, distinti in "specifici" ed "aspecifici".

I fattori più "specificamente" coinvolti fanno riferimento al cosiddetto "stress da transculturazione" (riuscita o fallimento del progetto migratorio, elevata discrepanza tra aspirazioni individuali e mete raggiungibili in una società che destina agli

immigrati un ruolo di sostanziale marginalità sociale, esperienza lacerante del distacco e della nostalgia); gli “aspecifici” sono più strettamente legati alle condizioni di difficoltà socio-economiche (basso livello di reddito, sottoccupazione in professioni lavorative rischiose, degrado abitativo, nuova alimentazione ed abitudine voluttuarie, differenze linguistiche, atteggiamenti xenofobi da parte degli autoctoni. Il potenziale psicopatologico in genere, risulta, comunque, essere direttamente proporzionale al crescere dell’età dell’immigrato (in particolare superiore a 35 anni), allo stato civile (non coniugati, vedovi, separati), al tempo impiegato per raggiungere una posizione socio-economica soddisfacente (lavoro retribuito ed integrazione sociale), apprendimento della lingua italiana. A tal proposito, secondo Pelicer, si possono distinguere: 1) reazioni immediate (con ansia, depressione, stupore, tentati suicidi); 2) reazioni tardive (psicosomatosi, isteria, depressioni psicotiche, reazioni schizofreniche del tipo confusionale o deliranti); 3) sindromi negative da disadattamento (nostalgia del paese d’origine, assenza di amici e cose familiari, sentimenti di vuoto attorno a se); 4) sociopatie (alcolismo, droga, dissocialità minorile, criminalità).

Gli stranieri, come risulta dalle analisi svolte da Palidda, sono denunciati sei volte di più, arrestati dieci volte di più, incarcerati dodici volte di più degli italiani. Dal 1990 al 2001 gli stranieri denunciati sono aumentati del 70,5% contro il 17% degli italiani, gli arresti del 60% contro il 36% ed infine i detenuti stranieri del 76% contro il 43% degli italiani. I detenuti stranieri più numerosi sono i marocchini seguiti dagli albanesi, tunisini, ed algerini. Le nazionalità con il più alto tasso di detenuti sono il Pakistan, India, Bangladesh e Filippine: queste due ultime hanno un tasso di incarcerati inferiore a quello degli italiani (rispettivamente 99 e 62 detenuti ogni 100 persone contro i 103 italiani). Per quanto riguarda le detenute, il 42% appartiene a tre nazionalità: colombiane, nigeriane e jugoslave; le prime sono coinvolte nel traffico e spaccio di droga, le seconde nei furti, le terze nella prostituzione. Da sottolineare ancora la devianza dei minori immigrati: il 59,5% dei minori entrati negli istituti penali loro riservati, nel primo semestre 2002 era immigrato e di essi il 42,4% era senza famiglia (cosiddetti minori non accompagnati); le principali nazionalità dei minori immigrati presenti negli istituti penali sono l’albanese, la jugoslava e la marocchina.

- *maternità* - la presenza di donne immigrate nel territorio italiano, al 31.12.2001 secondo dati

Caritas, è di 45,8% pari ad un valore numerico di 583.729 tendente a crescere per via di certe peculiarità proprie del mercato lavorativo italiano e soprattutto per effetto della progressiva familiarizzazione dei flussi migratori; si tratta di donne giovani, in età riproduttiva, che necessitano d’ informazioni ed assistenza proprio sul tema della maternità. Queste donne nei loro paesi di provenienza fanno ancora molti figli e mantengono questa propensione anche in contesti d’immigrazione sia per confermare la loro identità femminile, sia per tenere la famiglia unita, sia per trovare, attraverso questa esperienza, strade d’integrazione nel paese dove hanno



deciso di vivere. A questo proposito la testimonianza di una donna africana Samira, è molto significativa: "Se non hai figli tuo marito cerca un'altra donna, mentre se ne hai, soprattutto maschi, lui è contento e la famiglia resta più unita". Un'indagine effettuata su donne immigrate e donne italiane in gravidanza, basata su indicatori di utilizzo dei servizi nel periodo di gestazione, evidenzia che il 42% delle donne immigrate iniziano le visite dopo il terzo mese di gravidanza, il 66% non ha ricevuto informazioni sufficienti sulla possibilità di effettuare una diagnosi prenatale; il 32% di donne straniere non ha eseguito più di un'ecografia in gravidanza contro il 2% delle donne italiane; i nati pretermine nelle donne immigrate sono il doppio, circa il 10,76% contro il 4,63% delle italiane.

- *infanzia* - i minori stranieri hanno raggiunto nel 2001 il numero di 326.101 pari al 20,1%

degli stranieri soggiornanti in Italia: una quota crescente considerati i precedenti relativi al 13,5% del 1998, al 16,2% nel 1999, al 17,5% nel 2000. Anche le nascite per le coppie d'immigrati sono cresciute dalle 7.000 del 1993 alle quasi 27.000 del 2001. Il tasso di natalità fra gli stranieri è di circa il 2%, doppio rispetto a quello degli italiani. I bambini "immigrati" sempre più numerosi costituiscono, pertanto, un universo piuttosto composito e distinto in almeno tre gruppi:

1. il bambino nato e cresciuto in Italia, che non presenta rischi infettivologici diversi da quelli incidenti sui ceti più modesti della nostra popolazione;
2. il bambino adottato, da monitorare attentamente subito dopo l'ingresso in Italia al fine di individuare patologie preesistenti quali infezioni da HIV, HBV, HCV e che si troverà a vivere in condizioni igieniche e nutrizionali ottimali;
3. il bambino nato nei PVS in grado di sommare ai rischi delle patologie infettive proprie del paese di provenienza quelle a cui lo esporranno le precarie condizioni di vita connesse alla condizione di immigrato.

Frequenti nel bambino immigrato sono le infezioni intestinali e delle vie respiratorie: gli agenti eziologici non sono diversi da quelli che si riscontrano nei gruppi di popolazione "indigena" a più basso reddito. Nelle forme diarroiche a decorso subacuto o cronico, particolarmente se con presenza di sangue, bisogna tener presente la possibilità di una infezione amebica. La brusca modifica dell'ambiente di vita, "sindrome da sradicamento", o anche soltanto delle abitudini alimentari e dei regimi dietetici, in bambini che hanno vissuto per i primi anni nelle regioni d'origine, è spesso causa di disturbi dell'apparato digerente, non sempre transitori, che erroneamente vengono attribuiti a cause infettive. In definitiva, in presenza di efficienti sistemi di sorveglianza, il pericolo che il bambino extracomunitario costituisca per i residenti un'importante fonte d'infezioni importate è reale, ma di scarsissima consistenza, al contrario, più spesso è egli stesso vittima dei patogeni presenti nel territorio d'adozione.

- *prostituzione* - il fenomeno della immigrazione femminile è tristemente legato alla

pratica della prostituzione. In Italia dove sono presenti il 10% delle prostitute immigrate, si è assistito ad alcune evidenti modificazioni rispetto allo scenario che si prospettava in passato: a) la sostituzione delle prostitute italiane con prostitute straniere; b) una forte notevole espansione del mercato in generale con particolare riferimento all' "offerta"; c) una prostituta poco contrattuale con i clienti per la combinazione di tre fattori: 1) scarsa professionalità (per molte di loro l'Italia rappresenta il primo luogo d'avvio alla prostituzione); 2) condizioni di sfruttamento e di clandestinità; 3) forte concorrenza tra le prostitute alimentata da un mercato dove l'offerta è superiore alla domanda. L'esercizio della prostituzione legato a condizioni di clandestinità marginalità sociale, sfruttamento, al rapporto squilibrato tra domanda e offerta, pongono le prostitute in situazioni di forte rischio per quanto riguarda le malattie infettive e quelle a trasmissione sessuale. Nella maggior parte dei casi il fenomeno comporta uno sradicamento della vittima dal proprio contesto.

### **Conclusioni**

Alla luce dell'analisi svolta circa i vari aspetti della attuale condizione dell'immigrato ed al fine di migliorare la sua integrazione socio-culturale ed il suo stato di salute, risulta quasi spontaneo predisporre ad una filosofia dello scambio che ci consenta di essere vicini senza essere contrapposti e che coinvolga univocamente sia chi "ospita" che chi viene "ospitato".

La multietnicità e la multiculturalità sono ormai caratteristiche della nostra società ed è bene, quindi, riconoscere tutti i colori della pelle dell'uomo non dimenticando che dietro ogni colore o malattia c'è sempre un uomo con i suoi usi, costumi e civiltà derivanti da forme di appartenenza ad una ben definita radice storico-culturale. L'Europa, infatti, non può che essere sempre più considerata, non soltanto in termini di geografia politica ma soprattutto sul piano geo-culturale, come l'asse cerniera tra i Paesi del Mediterraneo, del Medio Oriente ed i Paesi che si intagliano nell'Oceano; il Mediterraneo congiunge, separa e riunisce culture, lingue e civiltà che sono diversamente rappresentate come espressione di modelli etici, religiosi ed etnici che hanno subito e che si sono formati attraverso dei processi storici. La sfida di costruire una società multietnica deve, pertanto, prevedere questa attività di scambi relativi a valori morali e pratiche comportamentali di popolazioni etnicamente e culturalmente differenti. Papa Giovanni Paolo II, al 3° congresso mondiale della pastorale per i migranti ed i rifugiati (1998) nel ribadire che il fenomeno della migrazione è comunque una ricchezza ed una risorsa che va saputa cogliere, maturare e sviluppare nella società che la riceve, così conclude: "l'esperienza mostra che quando una Nazione ha il coraggio di aprirsi alle migrazioni viene premiata da un accresciuto benessere, da un solido rinnovamento sociale e da una vigorosa spinta verso inediti traguardi economici ed umani"; in occasione, poi, del messaggio per la Giornata Mondiale della Pace (2001) così recita: "la conoscenza delle

altre culture, congiunta con il dovuto senso critico e con solidi punti di riferimento etico, conduce ad una maggiore consapevolezza dei valori e dei limiti insiti nella propria e rivela, al tempo stesso, l'esistenza di una eredità comune a tutto il genere umano”.

Per quanto attiene, poi, specificatamente l'aspetto sanitario, ritengo sia auspicabile un sempre maggiore impegno governativo volto a sollecitare e supportare la realizzazione di servizi socio- sanitari in grado di massimizzare la fruibilità da parte degli stranieri immigrati introducendo, in specifici contesti assistenziali, figure d'intermediazione linguistico culturali o più semplicemente documentazioni di utilizzo più frequente (fogli ed opuscoli informativi) tradotti in più lingue oltre, ovviamente, ad una sempre più attenta e capillare opera di prevenzione primaria tesa a limitare le possibili vie di diffusione della malattia, attuando adeguati e sistematici controlli sanitari da parte dei servizi d'igiene e profilassi congiuntamente ad una più fattiva collaborazione da parte di geografi, epidemiologici, sociologi e psicologi: la risultante delle specifiche competenze porterà certamente all'agognata applicazione pratica dell'assioma:”riabilitare la malattia unitamente al malato”.

## Bibliografia

1. <http://www.click.vi.it/sistemiculture/berlatoII.html> (Gennaio 2002).
2. <http://www.mix.it.Eurispes/EURISPES/91/cap2.html> (Gennaio 2002).
3. AA.VV.: *Italia multinazionale*. Edizioni del Sole 24 ore, Milano, 1998.
4. AA.VV.: *L'inserimento degli immigrati: esperienze Europee a confronto*. CRESM, 1998.
5. AA.VV.: *Rapporto sulle migrazioni (anni 2000,2001,2002,2003)*. FrancoAngeli, Milano, 2003.
6. Affronti M.: *Gli immigrati dei Paesi in via di sviluppo: untori o vittime? La Medicina Tropicale nella cooperazione allo sviluppo*, 1992.
7. Barbieri G., Canigiani F., Cassi L. *Geografia e cambiamento globale. Le sfide del XXI secolo*. UTET Libreria, 2003.
8. Beltrame A., Matteelli A., Baiguera C., Iorio A., Pizzocolo C., et Al., *Prevenzione delle MST e dell'infezione da HIV in prostitute extracomunitarie a Brescia*, VI Consensus Conference sull'immigrazione e VI Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, (Palermo 25 - 28 Maggio 2000).
9. Bruni P., *Uno scontro di culture*, da "Gazzetta del Sud", del 15 Febbraio 2003.
10. Brusa C.: (a cura di) *Atti del II Convegno sul tema: Immigrazione e multiculturalità nell'Italia di oggi*. FrancoAngeli, Milano, 1999.
11. Brusa C.: (curato con R. Ghiringhelli) *Emigrazione e territorio tra bisogno ed ideale*. Lativa, Varese, 1995.
12. Brusa C.: *Immigrazione e multiculturalità nell'Italia di oggi*. FrancoAngeli, Milano, 1997.
13. CARITAS *Immigrazione. Dossier Statistico 2003*. "XII Rapporto sull'immigrazione", Edizioni Nuova Antarem, 2003.
14. CARITAS *L'attuale scenario migratorio italiano e l'influenza dei fattori demografico e reddituale*. "Immigrazione Dossier Statistico 2001", XI Rapporto sull'immigrazione, Edizioni Nuova Antarem, 2002.
15. Colombo M., Galli G. *Calendario Atlante De Agostini* (anni 2002, 2003, 2004), Istituto Geografico De Agostini Novara, 2004.
16. D'Amico D., Guarneri R., *Distribuzione geografica dell'AIDS in Italia: possibili aspetti socio-economici*, "Terbio Millennio Ineunte: migration, new scenarios for old problems", atti della Consensus Conference in collaborazione con SIMM (Erice 19 - 22 Maggio 2002).
17. D'Amico D., Guarneri R., *La Lebbra in Sicilia e Calabria agli inizi del III millennio*, "Terbio Millennio Ineunte: migration, new scenarios for old problems", atti della Consensus Conference in collaborazione con SIMM (Erice 19 - 22 Maggio 2002).

18. De Santis G. (a cura di), atti del “Settimo Seminario Internazionale di Geografia Medica
19. *Dossier Statistico sulle Immigrazioni 2001*, Elaborazioni dati ISTAT.
20. El-Hamad L., Canalini C., Castelli F., *Tubercolosi e migrazioni*, VI Consensus Conference sull’immigrazione e VI Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, (Palermo 25 - 28 Maggio 2000).
21. El-Hamad L., Matteelli A., Scarcella C., Baiguera C., Scolari C., et Al., *Indagine prospettica su conoscenze, pratiche sessuali e prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse in immigrati clandestini*, VI Consensus Conference sull’immigrazione e VI Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, (Palermo 25 - 28 Maggio 2000).
22. Geraci S., *Medicina e Migrazioni, il caso italiano: la storia e le prospettive*, VI Consensus Conference sull’immigrazione e VI Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, (Palermo 25 - 28 Maggio 2000).
23. ISFOL *Rapporto Italia 2002*. A cura di Colombo Conti, FrancoAngeli, 2003.
24. Magnano San Lio L., Ricciardi F., Mori M., *Migranti e bisogni socio-sanitari*, IV Consensus Conference e del II Congresso Nazionale SIMM, (Palermo 12 - 14 Dicembre 1996).
25. Mazzetti M., Frighi L., *Proteggere la salute psichica degli immigrati: alla ricerca dei fattori di rischio*, III Consensus Conference sull’immigrazione (Palermo 29 Maggio - 1 Giugno 1994).
26. *Numero e provenienze dei nuovi ingressi*, CARITAS, Immigrazione Dossier Statistico 2001, XI Rapporto sull’immigrazione.
27. Scarlata F., *Il bambino immigrato: problemi infettivologici*, VI Consensus Conference sull’immigrazione e VI Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, (Palermo 25 - 28 Maggio 2000).
28. S.G.I.- Scenari Italiani (T.A.S.E.) *L’altrove tra noi*. “Rapporto annuale 2003”, a cura di Pasquale Coppola, Società Geografica Italiana, 2003.
29. Spinelli A., *Gravidanza, parto, puerperio: dati di una ricerca su donne immigrate*, Atti del convegno UICEMP “Immigrati e salute sessuale e riproduttiva: le risposte ai servizi”, 1998 Milano.
30. Suligoì B., *MST e immigrazione: la situazione nel 2002*, STD news, n.17/Gennaio 2002.
31. U.N.D.P.: *Rapporto sullo sviluppo umano 2001/02*. Rosemberg & Sellier, Torino, 2002.
32. Venturini R., *Immigrazione: la nuova Italia multi-etnica*, da Famiglia Cristiana Dossier, Periodici S. Paolo 2003.
33. Zaffarano M., Lupo E., Alloni V., Bona G., *Le mutilazioni genitali femminili*, VI Consensus Conference sull’immigrazione e VI Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, (Palermo 25 - 28 Maggio 2000).

34. Zincone G., *Secondo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia*, Commissione per le politiche di integrazione degli immigrati, 2002, Edizioni Il Mulino.

## SITUAZIONE ATTUALE DELLE POPOLAZIONI MOBILI IN SICILIA

*Roberto Guarneri*<sup>8</sup>

Analizzando il fenomeno migratorio dalle sue origini appare chiaro che esso si identifica con la storia dell'uomo, caratterizzata dalla costante mobilità di singoli, gruppi, interi popoli, da una regione all'altra della Terra con l'obiettivo naturale di migliorare la propria condizione di vita: questa aspirazione, legittima e spontanea, diviene, con sempre maggiore frequenza, una scelta necessaria, dolorosa ed ineludibile che trova la sua matrice nella convergenza di molteplici fattori, essenzialmente demografici e socioeconomici. A titolo esemplificativo, basti ricordare il Brasile ed i Paesi africani, rispettivamente con una popolazione numericamente tre volte e con un tasso di crescita annuo 20-30 volte superiore all'Italia.

Relativamente all'aspetto socioeconomico va sottolineato che nei Paesi d'origine della gran parte degli immigrati la popolazione vive al di sotto della soglia di povertà: spetta al Perù il triste primato con il 49%, seguito da Filippine, Bangladesh, India, Nigeria, Ghana e Federazione Russa con tassi compresi tra 30 e 37%. Un'aggravante sinergica è rappresentata dall'inflazione, spesso galoppante, che compromette, notoriamente, il potere d'acquisto dei beni primari (Paesi di riferimento risultano, a tal proposito, la Federazione Russa, 86%, la Romania, 44%, e la Jugoslavia, 42%) e dal coefficiente di sviluppo umano calcolato su longevità, istruzione e standard di vita combinati con PNL e PIL pro capite. Sulla base di questo parametro i Paesi vengono classificati ad "alto sviluppo umano" (Stati Uniti, Germania, Francia, Regno Unito), a "medio sviluppo umano" (Marocco, Albania, Romania), a "basso sviluppo umano" (Senegal, Bangladesh, Pakistan).

### Situazione italiana

La realtà "fenomeno migratorio" ha interessato solo recentemente l'Italia, che, per la sua posizione geografica (protesa tra i Balcani e l'Africa del Nord, lunghe coste praticamente impossibili da presidiare, conformazione dei confini) e per la mancanza di una legislazione capace di regolamentare i flussi immigratori, ha rappresentato, sin dalla metà degli anni '80, la porta di ingresso in Europa per migliaia di persone. L'aumentato livello del mercato nero del lavoro, inoltre, praticamente incontrollato ed associato al brusco calo del tasso di natalità, ha reso l'Italia una meta privilegiata dei nuovi movimenti migratori: la presenza di immigrati risulta ancora caratterizzata da una significativa componente di irregolarità giuridica ("irregolari" o "clandestini") e da condizioni di vita troppo spesso disagiate (disoccupazione, assenza di reddito fisso, lavoro nero, mancanza di alloggio e sovraffolla-

---

<sup>8</sup> Dottore di ricerca in Geografia ed Area Culturale dell'Europa - Università degli Studi di Messina.

mento abitativo, sradicamento culturale e difficoltà di comunicazione, sfruttamento sociale, prostituzione, inserimento in organizzazioni criminali).

La presenza irregolare o clandestina ha assunto sempre maggiore consistenza nonostante vari provvedimenti di sanatoria o di regolarizzazione ed attualmente è calcolata intorno al 25% di quella regolare. Dal 1991 l'Italia assiste al sorgere del fenomeno immigratorio denominato dei "boat people" (viaggi della speranza divenuti sempre più drammatici ed a rischio, affrontati su gommoni ed altri mezzi di fortuna): stipare per diversi giorni 80-100 persone su mezzi che potrebbero contenerne al massimo 25, privi di servizi igienici, senza mangiare e bere a sufficienza, rappresenta certamente un potenziale infettivo e comunque un rischio di ammalarsi molto elevato.

Dai dati del Ministero dell'Interno al 31 dicembre 2000, i permessi di soggiorno validi sono risultati 1.388.158, ovvero 137.000 in più rispetto all'anno precedente. Questa cifra è stata rielaborata dalla Caritas, che ha tenuto in considerazione anche i permessi validi ma non ancora registrati ed i minori iscritti nei permessi di soggiorno dei genitori e non conteggiati singolarmente: il dato quindi deve essere attualizzato del 21,5%, arrivando così alla stima di 1.687.000 soggiornanti stranieri, con un'incidenza sulla popolazione residente pari al 2,9%. Questi numeri sono, in ogni caso, indicativi perché non possono tener conto degli effetti di particolari situazioni internazionali, quali la guerra nell'ex Jugoslavia, la crisi politico-economica albanese, e ancora la fuga della popolazione curda e kosovara: la contiguità geografica, oltre che una certa affinità storico-culturale, rappresentano un importante fattore di attrazione.

Nella graduatoria dei 30 Paesi di provenienza degli immigrati soggiornanti in Italia al 31 dicembre 2000 (tabella 1 e 2) figurano sei Paesi a sviluppo avanzato e 24 Paesi in via di sviluppo, di cui solo due appartenenti al gruppo dei Paesi meno sviluppati (Senegal e Bangladesh). La scomposizione per continenti risulta, poi, estremamente eterogenea: 13 fanno parte dell'Europa (8 dell'Europa orientale), 7 dell'Africa (4 dell'Africa del Nord), 6 dell'Asia (4 del subcontinente indiano e 2 dell'estremo Oriente), 3 del sud America e 1 dell'America settentrionale.

Il numero complessivo dei soggiornanti in Italia è certamente aumentato, ma risulta inegualmente ripartito sul territorio: l'immigrazione, infatti, si concentra al Nord, in un quadrilatero costituito da un certo numero di province del Triveneto, della Lombardia, dell'Emilia-Romagna, della Toscana e delle Marche, dove la realtà produttiva è chiaramente più soddisfacente e di conseguenza offre maggiori sbocchi occupazionali; nel centro Italia, e particolarmente in alcune regioni del Sud ed isole, si è assistito, viceversa, ad un evidente decremento verosimilmente riconducibile al ruolo di "polo di smistamento" oltre che al rinnovo di un certo numero di permessi in altre aree ed al rimpatrio di non poche persone accolte per motivi umanitari (tabella 3). La distribuzione per sesso, con una leggera prevalenza dei maschi (53%) trova spiegazioni diverse e certamente ascrivibili a fattori politici, culturali, attitudinali, religiosi: nei Paesi dove maggioritaria è la religione musulmana (Alba-



nia, Marocco, Tunisia, Macedonia, Bangladesh, Egitto, Pakistan, Bosnia-Erzegovina) sono i maschi, infatti, a dare l'avvio alla avventura migratoria, per poi essere seguiti dalle donne al fine della ricomposizione del nucleo familiare; per i Greci la prevalenza maschile deriva dall'interesse agli studi in Italia per ovviare ai limiti del numero chiuso per l'accesso in varie facoltà; per i Curdi, di origine turca o irachena, dalle particolari motivazioni che generano i flussi di rifugiati. Di un certo numero di Paesi (Stati Uniti, Filippine, Polonia, Francia, Brasile, Perù, Russia, Colombia, Giappone, Moldavia, Bulgaria, Austria) sono più numerose le donne perché più sovente trovano lavoro nel settore dell'occupazione domestica e dell'assistenza alle persone (badanti); nigeriane, colombiane e brasiliane, poi, pur avendo ottenuto permesso di soggiorno ad altro titolo, vengono più frequentemente sollecitate e spesso costrette con la violenza a inserirsi nel settore della prostituzione.

### Situazione siciliana

In base ai dati relativi ai permessi di soggiorno registrati dal Ministero degli Interni al 31 dicembre 2000, la Sicilia conta 49.808 permessi regolari e 60.616 presenze stimate, continuando a occupare, così, l'ottavo posto nella graduatoria di regioni italiane che ospitano cittadini stranieri. Confrontando gli ultimi dati con quelli dell'anno precedente, si registra un calo di varie migliaia come del resto, in misura meno accentuata, in altre regioni meridionali (tabella 4). Ciò, se da un lato può ricondursi ad una condizione di saturazione di flussi migratori, dall'altro può essere messo in relazione con la situazione veramente particolare determinatasi a seguito della possibilità di "regolarizzazione" offerta agli stranieri entrati in Italia prima del 27 marzo 1998 e registrati entro il 15 dicembre dello stesso anno: la Sicilia ha dovuto così far fronte al rientro di molti immigrati in quanto aventi diritto e successivamente spostatisi in altre regioni o contesti più promettenti.

La composizione, per continenti e nazioni di provenienza, della popolazione straniera soggiornante in Sicilia mostra alcune peculiarità degne di nota: a) il 68,3% proviene essenzialmente da due soli continenti, Africa e Asia; b) il 93,5% appartiene a Paesi extracomunitari a maggiore pressione migratoria; c) a parte la quota di cittadini nordamericani concentrata tutta in provincia di Catania (base NATO di Sigonella), le altre comunità più numerose incluse tra le prime 10 sono di origine africana (Tunisia, Marocco, Mauritius), asiatica (Sri Lanka, Filippine, Bangladesh) ed est europea (Albania, Romania); d) la più numerosa comunità straniera è quella tunisina, presente in ogni provincia e particolarmente nelle province di Palermo, Trapani e Ragusa (in queste ultime due i lavoratori tunisini godono di condizioni favorevoli avendo conquistato un proprio spazio comunitario di lavoro e di vita); e) i cittadini filippini hanno scelto di soggiornare principalmente nelle province di Messina e Palermo, i cittadini del Bangladesh a Palermo, i cittadini mauriziani a Catania (questa scelta obbedisce probabilmente ad una esigenza di difesa del proprio patrimonio culturale, religioso, di costume); f) praticamente ubiquitarie, con

una certa prevalenza nelle province a maggiore sviluppo urbano, le comunità rumena, albanese, marocchina e srilankese (tabella 5).

Particolarmente diversa e interessante appare, ad una attenta analisi dei “progetti migratori”, la posizione delle province di Trapani e Ragusa: la prima si caratterizza per aver concesso un numero relativamente basso di permessi di soggiorno, quasi esclusivamente limitati alle comunità straniere che vi risiedono stabilmente, la seconda perché meta di lavori stagionali nel settore dell’agricoltura specializzata.

### Considerazioni e conclusioni

Alla luce dei dati disponibili si può plausibilmente ritenere che l’inizio del flusso migratorio in Sicilia si sia manifestato in termini significativi sul finire degli anni ’60 avendo come direttrice principale la parte occidentale dell’isola. Non pochi i nordafricani, tunisini in particolare, reclutati dopo il sisma del Belice nel 1968 dai proprietari terrieri del trapanese e dagli armatori di pescherecci di Mazara del Vallo, per sostituire la manodopera venuta a mancare con il terremoto. Quasi contemporaneamente, gruppi di nordafricani si sono inseriti nell’agricoltura specializzata del ragusano e verso la metà degli anni ’70 nuclei di donne mauriziane, seguite da gruppi di donne filippine, hanno aperto la catena migratoria orientale aiutate da organizzazioni italiane finalizzate al collocamento di donne straniere come collaboratrici domestiche, nonché venditori ambulanti e quant’altri inseritisi nelle diverse attività dell’economia sommersa. Ancora alla fine degli anni ’80 l’immigrazione straniera in Sicilia rappresenta un fenomeno alimentato soprattutto da gruppi di immigrati africani ed asiatici insediati prevalentemente nel trapanese, nel ragusano e attorno alle due grandi aree urbane di Catania e Palermo. A partire dalla fine degli anni ’80 poi, e nel decennio successivo, la Sicilia è diventata progressivamente una delle regioni italiane a più alta densità di popolazione straniera, fino ad occupare, per tasso di immigrazione, l’ottavo posto tra le regioni italiane.

Attuandosi sempre più spesso i ricongiungimenti familiari e normalizzandosi, quindi, la struttura per sesso, ne è conseguito il crescente numero di coniugati e di stranieri con figli a carico a testimonianza del radicamento di nuclei familiari sul territorio. Non mancano, comunque, singoli gruppi etnici fortemente sbilanciati: gli immigrati da Perù e Filippine da un lato e Senegal dall’altro rappresentano i due estremi, rispettivamente con 43-48 maschi e 1800 maschi per ogni 100 femmine. Gli squilibri tra sessi, insieme all’eterogeneo numero di nazionalità presenti, ne rendono certamente più complesse e difficili le politiche di realizzazione. La struttura per età evidenzia una grande concentrazione nelle età centrali più propriamente lavorative e ridotta rappresentanza di vecchi e giovani. Dal punto di vista economico non v’è dubbio che questi giovani stranieri contribuiscano in misura importante alla produzione di beni e servizi, specie in settori dove scarseggia la manodopera italiana; dal punto di vista demografico, invece, essi contribuiscono ad assicurare un incremento naturale positivo e a ringiovanire la popolazione nel periodo breve-medio. In una visione prospettica del fenomeno migratorio ritengo si pos-

sa convenire con Zincone e Caldo che dalle tendenze demografiche generali delle regioni del mondo che più direttamente gravitano sull'Unione Europea e sull'Italia ci si deve attendere un non trascurabile aumento della pressione migratoria e, da qui, un proseguimento dei flussi di immigrazione. In questo contesto, pertanto, risulta necessario gestire il fenomeno e non subirlo: ciò consiste non soltanto, come prevede la legge, nello stabilire delle quote, ma soprattutto nel regolare al meglio il mercato del lavoro italiano, dal momento che l'economia sommersa e il diffuso lavoro nero spingono i datori di lavoro ad avvalersi di immigrati irregolari ed i potenziali emigranti dei Paesi di origine a tentare l'avventura dell'arrivo e della presenza irregolare. La situazione dell'immigrazione straniera in Italia e la sua dinamica impongono che si perfezioni il sistema informativo e più in generale che le statistiche che riguardano gli stranieri formino un sistema integrato capace di garantire uno stretto collegamento tra le varie fonti e tempestiva e completa disponibilità dei dati. Al di là di considerazioni generali, quindi, circa il fenomeno migrazione, sempre più oggetto di attenzione da parte di cultori di diversa estrazione (sociologi, geografi, statistici, psicologi, medici, antropologi ecc.), mi pare quasi assiomatico far rientrare la Sicilia nell'ambito di un contesto migratorio veramente particolare in quanto storicamente terra di conquista da un lato e di emigrazione dall'altro. La sua storia e la sua collocazione geografica ne hanno fatto, da sempre, un crocevia di culture diverse, spesso rielaborate in splendide espressioni artistiche ed architettoniche e talora consolidate nella lingua, nelle tradizioni e perfino negli stessi tratti fisiognomici: le tracce di questa sua storia la portano così ad essere insieme greca, romana, araba, normanna, angioina, catalana. Ragionevolmente a lungo considerata un ponte fra l'Africa e l'Europa proponendosi come laboratorio di una società multi-etnica, rappresenta, per i flussi migratori provenienti dal bacino del Mediterraneo, una delle più immediate porte d'accesso al miraggio delle società ricche e spesso solo un passaggio obbligato verso il mercato del lavoro del Nord.

Tabella 1. Ingressi validi distinti per aree continentali al 31/12/2000.

<i>Area continentale</i>	<i>Numero</i>	<i>% sul totale</i>
Unione Europea	16.699	12,7
Europa Est	51.221	33,0
Altri Paesi europei	1.473	0,9
<b>TOTALE EUROPA</b>	<b>72.393</b>	<b>46,6</b>
Africa settentrionale	20.134	13,0
Africa centro-orientale	3.117	2,0
Africa occidentale	4.231	2,7
Africa centro-meridionale	138	0,1
<b>TOTALE AFRICA</b>	<b>27.620</b>	<b>17,8</b>
Estremo Oriente	13.262	8,5
Sbubcontinente indiano	11.852	7,6
Vicino e Medio Oriente	5.978	3,9
Paesi asiatici ex URSS	1.638	1,1
<b>TOTALE ASIA</b>	<b>32.730</b>	<b>21,1</b>
America settentrionale	6.985	4,5
America meridionale	14.977	9,6
<b>TOTALE AMERICA</b>	<b>21.962</b>	<b>14,1</b>
<b>OCEANIA</b>	<b>531</b>	<b>0,3</b>
Apolidi	8	-
<b>TOTALE</b>	<b>155.244</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaborazioni Caritas/Dossier Statistico Immigrazione su dati del Ministero dell'Interno

Tabella 2. Paesi di provenienza degli immigrati.

	<i>Paese</i>	<i>Immigrati 2000</i>	<i>% su totale immigrati</i>
1	Marocco	159.599	11,5
2	Albania	142.066	10,2
3	Romania	68.929	5,0
4	Filippine	65.353	4,7
5	Cina	60.075	4,3
6	USA	47.418	3,4
7	Tunisia	45.680	3,3
8	Jugoslavia	40.039	2,9
9	Senegal	38.982	2,8
10	Germania	37.269	2,7
11	Sri Lanka	33.669	2,4
12	Egitto	32.841	2,4
13	Polonia	31.372	2,3
14	India	30.338	2,2
15	Perù	29.896	2,2
16	Francia	26.354	1,9
17	Regno Unito	23.203	1,7
18	Macedonia	21.988	1,6
19	Bangladesh	20.826	1,5
20	Nigeria	19.491	1,4
21	Ghana	19.360	1,4
22	Brasile	19.277	1,4
23	Spagna	18.700	1,3
24	Pakistan	18.259	1,3
25	Svizzera	17.625	1,3
26	Croazia	16.942	1,2
27	Federazione Russa	13.455	1,0
28	Algeria	13.216	1,0
29	Bosnia Erzego- vina	11.869	0,9
30	Rep. Dominicana	11.405	0,8
	<b>Mondo</b>	<b>1.687.000</b>	<b>2,9</b>

Fonte: Elaborazioni Caritas/Dossier Statistico Immigrazione su dati del Ministero dell'Interno

Tabella 3. Scheda riassuntiva immigrazione in Italia al 31/12/2000.

	%	V.A.
<b>Popolazione immigrata soggiornante al 31/12/2000</b>		
- registrata negli schedari del Ministero dell'Interno	100,0	1.388.153
- stimata con l'aggiunta di tutti i minori e dei nuovi permessi	100,0	1.686.606
- incidenza percentuale sulla popolazione italiana (57.844.017)	3,9	-
Aumento rispetto allo scorso anno	10,9	136.159
<b>Provenienza continentale</b>		
Unione Europea	10,9	151.799
Altri Paesi europei	29,2	404.768
Africa	27,8	385.630
Asia	20,0	277.644
America	11,9	164.942
Oceania/Apolidi	0,3	3.370
<b>Motivi del soggiorno</b>		
Lavoro	60,5	839.982
Famiglia (inclusi adozioni e affidamenti)	26,4	366.132
Inserimento non lavorativo (religiosi, residenza elettiva, studio)	9,8	136.098
Presenze non di inserimento (giudiziari, salute e turismo)	1,0	14.161
Asilo politico e richiesta asilo	0,8	10.435
Altri motivi	1,5	21.345
<b>Ripartizione territoriale</b>		
Nord-Ovest: Lombardia, Piemonte, Liguria, Valle d'Aosta	31,2	433.497
Nord-Est: Veneto, Friuli V. Giulia, Trentino Alto Adige, Emilia Romagna	23,6	327.801
Centro: Toscana, Umbria, Marche, Lazio	30,5	422.483
Sud: Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria	10,3	143.121
Isole: Sicilia, Sardegna	4,4	61.251
<b>Caratteristiche popolazione immigrata</b>		
Incidenza percentuale maschi	54,2	754.424
Incidenza percentuale femmine	45,8	583.729
Coniugati con prole convivente	12,6	175.225
Coniugati senza prole convivente (inclusi 497 conviventi)	36,1	501.251
Celibi	46,5	644.887
Vedovi	1,2	16.487
Divorziati e separati	1,5	21.243
Stato civile non registrato	2,1	29.052
<b>Nuovi ingressi 2000</b>		
Totale permessi	100,0	155.154
Lavoro	34,8	53.934

Famiglia (inclusi adozioni e affidamenti)	39,7	61.643
Inserimento non lavorativo (religiosi, residenza elettiva, studio)	5,6	8.736
Presenze non di inserimento (giudiziari, salute e turismo)	7,2	11.280
Asilo politico, richiesta asilo e motivi umanitari	12,6	19.561

---

Fonte: Elaborazioni Caritas/Dossier Statistico Immigrazione su dati del Ministero dell'Interno

Tabella 4. Decremento degli stranieri soggiornanti per provincia.

<b>Provincia</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>Variazione %</b>
Agrigento	2.830	2.835	0,2
Caltanissetta	1.320	1.224	-7,3
Catania	13.465	11.689	-13,2
Enna	613	619	1,0
Messina	8.252	8.265	0,2
Palermo	13.314	13.061	-1,9
Siracusa	2.392	2.274	-4,9
Trapani	3.908	3.309	-15,3
SICILIA	56.736	49.808	-12,2

Fonte: Elaborazioni Caritas/Dossier Statistico Immigrazione su dati del Ministero dell'Interno



Tabella 5. Ripartizione dei soggiornanti al 31/12/2000 per Provincia e per Paese di provenienza.

Paese di prov.	Provincia										Tot.
	AG	CL	CT	EN	ME	PA	RG	SR	TP		
Austria		4	32	1	37	26	8	10	5	123	
Belgio	12	13	12	9	15	22	8	11	2	104	
Danimarca	1		12		17	14		3		47	
Finlandia	1		18	1	17	8		5		50	
Francia	80	27	122	11	87	172	28	64	35	626	
Germania	71	26	162	46	221	187	65	92	50	920	
Grecia	8	2	75	3	100	97	5	13	1	304	
Inghilterra	12	7	167	10	66	128	12	35	8	445	
Irlanda	1		12		7	8	1	5		34	
Lussemb.	1	1								2	
Olanda	5	1	21	3	16	20	5	13	1	85	
Portogallo	3		9	2	5	21	5	7	4	56	
Spagna	7	5	91	4	39	71	4	13	18	252	
Svezia	1		18	1	19	19	5	4	4	71	
<b>UE</b>	<b>203</b>	<b>88</b>	<b>751</b>	<b>91</b>	<b>646</b>	<b>793</b>	<b>146</b>	<b>275</b>	<b>128</b>	<b>3.119</b>	
Albania	103	91	652	78	857	492	981	93	71	3.418	
Bielorussia	2		2	1	10	5	2	3	3	28	
Bosnia Erz.	1		8	1	4	1	14	2	7	38	
Bulgaria	14	2	34	2	18	29	6	4	6	115	
Ceca (Rep.)	3	4	20		11	13	2	8	3	64	
Croazia	3	2	15	4	15	13	3	9	5	69	
Estonia	1	1		1	2					5	
Jugoslavia	40	15	97	11	131	153	46	11	80	584	
Lettonia		1	1			1		1		4	
Lituania			2		1		1	1		5	
Macedonia	21	1	5		24		1	1	4	57	
Polonia	54	20	70	8	244	115	57	146	17	731	
Romania	164	48	188	106	126	199	52	75	55	1.013	
Russia + CSI	42	14	48	10	72	69	20	42	21	338	
Slovacchia	2		14		12	11	1	2	2	44	
Slovenia			2	2	3	1	3		1	12	
Ucraina	13	2	22		31	47	9	8	12	144	
Ungheria	10	2	15	1	7	26	1	9	3	74	
<b>Europa Est</b>	<b>473</b>	<b>203</b>	<b>1.19</b>	<b>225</b>	<b>1.56</b>	<b>1.17</b>	<b>1.19</b>	<b>415</b>	<b>290</b>	<b>6.74</b>	

			<b>5</b>		<b>8</b>	<b>5</b>	<b>9</b>			<b>3</b>
Andorra										-
Cipro	1					1				2
Gibilterra	2	4	3		1		1	7	1	19
Islanda						1				1
Liechtenstein										-
Malta	8	6	95	2	11	14	12	32	4	184
Monaco										-
Norvegia	3		5		8	2		4	1	23
S. Marino										-
Svizzera	7	6	97	10	70	33	8	15	12	258
Vaticano										-
<b>Altri Europei</b>	<b>21</b>	<b>16</b>	<b>200</b>	<b>12</b>	<b>90</b>	<b>51</b>	<b>21</b>	<b>58</b>	<b>18</b>	<b>487</b>
<b>Tot. Europa</b>	<b>697</b>	<b>305</b>	<b>2.148</b>	<b>328</b>	<b>2.304</b>	<b>2.019</b>	<b>1.366</b>	<b>748</b>	<b>436</b>	<b>10.349</b>
Algeria	46	15	49	10	29	72	302	39	29	591
Egitto	4	1	22	2	12	14	18	5	4	82
Libia			2		2	3	1	7		15
Marocco	746	503	552	84	1.388	1.227	421	433	252	5.606
Tunisia	654	183	535	84	396	1.456	3.923	342	2.347	9.920
<b>Africa Centr.-sett.</b>	<b>1.450</b>	<b>702</b>	<b>1.160</b>	<b>180</b>	<b>1.827</b>	<b>2.772</b>	<b>4.665</b>	<b>826</b>	<b>2.632</b>	<b>16.214</b>
Angola			1							1
Burundi			1	7						8
Camerun			4		4	7		1	6	22
Centrafrica (Rep.)										-
Ciad							1			1
Comores										-
Congo	10	1	4	2	3	13	3	1	1	38
Eritrea	2		42	1	6	47	12	5		115
Etiopia	6		28	1	14	44	10			103
Gabon	1					1				2
Gibuti										-
Guinea e-										-

quatoriale										
Kenya			2		2	2		1		7
Madagascar	1		2		4	25	12	4	2	50
Malawi										-
Mauritius	48		2.05 0	1	70	1.18 6	2	15		3.37 2
Mozambico										-
Ruanda			3		1	1				5
Seychelles			2		2	8	1			13
Somalia	38		3			2				43
Sudan					1	1	1	4		7
Tanzania	7	4	2	5	2	16	1			37
Uganda	1									1
Zaire	4	2	3	2	2	9	1	2	1	26
Zambia					1					1
Zimbabwe						1				1
<b>Africa centr.- orient.</b>	<b>118</b>	<b>7</b>	<b>2.14 7</b>	<b>119</b>	<b>112</b>	<b>1.36 3</b>	<b>44</b>	<b>33</b>	<b>10</b>	<b>3.85 3</b>
Benin		1				1		4		6
Burkina Fa- so						14		4		18
Capo Verde	1		15		1	200				217
Costa D'Avorio	3	1	5	1	3	285				298
Gambia					1	3				4
Ghana	15		1		7	727			5	755
Guinea			1		2	1		1		5
Guinea- Bissau										-
Liberia	2				1					3
Mali			1		1	2	3			7
Mauritania	1	5	6	8	16	3	1	8	1	49
Niger	4				1	2	1	3		11
Nigeria	3	1	24	1	7	80	2	5	2	125
Senegal	225	12	296	1	186	47	42	11		820
Sierra Leo- ne		1				1	3		1	6
Togo	1		1		1	10		1		14
<b>Africa oc- cid.</b>	<b>255</b>	<b>21</b>	<b>350</b>	<b>11</b>	<b>227</b>	<b>1.37 6</b>	<b>52</b>	<b>37</b>	<b>9</b>	<b>2.33 8</b>

Botswana										-
Lesotho										-
Namibia										-
Sao Tomè										-
Sudafrica			1		1	3				5
Swaziland										-
<b>Africa centr.-merid.</b>	-	-	1	-	1	3	-	-	-	5
<b>Tot. Africa</b>	<b>1.823</b>	<b>730</b>	<b>3.658</b>	<b>210</b>	<b>2.187</b>	<b>5.514</b>	<b>4.761</b>	<b>896</b>	<b>2.651</b>	<b>22.410</b>
Cambogia										-
Cina	27	37	106	6	59	184	104	68	13	604
Corea Nord										-
Corea Sud					1			2		3
Filippine	26	31	357	7	1.246	745	20	56	10	2.498
Giappone	1		19		8	11	2	2		43
Indonesia	5		1		1	3				10
Laos										-
Macao										-
Malaysia			4		1					5
Mongolia										-
Myanmar						3				3
Singapore			5		1				1	7
Taiwan	2		1			1		1	1	6
Thailandia	5		7	1	7	5	7	7		39
Vietnam			1		2	2			1	6
<b>Estremo Orient.</b>	<b>66</b>	<b>68</b>	<b>501</b>	<b>14</b>	<b>1.326</b>	<b>954</b>	<b>133</b>	<b>136</b>	<b>26</b>	<b>3.224</b>
Afghanistan										-
Bngladesh	1	9	83		3	1.322	1	6	19	1.444
Bhutan										-
India	18	2	68	13	8	111	17	12	11	260
Maldive										-
Nepal		1	1		1	1				4
Pakistan	16	6	30		4	56	5	2	1	120
Sri Lanka	79	12	1.432	4	1.980	2.408	10	234	37	6.196

<b>Sub Cont. Indiano</b>	<b>114</b>	<b>30</b>	<b>1.61 4</b>	<b>17</b>	<b>1.99 6</b>	<b>3.89 8</b>	<b>33</b>	<b>254</b>	<b>68</b>	<b>8.02 4</b>
Arabia Saudita										-
Bahreïn										-
Emirati arabi										-
Giordania			14		14	17	2	1		48
Iran	3	3	53	1	35	38	2	2	5	142
Iraq	5				1	9	5	3	2	25
Israele			15		5	9			1	30
Kuwait			2							2
Libano	1		6		4	4				15
Oman										-
Palestina		3			2		6			11
Qatar										-
Siria		2	6		2	3	1		1	15
Turchia	1		9		6	6	4	19	3	48
Yemen										-
<b>Vic. e Med. Orient.</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>105 4</b>	<b>1</b>	<b>69 6</b>	<b>86 8</b>	<b>20</b>	<b>25</b>	<b>12</b>	<b>336 4</b>
Armenia							1			1
Azerbaiġian										-
Georgia					1	5			2	8
Kazakistan					1	2	1			4
Kyrgyzistan			1					1	1	3
Moldavia	1	2	1	1	7	2		2	6	22
Tagikistan										-
Turkmenistan					1					1
Uzbekistan						2				2
<b>Ex URSS Asia</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>10 1</b>	<b>11 9</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>9</b>	<b>41 25</b>
<b>Tot. Asia</b>	<b>191</b>	<b>108</b>	<b>2.22 2</b>	<b>33</b>	<b>3.40 1</b>	<b>4.94 9</b>	<b>188</b>	<b>418</b>	<b>115</b>	<b>11.6 25</b>
Canada	4	2	30		12	13	5	5	2	73
Usa	41	28	3.26 2	8	74	175	43	96	34	3.76 1
<b>America</b>										

Sett.	45	30	3.29 2	8	86	188	48	101	36	3.83 4
Antigua e Barbuda										-
Argentina	9	11	27	4	32	14	25	10	8	140
Bahamas			1							1
Barbados						1				1
Belize										-
Bolivia	4		3		1	2	2			12
Brasile	18	3	65	7	52	77	9	19	15	265
Cile	2	1	9		8	2	5	1		28
Colombia	2	10	113	6	33	45	65	17	12	303
Costarica	1			2		3	2		8	16
Cuba	5	7	25	3	39	30	16	7	4	136
Dominica				1	1	5	2	1		10
Dominicana (Rep.)	2		30		11	14	4	9	1	71
Ecuador			5	4	7	18	1	1		36
El Salvador	2	5	5	1		3	5			21
Giamaica			3		1				1	5
Granada										-
Guatemala	1		4		17	6		1	1	30
Guyana			2							2
Haiti			1			1				2
Honduras	1		2			1				4
Messico	1	1	15	2	3	42	4	3	5	76
Nicaragua	1		1		2				5	9
Panama	1		6			1			1	9
Paraguay			2		3	1				6
Perù	4	1	8	1	14	71	3	8	2	112
S. Vincente										-
Santa Lucia										-
St. Kitts e Nevis										-
Suriname										-
Trinidad e Tobago			1		1			1		3
Uruguay	2		1	1	9	1				14
Venezuela	20	11	15	3	22	26	23	24	7	151
<b>America Merid.</b>	<b>78</b>	<b>50</b>	<b>344</b>	<b>35</b>	<b>256</b>	<b>364</b>	<b>166</b>	<b>102</b>	<b>70</b>	<b>1.463</b>

<b>Tot. Ame-rica</b>	<b>121</b>	<b>80</b>	<b>3.636</b>	<b>43</b>	<b>342</b>	<b>552</b>	<b>214</b>	<b>203</b>	<b>106</b>	<b>5.297</b>
Australia	3	1	20	5	39	21	3	9	1	102
Nuova Ze-landa			2		2	1				5
Papua-Nuova Gui-nea										-
Fidji						1				1
Salomone										-
Kiribati										-
Samoa occ.										-
Tonga						1				1
Marshall										-
Mauru										-
Palair										-
Samoa										-
Tuvalu										-
Vanuatu										-
<b>Oceania</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>22</b>	<b>5</b>	<b>41</b>	<b>24</b>	<b>3</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>109</b>
<b>Apolidi</b>			<b>5</b>		<b>10</b>	<b>3</b>				<b>18</b>
<b>Totale</b>	<b>2.835</b>	<b>1.224</b>	<b>11.689</b>	<b>619</b>	<b>8.265</b>	<b>13.061</b>	<b>6.532</b>	<b>2.274</b>	<b>3.309</b>	<b>49.808</b>

Fonte: Elaborazioni Caritas/Dossier Statistico Immigrazione su dati del Ministero dell'Interno

## Bibliografia

1. <http://www.click.vi.it/sistemiculture/berlatoII.html> (Gennaio 2002)
2. <http://www.mix.it/Eurispes/EURISPES/91/cap2.htm> (Gennaio 2002)
3. *L'attuale scenario migratorio italiano e l'influenza dei fattori demografico e reddituale*. CARITAS, Immigrazione Dossier Statistico 2001, XI Rapporto sull'immigrazione, pag. 118-120.
4. *Numero e provenienze dei nuovi ingressi*. CARITAS, Immigrazione Dossier Statistico 2001, XI Rapporto sull'immigrazione, pag. 65-68.
5. *Continenti e Paesi di provenienza*. CARITAS, Immigrazione Dossier Statistico 2001, XI Rapporto sull'immigrazione, pag. 115.
6. *Ripartizione per aree, regioni e provincie*. CARITAS, Immigrazione Dossier Statistico 2001, XI Rapporto sull'immigrazione, pag. 122.
7. *Prospetto dell'immigrazione in Italia al 31.12.2000*. CARITAS, Immigrazione Dossier Statistico 2001, XI Rapporto sull'immigrazione, pag. 14.
8. Elaborazioni CARITAS/Dossier statistico immigrazione 2001 su dati Istat e Comitato minori, pag. 180.
9. Caldo C. *Immigrati arabi in Sicilia*. Palermo, 1976.
10. Caldo C. *Geografia umana*. Palermo, 1987.
11. Cusumano A. *I tunisini in Sicilia*. Palermo, 1976.
12. Favaro G. *Mediare le differenze*. Convegno "La mediazione interculturale in Italia: esperienze a confronto". Modena, 14 gennaio 2000.
13. Federici N. *Caratteristiche della presenza straniera in Italia*. Roma, 1983.
14. Guarrasi V. *L'immigrazione straniera in Sicilia*. 1983.
15. Tornesi S., Anastasi A., Serra M., Sindoni G. *Immigrazione in Sicilia*. CARITAS, Immigrazione Dossier Statistico 2001, XI Rapporto sull'immigrazione, pag. 422.
16. Turco L. *No all'immigrazione senza regole*. In: La Repubblica, 4 dicembre 1998.
17. Vizzini S. *Indagine socio-demografica sugli immigrati stranieri in Sicilia*. Roma, 1983.
18. Zincone G. *Primo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia*. Il Mulino, 1999.



## **ANALISI SOCIO-CULTURALE E SANITARIA DELLA SITUAZIONE ITALIANA DEL BAMBINO IMMIGRATO, CON PARTICOLARE RIGUARDO A SEGMENTI DI ETÀ INFANTILE E SCOLARE.**

*Roberto Guarneri* \*

L'aumento della mobilità demografica considerata a varie scale - intercontinentale, interregionale, etc. - pur se trova le sue cause, così come d'altronde i suoi effetti più incidenti - in fenomeni economici, ha tuttavia un aspetto, che inizialmente poco considerato, si prospetta oggi quale fondamentale e foriero di futuri problematici assetti sociali.

E' stato nel corso degli anni '90 che l'immigrazione in Italia ha cominciato, progressivamente, ad attuare il passaggio da un'immigrazione di tipo individuale ad una familiare.

All'interno della consistente tendenza alla crescita degli immigrati si riscontra, infatti, una tendenza ancora più consistente alla stabilizzazione e alla costituzione o ricomposizione dei nuclei familiari attraverso la presenza dei figli, in parte nati in Italia ed in parte venuti per ricongiungersi ai loro familiari.

Le aree del paese si sono diversamente caratterizzate in questo processo: le due aree del Nord quasi sfiorano, nell'ultimo triennio, il raddoppio dei minori (da 41.460 a 81.316 nel Nord Ovest e da 29.321 a 58.417 nel Nord Est), il Sud raggiunge la media italiana (83,6% passando da 10.223 a 18.780), mentre il Centro (da 35.034 a 57.958) e le Isole (da 9.527 a 13.383) non vanno oltre il 40%.

All'interno delle aree sono differenziate le posizioni delle singole regioni. A superare il raddoppio dei minori nel triennio sono solo quattro: Piemonte, Veneto, Marche e Campania.

Restano, invece, al di sotto della media nazionale d'aumento varie regioni: Friuli Venezia Giulia, Lazio (rispettivamente le uniche regioni del Nord e del Centro in questa categoria), Abruzzo, Puglia, Basilicata, Sicilia e Sardegna.

Una specifica catalogazione delle regioni a seconda dell'incidenza dei minori sull'insieme dei residenti stranieri comprende:

- *regioni ad alta incidenza di minori (18,0% e più)* tutte le regioni del Nord eccetto la Liguria e il Friuli Venezia Giulia, e tutte le regioni del Centro eccetto il Lazio;
- *regioni a media incidenza di minori (14-17%)* Abruzzo, Molise, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna;
- *regioni a bassa incidenza di minori (sotto il 14%)* Lazio, Campania, Puglia.

---

\* Dottore di ricerca in Geografia ed Area Culturale dell'Europa - Università degli Studi di Messina



La nascita di un bambino, ad esempio, modificando in modo sostanziale il progetto migratorio del singolo individuo è certamente uno dei fattori fondamentali che inducono gli immigrati a stabilizzarsi costringendoli ad uscire dalla "condizione di invisibilità sociale" in cui spesso si trovano a vivere.

Le nascite, che tra le coppie di cittadini immigrati sono inizialmente aumentate al ritmo di mille l'anno, hanno quindi conosciuto un ritmo più accelerato e sono passate ad avere una incidenza dell' 1,9% sul numero dei cittadini residenti, con questi valori percentuali differenziati per aree geografiche: Nord Est 2,3, Nord Ovest 2,2, Centro 1,5, Sud 1,4 e Isole 1,3.

Per molte regioni del Nord (Val d'Aosta, Veneto, Piemonte, Emilia Romagna, Lombardia, Marche) i nuovi nati sui residenti stranieri incidono per oltre il 2%; stanno nella media nazionale il Trentino Alto Adige, la Toscana e l'Umbria; si trovano sotto l' 1,5% tutte le regioni del Meridione, il Friuli, la Liguria e il Lazio. In Calabria e in Sardegna (0,9% in ciascuna delle due regioni) l'incidenza delle nascite sui residenti è dimezzata (0,9%) rispetto alla media nazionale.

La diversa incidenza delle nascite è indice del diverso grado di inserimento stabile e non avviene a caso che sia il Nord Est l'area con i valori più alti. In quest'area il Trentino Alto Adige è un esempio significativo, perché la media regionale dell' 1,9% (incidenza delle nascite sui residenti stranieri) si scompone nell' 1,3% per la provincia autonoma di Bolzano (dove lavorano numerosi lavoratori e lavoratrici stagionali, ovviamente senza famiglie) e nel 2,6% della provincia autonoma di Trento (dove la popolazione straniera è più stabile).

Nel Lazio, dove l'incidenza delle nascite è la più bassa rispetto alle altre regioni del Centro, bisogna tenere conto che quasi un quinto delle presenze è costituita da sacerdoti e religiose.

In Sardegna l'incidenza dello 0,9% deve essere ricollegato alla prevalenza del gruppo di senegalesi, costituito per la stragrande maggioranza da uomini soli.

Le famiglie straniere, pur vivendo dinamiche e problematiche simili, presentano *situazioni differenziate* e non vanno perciò considerate come "realtà sociali omogenee". Infatti è variegata la tipologia di strutture familiari tra gli immigrati, e questa diversificazione dipende anche dal percorso con cui si è costruito il nucleo familiare una volta emigrati. La tipologia più diffusa è la famiglia molecolare di tipo tradizionale, seguita dalla famiglia nella quale entrambi i coniugi lavorano e collaborano al budget economico. Nella comunità cinese, invece, è piuttosto frequente la famiglia comunitaria, costituita da un certo numero di coppie coabitanti. Bisogna ancora ricordare il nucleo familiare composto da un solo genitore (per lo più la madre) e da uno o più figli: questa è la situazione più disagiata economicamente, anche perché spesso manca del tutto una rete di sostegni, per cui i minori appartenenti a questa "struttura monoparentale" sono solitamente i soggetti più fragili.

Sono, infine, molto diffuse le famiglie ricongiunte, e sta crescendo il numero delle famiglie miste. Per quanto riguarda le prime, a partire per primo è spesso l'uomo, che poi organizza il ricongiungimento dei propri cari, ma ultimamente sono sempre

più numerose le donne che intraprendono per prime "l'avventura migratoria" anche perché l'Italia costituisce uno sbocco consistente per il lavoro domestico. Frequente è anche l'arrivo simultaneo dell'intero nucleo familiare.

La categoria tra gli immigrati maggiormente coinvolta in processi conflittuali relativi agli aspetti culturali è quella che il Consiglio d'Europa definisce quale seconda generazione: "i figli di immigrati nel paese d'accoglimento, quelli che hanno seguito o raggiunto i genitori, e i figli di coppie miste"

Tale seconda generazione si trova a vivere la tensione di scegliere se appartenere al modello culturale della propria famiglia o a quello del paese di accoglienza.

Il disagio vissuto molte volte dai figli degli immigrati, in modo meno intenso dai figli di coppie miste, dipende dunque dal fatto che essi si trovano a costruire la loro identità oscillando tra i riferimenti che la famiglia trasmette e quelli offerti dalla nuova società, per cui cercano costantemente di raggiungere un equilibrio tra i due codici in cui si trovano sospesi.

Se gli adulti immigrati arrivano con una tradizione consolidata alle spalle i figli percepiscono spesso questa tradizione o come un ostacolo all'inserimento nel nuovo contesto sociale, o come del tutto estranea perché non l'hanno mai vissuta: in questi casi può subentrare da parte loro un atteggiamento di rifiuto nei confronti di tale tradizione.

In altre situazioni i figli degli immigrati sono invece portati ad assimilare completamente il bagaglio culturale del gruppo di appartenenza, anche se inevitabilmente lo modificano profondamente; infatti, se è innegabile un condizionamento della tradizione, è impossibile che un contesto di partenza sia del tutto rigido e immutabile di fronte agli stimoli posti. In ogni caso, comunque, l'esperienza dell'emigrazione sottopone la famiglia ad un processo di destrutturazione/ristrutturazione delle relazioni in essa vigenti. Le difficoltà più ingenti cominciano con l'iscrizione a *scuola*, tenendo conto che i minori presenti in Italia si collocano principalmente nella fascia d'età dell'obbligo scolastico: da questo momento infatti la distanza dai genitori si fa più netta, e molte volte i figli si ritrovano a svolgere il ruolo di "mediatori" tra la famiglia e la scuola.

Se i figli degli immigrati devono molto spesso far fronte ad una lunga serie di disagi e di sofferenze, la condizione dei minori stranieri non accompagnati è ancora più problematica, quando non addirittura drammatica, per il fatto di trovarsi soli in un paese che non conoscono: la solitudine, unita allo smarrimento, può facilmente condurli ad una situazione di marginalità ed emarginazione.

Questo fenomeno è in crescita costante e ormai le strutture di accoglienza sono sovraffollate: 9.387 segnalati nel 2002 e altri 4.621 nei primi cinque mesi del 2003, anche se, secondo il Comitato per i minori stranieri, non sempre si tratta di un'effettiva crescita ma piuttosto dell'emersione di una realtà per lungo tempo rimasta sommersa. Nel caso sia impossibile il rimpatrio assistito, questi minori possono ottenere un permesso fino al compimento del 18° anno di età, a condizione di essere affidati a una famiglia o a un istituto (decreto del Presidente del Consiglio dei Mi-

nistri 535/1999). La loro condizione giuridica non manca di destare preoccupazioni, considerato il numero ridotto dei provvedimenti giuridico-amministrativi sinora adottati: dei casi segnalati, solo il 10,5% è stato caratterizzato dall'affidamento e quindi la maggior parte continua a trovarsi in una situazione di irregolarità.

Le famiglie sono quasi sempre consapevoli di tale stato di cose quando addirittura non hanno sollecitato l'emigrazione dei propri figli, considerata una soluzione per far quadrare il bilancio familiare. A volte questi precoci protagonisti compiono il viaggio per arrivare in Italia assieme ad un parente, e, una volta arrivati, rimangono da soli o per propria scelta o perché i parenti vengono espulsi o si spostano in altre regioni per cercare lavoro; nei casi più drammatici sono vittime del racket dell'immigrazione clandestina.

Quanto alla provenienza geografica, per i due terzi dei casi si tratta di albanesi, seguiti dai marocchini (il 16%), rumeni (l' 8,3%), iugoslavi (il 2%). I minori provenienti dall' Albania migrano o per una loro decisione autonoma, seguendo principalmente il meccanismo delle migrazioni a catena (come la maggior parte di minori di origine marocchina), o perché vittime del racket di organizzazioni malavitose; quelli provenienti dalla Jugoslavia sono soprattutto profughi di guerra e richiedenti asilo.

I minori non accompagnati si collocano in prevalenza nella fascia d'età compresa tra i 12/13 e i 18 anni; risulta, tuttavia, consistente il numero di minori non accompagnati con età al di sotto dei 12 anni.

Quanto alla distribuzione territoriale, la presenza dei minori non accompagnati ricalca, con vari scostamenti, quella della popolazione immigrata: 55,7% nel Nord (di cui 23,7% nel Nord Ovest), 22,8% nel Centro e 16,2% nel Meridione (di cui nelle Isole solo l'1 %). La graduatoria delle regioni vede al secondo posto, dopo la Lombardia (571 minori non accompagnati), la Toscana (501), seguita dal Piemonte (448), dall'Emilia Romagna (424), dal Lazio (407), Friuli Venezia Giulia e dal Trentino Alto Adige, ciascuna con circa 200 minori non accompagnati: per 705 di questi minori non è stato possibile registrare la regione competente.

Le difficoltà pratiche da risolvere, in primis la ricerca di un alloggio e l'estinzione del debito contratto per il viaggio, li pongono nella necessità di procurarsi in tempi molto rapidi un buon guadagno; questa esigenza li porta ad accettare anche un lavoro in nero, all'occorrenza spostandosi territorialmente, e purtroppo, talora, anche atteggiamenti delinquenziali. Queste ragioni, unitamente alla mancanza della famiglia che funga da supporto per la concessione di misure alternative alla detenzione, spiega il numero abbastanza elevato di minori non accompagnati presente nelle **carceri** italiane. In una ricerca del Censis del 2002 si afferma che il minore immigrato ha la possibilità di entrare in prigione 72 volte di più rispetto al minore italiano. La maggior parte dei minori denunciati proviene dall'area della Jugoslavia (sono per lo più appartenenti al gruppo rom), dall'Albania e, in misura minore, dal Marocco.

Tra le principali ragioni, che stanno all'origine della consistente presenza di minori in carcere, va annoverata soprattutto la loro mancata accoglienza da parte della società: molte volte i minori immigrati non accompagnati vengono affidati alle *case-famiglia*, (circa l'11,9% sul totale dei minori presenti in esse) che sempre di più, accolgono le vittime di nuove forme di povertà, quali la criminalità minorile e l'immigrazione clandestina.

Bisogna, tuttavia, evitare di equiparare la condizione dei minori non accompagnati a quella della devianza pura e semplice: si tratta soprattutto di ragazzi che, non riuscendo a venire fuori da una condizione di estrema precarietà e fragilità, diventano facili vittime delle organizzazioni malavitose e sottoposti a mero sfruttamento schiavistico.

Secondo i dati riportati in una ricerca su "*Lavoro e lavori minorili in Italia*" sarebbero circa 365.500 i minori che al di sotto dei 14 anni lavorano: non è stata ipotizzata la quota di pertinenza dei minori immigrati, anche se appare indubbia la loro inclusione come risulta dalle indagini delle forze dell'ordine e dai fatti di cronaca.

Confrontando i dati ISTAT sui minori residenti e quelli iscritti a scuola, sembra che una quota non trascurabile di minori non risulti tra i frequentanti: molti minori sarebbero ritornati nel paese di origine per mantenere l'identità etnica o perché inseriti in un progetto migratorio a breve termine.

Emerge che il lavoro minorile non è più strettamente legato ad una condizione di povertà economica: ma piuttosto e soprattutto alla povertà familiare, culturale ed ambientale quasi sempre causa dell'abbandono scolastico.

Tra le forme più odiose di sfruttamento minorile rientra certamente la prostituzione minorile coatta, sia maschile che femminile. La categoria più vulnerabile è rappresentata dalle ragazze, specialmente se giovanissime, sole, senza protezione, e quindi non in grado di opporre alcuna resistenza; talvolta, però, la ragazza si prostituisce "quasi di sua volontà", per guadagnare più rapidamente la quota da inviare alla famiglia, o per acquisire un ruolo sociale attivo nella sua comunità di appartenenza. Nel futuro che aspetta le nuove generazioni è quindi pregnante l'esigenza che approfondimenti, progetti e normative tengano in rilievo le diversità culturali dei vari popoli, ne considerino i problemi di giustapposizione, di scontro, di tutela, di aggregazione e di convivenza.

Il lavoro svolto è in sintesi esigenza di considerare nel complesso delle sue manifestazioni il problema della multiculturalità, cercando di evidenziare la necessità ormai inderogabile della realizzazione di una quanto più possibile armonica società.

Una più adeguata conoscenza del fenomeno migratorio, del suo significato e dei problemi impliciti rispetto a segmenti d'età infantile e scolare, infatti, favorirà un'evoluzione delle "emergenze" verso una normalizzazione della presenza straniera.

Un cammino<sup>9</sup>, questo, drammaticamente a rischio, un percorso che a volte non riesce nemmeno ad avviarsi, come testimoniano i tanti indizi di vite perse nella notte tra le acque.

---

<sup>9</sup> Cfr., L'altrove tra noi – Rapporto annuale 2003 Scenari Italiani - Società Geografica Italiana a cura di Pasquale Coppola.

## Bibliografia

- Affronti M.: *Gli immigrati dei Paesi in via di sviluppo: untori o vittime?* La Medicina Tropicale nella cooperazione allo sviluppo, 1992.
- AA.VV.: *L'inserimento degli immigrati: esperienze Europee a confronto*. CRESM, 1998.
- AA.VV.: *Rapporto sulle migrazioni (anni 2000,2001,2002,2003)*. FrancoAngeli, Milano, 2003.
- AA.VV.: *Italia multinazionale*. Edizioni del Sole 24 ore, Milano, 1998.
- Brusa C.: (curato con R. Ghiringhelli) *Emigrazione e territorio tra bisogno ed ideale*. Lativa, Varese, 1995.
- Barbieri G., Canigiani F., Cassi L. *Geografia e cambiamento globale. Le sfide del XXI secolo*. UTET Libreria, 2003.
- Brusa C.: *Immigrazione e multiculturalità nell'Italia di oggi*. FrancoAngeli, Milano, 1997.
- Brusa C.: (a cura di) *Atti del II Convegno sul tema: Immigrazione e multiculturalità nell'Italia di oggi*. FrancoAngeli, Milano, 1999.
- CARITAS *Immigrazione. Dossier Statistico 2003*. “XII Rapporto sull’immigrazione”, Edizioni Nuova Antarem, 2003.
- CARITAS *L’attuale scenario migratorio italiano e l’influenza dei fattori demografico e reddituale*. “Immigrazione Dossier Statistico 2001”, XI Rapporto sull’immigrazione, Edizioni Nuova Antarem, 2002.
- Cerami F. et al.: *Scheda nosologica ambulatoriale: una ricerca multicentrica sui migranti. Contributi specifici: l’igiene e la sanità pubblica verso l’Europa*. Atti 35° Congresso Nazionale della SITI, 1992.
- Colasanti R., Geraci S., Pittau F.: *Immigrati e salute*. Edizioni Lavoro/ISCOS, 1991.
- Colombo M., Galli G. *Calendario Atlante De Agostini (anni 2002, 2003, 2004)*, Istituto Geografico De Agostini Novara, 2004.
- De Santis G. (a cura di), atti del “Settimo Seminario Internazionale di Geografia Medica (Verona 13 – 15 Settembre 2001)”, RUX Editrice Perugina, 2002.
- Geraci S. et al. *L’esperienza della Caritas Diocesana di Roma nell’ambito dell’assistenza socio-sanitaria agli immigrati*. Istituto S. Gallicano, Università La Sapienza, Roma, 1995.
- Guglielmetti P. Sansoni A.: *Parassitosi intestinali in un gruppo di bambini adottati provenienti da Paesi in via di sviluppo*. La Medicina Tropicale nella cooperazione allo sviluppo, 1992.
- Habermas J., Taylor C.: *Multiculturalismo*. Feltrinelli, Milano, 2001.
- ISFOL *Rapporto Italia 2002*. A cura di Colombo Conti, FrancoAngeli, 2003.
- Lemma P., Costa G., Bandera L.: *Stranieri in Italia: lo stato di salute e il sistema immunitario*. In: Di Geddes M. *La salute degli italiani*, NIS, Roma, 1990.



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

Morrone A.: *L'altra faccia di Gaia. Salute, migrazioni e ambiente tra nord e sud del pianeta*. Armando Editore, Roma, 1999.

Palagiano C.: *Geografia medica*. La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1996.

Palagiano C.: (a cura di) *Ambiente urbano e qualità della vita*. Atti del 2° Seminario Internazionale di Geografia Medica, RUX Perugia, Cassino, 1985.

Palagiano C.: *Geografia e medicina*. Il Bagatto, Roma, 1981.

S.G.I.- Scenari Italiani (T.A.S.E.) *L'altrove tra noi*. "Rapporto annuale 2003", a cura di Pasquale Coppola, Società Geografica Italiana, 2003.

U.N.D.P.: *Rapporto sullo sviluppo umano 2001/02*. Rosemberg & Sellier, Torino, 2002.

Zincone G.: *Primo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia*. Cortina, Milano, 1999.

Zincone G., *Secondo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia*. Commissione per le politiche di integrazione degli immigrati, Edizioni Il Mulino, 2002.

## ETNOPSICHIATRIA: L'ESPERIENZA MILANESE DI TERRENUOVE

Marco Mazzetti

Il Servizio di consulenza psicologica per immigrati di Terrenuove ha cominciato la sua attività nel 1999, ed è attivo a pieno regime dall'anno 2001.

Nel triennio 2001-2003 ha preso in carico 89 pazienti, 42 maschi (47,2%) e 47 femmine (52,8%).

La distribuzione per fasce d'età corrisponde a grandi linee a quella della popolazione immigrata nel suo complesso (Caritas, 2003), con una certa sovrarappresentazione dei minori:

Età	N.	%
< 14	7	7,9
15 - 18	13	14,6
19 - 30	36	40,5
31 - 40	27	30,3
> 41	6	6,7

I pazienti provengono da 34 paesi differenti, raggruppati per grandi aree geografiche come segue: Nord Africa 13 (14,6%), Africa Subsahariana 27 (30,3%), Centro-Sud America 28 (31,5%), Est Europa (12,4%), Asia 10 (11,2%).

Le motivazioni della migrazione sono risultate essere le seguenti: richiesta di asilo 26 (29,2%), ragioni economiche 36 (40,5%), ricongiungimento familiare 9 (10,1%), "ex articolo 18" 7 (7,9%), altri motivi di famiglia 5 (5,6%), altro 6 (6,7%).

Le tattiche e le strategie di intervento seguono due linee fondamentali: la caratterizzazione culturale e la caratterizzazione migratoria.

Per quanto riguarda la *caratterizzazione culturale*, essa prevede grande flessibilità del setting (orari, frequenze degli incontri); ampio utilizzo del gruppo, in parte mutuato da esperienze precedenti (in particolare dal "Centre Devereux" di Parigi), in parte frutto di una originale elaborazione del gruppo di operatori di Terrenuove; u-

tilizzo di mediatori culturali; contestualizzazione culturale sia dei sintomi che delle risorse terapeutiche proprie delle origini dei nostri pazeinti.

Per quanto riguarda invece la *caratterizzazione migratoria*, abbiamo messo a punto strategie e tecniche di intervento che si prefiggono di intervenire specificatamente su quanto avviene nel corso dell'esperienza della migrazione: ricostruzione di una trama di vita lacerata da un senso di interruzione, rielaborazione del progetto migratorio, ricostruzione di una doppia appartenenza (alla terra di origine e a quella ospitante). Da questo punto di vista, il notevole numero di minori ha richiesto la messa a punto di interventi specifici sia per aiutare a gestire ricongiungimenti familiari traumatici, sia per dare appartenenza e progettualità ai cosiddetti “minori non accompagnati”, attori di migrazioni *sui generis*, con esigenze e difficoltà specifiche. Un'attenzione particolare è richiesta, in questi casi, da modalità specifiche di affrontare il passaggio adolescenziale.

Infine, un'esperienza migratoria (e di vita) specifica è quella dei rifugiati e dei richiedenti asilo, non di rado vittime di violenze e torture (e anche per questo così numerosi nella nostra casistica): è stato necessario studiare e mettere a fuoco tecniche di gestione della psicotraumatologia, in grado di dare risposte a questi ospiti particolarmente sfortunati con modalità culturalmente sensibili.

**PROPOSTA PER SESSIONE SU  
“INTEGRAZIONE SOCIALE E SANITARIA:  
UNA POLITICA TANTI MODELLI?”  
POLITICHE PER L’INTEGRAZIONE E DIRITTI SOCIALI:  
NUOVE FORME DI CITTADINANZA?**

*Roberta T. Di Rosa*

**Politiche e modelli di integrazione sociale**

Il trattato di Amsterdam, entrato in vigore nel 1999 afferma il mantenimento e lo sviluppo dell’Unione come spazio di libertà, di sicurezza e di giustizia. Tra gli obiettivi di questo nuovo trattato figurano: la soppressione degli ultimi ostacoli alla libera circolazione delle persone e il rafforzamento delle sicurezze. Grande parte della cooperazione nel campo della giustizia è ormai sottomessa alle regole comunitarie. Ciò concerne la politica dei visti, già in parte comunitarizzata, la politica d’immigrazione e le misure concernenti i diritti dei cittadini di Paesi terzi in situazione regolare, le regole che gestiscono il passaggio delle frontiere, le procedure d’asilo o ancora le regole di cooperazione giudiziaria civile.

I Paesi del Nord del mondo in questo momento sono accomunati dalla tendenza a non incoraggiare nuove immigrazioni ed a contenere la forte pressione migratoria dall’esterno. Pertanto è necessario rafforzare i sistemi di controllo sia ai punti di ingresso sia all’interno dei vari Paesi per bloccare l’immigrazione illegale. Il peso di influenze restrittive nelle politiche migratorie fortemente dominate dall’opinione pubblica, è ancora ostacolo oggi, nei grandi Paesi di immigrazione in Europa, più che in Italia, alle forze propositive per un’altra politica dell’immigrazione e all’applicazione di una politica europea più concertata.

In particolare, ogni Paese dell’Unione ha dato una priorità nel settore educativo all’integrazione dei figli degli emigrati con un investimento particolare all’apprendimento della lingua locale. La stessa direttiva della Commissione europea del 1977 concernente la facilitazione dell’apprendimento della propria lingua d’origine ha dato origine in ogni Paese a iniziative istituzionali o a iniziative delle singole comunità immigrate appoggiate dalle istituzioni che praticano forme diverse di gestione dei corsi [gestione lasciata alle rispettive ambasciate, gestione assunta direttamente dalle autorità educative locali (vedi l’Olanda), gestione mista da parte delle autorità locali e delle rappresentanze diplomatiche (Francia) o lasciata all’organizzazione delle comunità immigrate (Gran Bretagna).

Unici punti di riferimento plausibili, pertanto, sembrano i singoli paesi europei con lunga esperienza nel campo dell’immigrazione, e i modelli di inserimento da essi adottati: la Francia, ad esempio, con il modello assimilazionista; l’Olanda con il modello della discriminazione positiva; la Germania con il modello del *Gast Arbeiter*; la Gran Bretagna con il modello del multiculturalismo.

In tutti i casi i fondamentali diritti civili e sociali vengono almeno formalmente garantiti senza discriminazioni legate alla nazionalità degli individui: quello che cam-

bia è il livello di tutela delle diverse identità nazionali e, di fatto, la libertà delle singole minoranze di mantenere e tramandare il loro patrimonio culturale.

In questo senso il modello assimilazionista tende ad assorbire le diversità nell'unico calderone della cultura francese: in questo senso, l'attaccamento a tradizioni culturali diverse è ospite sgradito nello spazio pubblico; in questo senso, nel giro di qualche generazione, le peculiarità delle diverse comunità immigrate finiscono per amalgamarsi in una più compatibile cultura francese.

D'altra parte, il modello multiculturale di tipo britannico, del quale forse la politica del *gast arbeiter* costituisce l'estremizzazione più radicale, se da un lato garantisce il persistere delle singole identità nazionali, produce, di contrario, una sorta di sterile coesistenza di culture differenti, dove quanto di più importante può provenire dai contatti fra culture, l'interrelazione e l'influenza reciproca, si smorza in una tolleranza *politically correct*.

D'altra parte il modello olandese, se da un lato infatti non esclude la necessità di una forma di blanda assimilazione agli usi locali, si pone d'altra parte a tutela delle diversità con programmi che fanno del riconoscimento delle differenze il loro punto di forza, e che giocano sulla discriminazione positiva per consentire un maggiore accesso ai servizi statali da parte degli stranieri.

Complessivamente, pertanto, sembra che quello spagnolo sia, allo stato attuale delle cose, il modello più assumibile a punto di riferimento: il problema del rapporto con gli stranieri, visto alla luce del modello dei diritti sociali, viene ripensato nei termini non più di un conflitto interculturale, ma in quello di un conflitto che nasce a partire dalle differenti opzioni individuali e collettive nell'accesso e nell'uso delle risorse, nel riconoscimento dei diritti.

Il confronto tra i Paesi europei mostra, però, al di là delle specificità proprie derivanti dalla storia politica ed economica di ciascuno di essi, che si è molto lontani da modelli predefiniti. Così, per esempio come hanno rilevato opportunamente diversi studiosi in Germania, l'analisi della realtà rimette in questione la concezione etnica della nazionalità e il discorso multiculturalista degli anni Ottanta (società composta da una giustapposizione di comunità etno-culturali tra loro separate). O ancora, mostra come in Italia, l'immagine univoca di un Paese di impiego e di clandestini, installati provvisoriamente, sia profondamente ridimensionata dai fatti. Al di là di certe differenze legate alla storia e alla geografia dei grandi Paesi di immigrazione europea, come pure alla creatività degli immigrati stessi, sia in rapporto ai modelli dei loro paesi di accoglienza sia nei confronti delle appartenenze culturali di origine nei quali talvolta si tenta di rinchiuderli, l'analisi dei fatti fa apparire una convergenza delle politiche nazionali.

Esaminando la situazione europea si nota come, nonostante la diversità di tempi e di modalità di attuazione delle politiche di immigrazione, si ha una tendenza a ripercorrere il processo che si è già verificato in America. Abbandonare cioè il modello assimilazionista a favore di una politica che si basi sul pluralismo culturale.

L'azione in favore degli immigrati è volta, soprattutto, a valorizzare le specificità culturali che essi esprimono.

In contrapposizione a quanto auspicava il vecchio modello, che attribuiva valore assoluto alla omogeneità culturale, l'obiettivo primario che si prefigge la nuova politica è la convivenza tra culture diverse. L'accento si sposta prevalentemente sull'aspetto culturale della problematica e non è casuale che il termine "culturale" ritorni insistente, mentre in tutti gli slogan utilizzati a sostegno di questa nuova politica: pluralismo culturale, società multiculturale, multiculturalismo.

Nel dibattito politico contemporaneo, quello dell'assimilazione è un modello decisamente superato, tuttavia il problema prioritario da risolvere resta quello di ammettere l'immigrato a far parte, a pieno titolo, della struttura economica, sociale e politica del Paese che lo accoglie. Soltanto allora egli potrà confrontarsi liberamente e su un piano paritario con la cultura di quel Paese.

Il pluralismo culturale deve servire alla valorizzazione della ricchezza che deriva dall'incontro tra culture diverse, non può servire da pretesto per il consolidamento di situazioni di segregazione o per favorire ingiustificati separatismi.

Modelli o no, le politiche di integrazione su scala nazionale sono oggi profondamente messi in questione dalla pressione dell'Unione europea alla convergenza mentre le situazioni locali, di fronte alle realtà, sfuggono largamente ai modelli nazionali, sia concettuali che ideologici.

Un altro elemento importante che entra in gioco nel rendere difficile il confronto tra le diverse politiche nazionali, soprattutto quelle concernenti l'integrazione, è la diversità degli immigrati. Ogni Paese ha i "suoi immigrati" ed è difficile distinguere nelle politiche di integrazione attuate, ciò che dipende dalla filosofia e dalle istituzioni dei Paesi di accoglienza e ciò che dipende invece dal comportamento degli immigrati nei diversi paesi.

Nei rapporti con le politiche pubbliche e nella loro socializzazione ai valori di queste, i comportamenti degli immigrati sono diversi secondo la cultura d'origine, la anzianità della loro immigrazione, il loro statuto e il loro peso numerico.

### **La dimensione europea delle politiche migratorie**

È importante anche analizzare le interdipendenze tra due livelli di governo: nazionale e sopranazionale. Il livello nazionale è visto come uno scenario nel quale i migranti o le comunità etniche si insediano, si formano e interagiscono. Questo è anche il livello al quale le politiche migratorie sono state messe in opera come prerogative dello Stato Nazione. Da un altro canto, il livello sopranazionale è definito come il nuovo spazio migratorio europeo ridefinito continuamente dal processo di estensione dei suoi confini.

Riflettere sui legami tra i questi due livelli può risultare utile rispetto ad una serie di obiettivi; primo, per identificare i conflitti di interessi tra agenti sociali, ad esempio, le società di accoglienza e i migranti o le comunità etniche (*horizontal clashes*); secondo, per valutare l'efficienza delle politiche implementate dalle autorità

nazionali e sopranazionali per l'integrazione dei migranti (*vertical clashes*); terzo, una prospettiva comparativa può dare la possibilità di identificare le pratiche più adeguate nei vari Paesi, per una politica migratoria unitaria dell'Unione Europea.

La questione dell'inserimento dei gruppi o delle comunità immigrate all'interno delle società accoglienza è stata affrontata in modo differente negli stati europei caratterizzati da un più intenso flusso di ingressi nel periodo che va dal secondo dopoguerra ad oggi, e il confronto con realtà già più stabili e indirizzate può costituire un valido spunto per la riflessione su un contesto ancora così precario e incerto quale è quello italiano, dove la novità del fenomeno rende ancora ardua una presa di posizione coerente e consapevole.

Le dinamiche sociali dell'inserimento (formazione delle comunità, politiche di integrazione, dibattito sulla cittadinanza) possono essere esaminati anche in relazione alle caratteristiche del sistema politico, al modello e le finalità di inserimento degli stranieri:

	<b>Finalità generali delle politiche sociali</b>		
	Custodialistica	Assistenziale	Promozionale
Immagine dell'immigrato	Potenziale deviante	Povero	Produttore
Obiettivo	Difesa della società	Rimozione dell'emarginazione	Emancipazione
Attori e principali interventi	Tutori dell'ordine	Servizi sociali specializzati	Interventi integrati di politica sociale
Forme di integrazione con la società ospitante	Rifiuto ghettizzazione	Erogazione di risorse, segregazione di fatto (ma anche nel mercato del lavoro)	Inserimento nel mercato del lavoro competitivo, universalismo dei servizi

Fonte: M. Colasanto, 1993.

Se gli stati dell'unione europea hanno ormai politiche nazionali dei flussi sempre più convergenti, anche sul piano più complesso socialmente, politicamente e culturalmente delle politiche di integrazione, è evidente la tendenza a seguire gli stessi orientamenti.

Ciò che resta più differenziata a questo livello è la terminologia in uso e soprattutto la diversità dell'accento posto sui mezzi o sulle vie per raggiungere gli obiettivi dell'integrazione.

Quest'ultima viene ricercata soprattutto attraverso la lotta contro la discriminazione etnica perseguita dai tribunali in Gran Bretagna, attraverso l'inserimento economico nel mercato del lavoro e nella formazione professionale (vedi la Germania), l'integrazione nel contesto territoriale delle periferie urbane e soprattutto attraverso l'accesso liberale alla nazionalità del Paese ospite (vedi la Francia), attraverso una complessa forma di partecipazione istituzionale sia sociale che politica (diritto di

voto nelle elezioni locali) degli immigrati alla società di residenza (vedi l'Olanda, la Danimarca e i Paesi scandinavi), o attraverso l'inserimento linguistico (vedi il Lussemburgo) o attraverso lo sviluppo dell'associazionismo immigrato e il tessuto della società civile (comunità territoriali, associazionismo, organizzazioni di volontariato, ecc.) come sembra proposta dalla politica in Spagna e, anche se in forma più ridotta, in Italia.

Alla base di queste diverse accentuazioni vi possono essere filosofie proprie a ogni società europea (vedi il legame indissolubile tra cittadinanza e nazionalità in Francia, restia a dare allo straniero il diritto di voto ma incline a facilitargli la naturalizzazione), ma anche realtà sociali vistose come la crisi delle periferie urbane in Francia o realtà istituzionali radicate come l'organizzazione della partecipazione alle diverse forme di democrazia partecipativa nei Paesi scandinavi o la pratica frequente di discriminazione sul lavoro, nell'accesso all'alloggio, nei divertimenti, in società gerarchizzate etnicamente come la società post-coloniale della Gran Bretagna.

Per costruire un modello di società multiculturale, è innanzitutto necessario riconsiderare la tendenza teorica e pratica a scindere tra approccio relazionale e approccio dell'appartenza, impostando processi di integrazione degli immigrati secondo uno schema di interdipendenza e complementarità tra queste due categorie, che possono essere specificate in rapporto a recenti teorizzazioni delle problematiche relative al multiculturalismo e alla democrazia.

Inoltre, la prospettiva della relazionalità e dell'appartenenza come fondamenti etici del lavoro sociale e delle politiche sociali, come la metodologia di rete, possono rappresentare altrettante occasioni per gestire la complementarità e l'interdipendenza tra appartenenza e relazionalità nei fenomeni migratori, secondo priorità e scansioni che tengano conto dei diversi bisogni – di accoglienza, di inserimento, di integrazione, di eventuale rientro – che sono presenti nei successivi momenti di vita dell'immigrato.

### **Tendenze e prospettive delle politiche di integrazione in Europa: il dibattito sulla cittadinanza**

La carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea, adottata a Nizza il 7 dicembre 2000, che peraltro non ha un valore giuridico vincolante, non manca di occuparsi delle migrazioni: uguale trattamento da riservare ai lavoratori dei paesi terzi (art.15), riconoscimento del diritto di asilo (art.18), divieto di espulsioni collettive (art.19), divieto di qualsiasi forma di discriminazione sulla base della cittadinanza (art.21), diritto di accesso alle prestazioni sociali e ai diritti sociali (art.34), libertà di circolazione e di soggiorno (art.45). “Dunque sebbene la Carta escluda i cittadini dei paesi terzi dal godimento dei diritti di cittadinanza, in particolare del diritto di voto alle elezioni del Parlamento europeo e alle elezioni comunali, riconosce loro, in qualità di residenti legali sul territorio dell'Unione, una serie di diritti fonamen-



tali e inalienabili che sembrano costituire il nocciolo di un futuro ‘status giuridico europeo dell’immigrato’, uniforme in tutti gli Stati membri”.

Già nel 1987, il Comitato dei ministri del Consiglio di Europa lanciò un progetto multidisciplinare sulle “relazioni intercomunitarie” la cui relazione finale affermava che tutti i Paesi dovessero ispirarsi alla stessa “filosofia di base” nel trattare il fenomeno immigrazione, considerandolo come un fenomeno stabile e duraturo e mirando all’integrazione degli immigrati nella società di accoglienza.

La residenza così implicherebbe non solo il riconoscimento da parte degli immigrati della sovranità dello Stato, ma anche la concessione ad essi di sostanziali diritti quali i diritti di cittadinanza.

L’istituto della cittadinanza è, infatti, lo strumento formale attraverso cui si raggiunge la piena parità di diritti e doveri tra immigrati e nazionali. Tuttavia a causa degli ostacoli giuridici non sempre può essere utilizzato come un indicatore del livello di integrazione raggiunto: è il caso dell’Italia, ove ad una presenza immigrata ormai consolidata e ad un processo di integrazione che comincia a fornire segnali positivi non corrisponde un numero adeguatamente consistente di acquisizioni di cittadinanza. In Italia il dibattito sulla nazionalità in rapporto agli immigrati, molto vivo in Francia e in Germania, è piuttosto nuovo. Esso è destinato a svilupparsi in futuro. La facilità di naturalizzazione offerta dalla Francia nei confronti della difficoltà di acquisire la propria nazionalità della Germania derivano indubbiamente dai diversi criteri utilizzati dai due stati per attribuire la nazionalità: la Francia utilizza il luogo di nascita, detto anche il diritto del suolo dal latino *ius soli*, la Germania, invece, utilizza il legame di filiazione, ossia la nazionalità dei genitori, detto anche diritto del sangue, dal latino *ius sanguinis*.

L’Italia rimasta sino a epoca recentissima paese di emigrazione, si è mostrata anche nella sua ultima legge sulla cittadinanza del 1992, incline piuttosto a far recuperare - per il diritto del sangue - la cittadinanza agli emigrati di origine italiana che l’avevano perduta (vedi gli oriundi italiani in Argentina, in Brasile e in Francia) che a concedere la cittadinanza italiana agli emigrati residenti da diversi anni in Italia. La questione è destinata tuttavia a porsi in avvenire con maggior evidenza anche in rapporto ai processi di integrazione.

La legge sulla cittadinanza 91/92 ha ribadito la superiorità del principio dello *jus sanguinis* (il diritto di discendenza) e ha inaugurato, per quanto riguarda l’acquisizione, la distinzione “controcorrente” tra stranieri comunitari ed extracomunitari, sempre meno frequente tra gli stessi Paesi dell’Unione (che viola l’indirizzo espresso in sede comunitaria nelle conclusioni del vertice di Tampere dell’ottobre del 1999 sull’equo trattamento dei cittadini dei paesi terzi), mentre ha introdotto delle circoscritte agevolazioni per i coniugi e per i discendenti di cittadini italiani e per i giovani stranieri nati in Italia. Va pertanto considerata la volontà del legislatore di intendere l’attribuzione della cittadinanza come la tappa finale o come uno dei momenti del percorso di integrazione del cittadino immigrato.

Attualmente l'Italia pur avendo iscritto il diritto di voto locale nella legge del 1998 per gli stranieri di Paesi terzi residenti nel Paese, non lo ha ancora potute tradurre in pratica, in attesa della riforma costituzionale già prevista nel testo di legge. Di fatto, l'Italia, pur essendo un Paese che ha ancora il tasso di immigrazione tra i più bassi dei Paesi membri dell'Unione (2%) non ha ancor avuto il coraggio di sottoporre al Parlamento la legge di riforma costituzionale che permetterebbe agli stranieri cittadini di Paesi terzi di votare alle elezioni municipali, come hanno già fatto invece altri Paesi dell'Unione (Danimarca, Irlanda, Inghilterra, Olanda, Finlandia, Svezia e Norvegia).

Lo scenario della società multietnica porta con sé i segni più tipici delle contraddizioni del nostro tempo. Nessun modello di integrazione degli immigrati può offrire di per sé garanzie di maggiore democrazia o maggiore eguaglianza finché non entri a far parte di un progetto politico più ampio volto a rimuovere tutti quei condizionamenti strutturali che concorrono a perpetuare un sistema di diseguaglianze.

### **Scelte politiche e pratiche di mediazione**

La dimensione europea della riflessione teorica sui modelli di integrazione, non come somma delle esperienze nazionali, ma come un nuovo campo di ricerca, porta a leggere, nell'analisi del caso dell'Italia, il legame tra le scelte politiche e la pratica della mediazione, non solo come un contributo alla politica sociale italiana ma come una comunione della stessa con la politica comunitaria per quanto riguarda una risposta umanista e comune ad un problema che coinvolge tutti.

La presenza dell'immigrato nella vita quotidiana di una società fa emergere una domanda di mediazione, che esprime anche l'esigenza di nuove pratiche sociali e attori capaci di costruire il dialogo come intervento di ricomposizione sociale di fronte alla frammentazione e alla differenziazione. La mediazione si può dunque concettualizzare come un'azione poliedrica, in linea con la teoria di Bonafé-Schmitt, finalizzata a produrre un nuovo contesto di regolazione sociale che coinvolga la definizione delle politiche pubbliche e la gestione dei conflitti legati alle decisioni politiche, nel quale gli accordi consensuali e i processi per arrivare a questi si configurino come un sistema di norme e di procedimenti orientati alla costruzione o alla ricostruzione dei vincoli sociali nella comunità, attraverso i suoi assiomi: riconoscimento mutuo delle parti e legittimità di tutti gli interessi; orizzontalità del processo; sostenibilità delle risorse; competenza dei mediatori.

Per questo essa può inserirsi, a più livelli, nella gestione e nella ripartizione delle opportunità e nella "amministrazione" della collettività in questo nuovo scenario di costruzione sociale, i cui temi dominanti sono: il riconoscimento universale dei diritti sociali; la pluralità delle opzioni di utilizzo degli stessi; la facilitazione dell'accesso a tutte le categorie sociali e la partecipazione diretta dei cittadini nella creazione del consenso e nella gestione del conflitto (che suppone l'accettazione della differenza).

L'attività di mediazione restituisce alle culture le dinamiche di ricomposizione e di confronto, senza ridurle ai soli parametri di una società. In questo però, la riflessione sulla mediazione richiede una contestualizzazione e un confronto e una integrazione tra diverse logiche spaziali ed economiche, le cui prospettive sono legate alle traiettorie sociali e agli ancoraggi culturali delle popolazioni straniere come di quelle autoctone.

Partendo, invece, da una definizione di integrazione come processo neutro che richiede alcune specificazioni relative alle modalità d'inserimento dell'immigrato nel paese di accoglienza e alla concezione dell'alterità a cui ci si riferisce, Santagati distingue tra integrazione come assimilazione, integrazione pluralista e integrazione come scambio culturale.

<i>Tipi di integrazione</i>	<i>Percorsi identitari</i>	<i>Modello sociale</i>	<i>Forme di mediazione</i>
Integrazione come assimilazione	Assimilazione	Funzionalista – integrazioneista	Mediazione strumentale
Integrazione pluralista	Resistenza culturale	Conflittualista	Mediazione intraculturale
Scambio culturale	Appartenenza molteplice	Interazionista – comunicativo	Mediazione interculturale

Fonte: M.G. Santagati, *Percorsi di mediazione e integrazione. Alcune distinzioni concettuali per uno studio delle società multiculturali*, Pontignano, 2003, rielaborazione propria.

Nel primo caso, l'immigrato è tenuto ad adattarsi e conformarsi al modello culturale dominante, interiorizzando i modelli di comportamento e gli orientamenti valoriali della società di accoglienza, poiché la differenza è negata o assimilata. Il secondo caso è quello dell'integrazione pluralista, che si basa sulla convivenza di gruppi appartenenti a diversi sistemi culturali, richiedendo una separazione tra i valori universali delle società di accoglienza e le specificità culturali da esprimere nell'ambito della sfera privata. L'equilibrio tra spazio pubblico e le manifestazioni identitarie della differenza nel privato può oscillare dalla tolleranza all'indifferenza.

Infine la concezione dello scambio interculturale, che Santagati richiama da Besozzi, si riferisce non solo alla conoscenza della cultura dell'altro, ma si sviluppa nelle relazioni di reciprocità e nelle situazioni interculturali e comunicative in cui avviene la costruzione dei significati.

Gli aspetti sociali e istituzionali della mediazione interculturale devono dunque essere inquadrati in un campo concettuale appropriato, anche se ciò non risulta semplice, dal momento che malgrado numerose ricerche e una 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”.

Dal canto loro, le mutazioni economiche e sociali attuali portano ad una rimessa in discussione dei modelli di integrazione sociale 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.

Una riflessione sulle esperienze recenti, nonché sul cambiamento delle caratteristiche dell'immigrazione in Italia, richiede oggi che, nell'ambito della mediazione interculturale si operi, dal punto di vista teorico, ma anche da quello concreto, una distinzione delle sue funzioni in base ai destinatari.

Se in un primo momento, infatti, questa forma di intervento era dedicata esclusivamente al primo contatto con l'immigrato, ancora non in grado di comunicare o di usufruire di servizi, al momento attuale, con la stanzializzazione delle presenze straniere, i ricongiungimenti familiari e la nascita delle nuove generazioni, esso richiede una diversa articolazione in base alle sue funzioni, agli obiettivi e, ovviamente, ai destinatari cui si rivolge. Per questo si ritiene di dovere oggi fare una distinzione tra almeno tre usi diversi della mediazione interculturale in Italia:

- *La mediazione culturale per i nuovi arrivati*
- *La mediazione per immigrati da tempo residenti*
- *Mediazione come attività di inserimento sociale delle nuove generazioni*

Si pongono oggi esigenze differenziate e risposte diversificate da dare a diverse categorie di destinatari, attraverso tipi di intervento a livelli differenti, nell'ottica della promozione di una società plurilingue, multietnica e multiculturale.

Questo nuovo punto di osservazione mi spinge ad avanzare nel concetto di interculturalità, concetto per il quale sento una esigenza di ridefinizione, poiché spesso la parola interculturale si utilizza solo in funzione di certi attributi, in una accezione riduzionista, mentre la stessa interculturalità esiste tra i cittadini di Paesi europei nel momento in cui ciascuno di essi deve fronteggiare la politica concreta per superare il conflitto sociale.

Il divenire del processo migratorio è bene espresso, secondo Colasanto, più che nel tradizionale concetto di ciclo, in quello di cittadinanza che consente di cogliere sfasature come quella tra cittadinanza economica e cittadinanza sociale, o contraddizioni tra assimilazione culturale e marginalità sociale. La cittadinanza, intesa in senso prevalentemente sociologico, esprime dunque il procedere non lineare, su piani diversi, dell'inserirsi del migrante nella struttura e nella cultura, sociale e politica, del paese di accoglienza.

Il recupero la centralità del concetto di comunità (rispetto a quello di società) rende possibile peraltro trattare in una dimensione etica il tema della cittadinanza, che viene proposta e auspicata in una forma più complessa “più capace di riconoscere

la molteplicità delle appartenenze e delle lealtà e, quindi, di tollerare un livello anche molto elevato di differenziazione senza perdere la capacità di integrazione”. Come afferma Bramanti “la mediazione di comunità, collocandosi nel cuore della dialettica tra libertà e controllo sociale costituisce uno strumento cruciale per rendere operativo il concetto di *cittadinanza societaria* inteso come quel complesso di norme, libertà e vincoli che non stanno né nei semplici individui (come soggetti astratti), né nei sistemi, ma nella relazione sociale intesa come azione reciproca, reale e piena tra i soggetti”. (...) è ampio strumento di cura dei legami sociali e, dove possibile, di creazione e promozione di relazioni sociali. (...) consente alle parti di accedere al senso del loro legame”.

Per questo, la mediazione, nella sua forma più teorizzata, al di là delle frammentarie e variegate esperienze esistenti, sembra possa costituire una evoluzione nelle nostre società verso un maggiore pluralismo, non tanto per l'introduzione di nuove figure professionali, quanto piuttosto per la creazione di nuovi luoghi di socializzazione, nuove strutture intermedie tra lo Stato e il cittadino, portando una ridefinizione delle relazioni tra la cosiddetta società civile e lo Stato.

## **Bibliografia**

- C. Marta, *Società multi-etnica: assimilazione o pluralismo culturale? Storia e limiti di alcune idee correnti*, in E. Pugliese (a cura), *Razzisti e solidali*, Ediesse, Roma, 1993, pp. 90-102.
- M. Colasanto, *Oltre la dicotomia tra cittadinanza sociale e cittadinanza economica*, in M. Ambrosini, G. Blangiardo, M. Colasanto, L. Zanfrini, *L'integrazione invisibile*, Vita e Pensiero, Milano, 1993.
- H. Entzinger, *L'immigrazione in Europa: questioni aperte per gli anni '90*, in Colasanto M., Ambrosini M. (a cura), *Noi e l'altro*, pp. 17-30.
- J. Habermas, C. Taylor, *Multiculturalismo. Lotte per il riconoscimento*, Feltrinelli, Milano, 1998.
- F. Crespi, R. Segatori (a cura), *Multiculturalismo e democrazia*, Donzelli, Roma, 1996.
- R. Constable, *Relazionalità ed appartenenza: fondamenti per una riflessione etica sul lavoro sociale*, in F. Villa, *Dimensioni del servizio sociale*, Vita e Pensiero, Milano, 1992, pp. 261-279.
- E. M. Mafrolla, B. Nascimbene, in ISMU, *Settimo Rapporto sulle migrazioni 2001*, Franco Angeli, Milano, 2002, p. 57.
- Bisogno, Gallo, *L'acquisto della cittadinanza, strumento o risultato di un processo di integrazione: un confronto tra alcuni Paesi europei nei primi anni Novanta*, "Studi Emigrazione", n. 137, 2000, pp. 145-173.
- F. Dubet, *Immigrations: qu'en savons nous? Un bilan des connaissances*, "La documentation française", 1989.
- D. Schnapper, *La France de l'integration: Sociologie de la Nation en 1990*, Gallimard, Paris, 1991.
- D. Lapeyronnie – M. Frybes, *L'integration des minorités immigrées. Etude comparative: France – Grande Bretagne*, ADRI, Paris, 1990.
- A. Bastenier, F. Dassetto, *Nodi conflittuali conseguenti all'insediamento definitivo delle popolazioni immigrate nei paesi europei*, in AA. VV., *Italia, Europa e nuove immigrazioni*, Fondazione Agnelli, Torino, 1990.

## **Nota sull'autore**

Roberta Teresa Di Rosa, sociologa e mediatrice di comunità, è assegnista di ricerca presso l'area sociologica del Dipartimento di Beni Culturali dell'Università di Palermo, e collabora all'attività didattica e scientifica delle Cattedre di Sociologia, Sociologia delle Relazioni Etniche e Sociologia della Famiglia della stessa Facoltà. Dottoranda in Sociologia, svolge attualmente attività di ricerca sulle politiche di integrazione in relazione alla mediazione interculturale in Europa e sui temi dei nuovi diritti e della cittadinanza sociale. Socia S.I.M.M. dal 2000.

E mail: [rdirosa@libero.it](mailto:rdirosa@libero.it)

## **INTEGRAZIONE TRA I SERVIZI TERRITORIALI E OSPEDALIERI PER LE DONNE MIGRANTI A REGGIO EMILIA**

*A. Foracchia (Consultorio Familiare e CSFS Distretto di Reggio E.)*

*A. Venturini (U.O. Ostetricia e Ginecologia Arcispedale S. Maria Nuova RE)*

### La popolazione

Di fronte al numero sempre crescente di popolazione immigrata (da 5698 nel 1998 a 9915 nel 2002) e al suo cambiamento qualitativo (con un aumento della componente femminile che ha raggiunto nel 2002 il 42% ) è contemporaneamente aumentata la richiesta di servizi in campo sociale e sanitario.

Alla popolazione immigrata regolare si aggiunge poi una componente di circa 1000 persone irregolari (10% della popolazione regolare, secondo stime Caritas confermate dalla osservazione presso i nostri servizi) che porta la percentuale degli immigrati ad oltre il 6.6% della popolazione generale. Questo dato avvicina la nostra città agli standard europei e situa Reggio al 4° posto (dopo Roma, Milano e Prato) per numero di immigrati rispetto ai residenti.

Il servizio consultoriale ha visto cambiare la sua utenza che rispetto agli inizi della attività (anni '70) quando si rivolgeva ad una utenza prevalentemente autoctona e di livello socio-culturale medio-alto, si rivolge oggi ad una rilevante percentuale di popolazione di provenienza extra-comunitaria: questo ha portato alla attivazione al suo interno di spazi particolarmente dedicati ad alcune fasce di popolazione che necessitano di particolare attenzione. Sono così nati (98) il Centro Salute Famiglia Straniera (indirizzato agli immigrati senza permesso di soggiorno) e lo spazio Eva Luna (per assistenza sanitaria alle prostitute). Con il passare del tempo anche l'utenza presso questi spazi si sta modificando e attualmente accedono al CSFS anche le donne cinesi in regola con il permesso di soggiorno ma che, per la particolare difficoltà linguistica e di integrazione culturale, possono avvalersi delle mediatrici culturali operanti stabilmente presso il Centro e le "badanti" provenienti dai paesi dell'Est (spesso in situazione di irregolarità o con particolari difficoltà, per il tipo di lavoro svolto, a rivolgersi ai servizi negli orari e con le modalità della popolazione residente).

Il cambiamento della utenza di tutto il servizio consultoriale (con nuove utenti per circa il 38% di provenienza straniera nel 2002) è stato particolarmente rilevante nel settore ostetrico, con un aumento del n° di gravidanze seguite direttamente, che nel 2002 hanno costituito oltre il 57% del totale delle gravidanze.

Questo si correla col dato dei parti del principale ospedale di riferimento dove la % di parti di donne straniere è passato dal 4.3% (1990) al 9.6 % (1995) per arrivare al 19% (2001) e attualmente (2003) al 27% .

Anche nelle richieste di IVG si è assistito ad un cambiamento: in contro-tendenza rispetto alla popolazione italiana dove il tasso di abortività si è ridotto progressivamente (da 7901 nel 1998 a 7463 nel 2000 ) per le donne straniere si è incrementato ( da 1423 a 1837 negli stessi periodi , secondo i dati regionali). Come per i par-

ti il n° di interventi per IVG nelle donne straniere si è incrementato percentualmente passando dal 9.4% (1994) al 19.9% (1999).

I dati degli ospedali della provincia registrano un lieve calo nel n° assoluto di interventi tra il 2001(1450) e il 2002 (1420) ma un significativo aumento nella percentuale di IVG in donne straniere che rappresentavano il 29.7% nel 2001 e il 31.8% nel 2002.

### Accesso ai servizi

Varie istituzioni sono coinvolte nel cambiamento dei servizi in relazione al cambiamento della tipologia della popolazione (Enti locali, Servizio Sanitario, Volontariato sociale, Organi di polizia ecc.). Al loro interno ognuno ha organi preposti al servizio per la popolazione immigrata. Il coordinamento, ma spesso anche la semplice conoscenza reciproca dei diversi organi è già un problema di non facile soluzione.

La popolazione immigrata ha la caratteristica di una estrema frammentazione con oltre 20 nazionalità rappresentate di cui le prime 4 per numero sono di aree completamente differenti (Marocco, Albania, Cina, Ghana) e perciò non raggruppabili per offrire loro servizi comuni (mediazione linguistico culturale, assistenza sociale, corsi di preparazione al parto, servizi di informazione ecc.).

I dati ufficiali non tengono poi conto del “sommerso” rappresentato dalla popolazione immigrata irregolare la cui stima di presenza oscilla intorno al 10% rispetto ai “regolari”.

Le modalità di accesso ai servizi socio-sanitari sono estremamente diverse a seconda della condizione di regolarità o meno rispetto al permesso di soggiorno.

Per i “regolari”, con la possibilità di utilizzare gli stessi “canali” della popolazione residente è possibile il ricorso ai servizi sociali degli Enti Locali e ai servizi sanitari di prevenzione e cura del Sistema Sanitario Nazionale. La scarsa conoscenza della lingua e della strutturazione dei servizi costituisce comunque un ostacolo spesso insormontabile per gran parte di questa popolazione (è emblematico il caso della popolazione cinese che, anche se in regola, utilizza in maniera minima i servizi del SSN rifugiandosi spesso negli ambulatori clandestini gestiti da connazionali)

Il ricorso al medico di base, alle visite specialistiche ambulatoriali, al Consultorio familiare rappresentano di solito un significativo indicatore di integrazione. Molto spesso vengono pertanto utilizzati l’accesso diretto al Pronto Soccorso, ai Reparti Ospedalieri o il ricorso ai servizi “mirati” del Consultorio Familiare (CSFS, Ambulatorio Eva Luna)

Per gli immigrati clandestini il CSFS e l’appoggio a organismi di volontariato o a singole persone amiche o conoscenti rappresentano l’unica via di accesso ai servizi. La integrazione tra i servizi territoriali di prevenzione e cura e i Servizi ospedalieri rappresenta un momento indispensabile per offrire una risposta a richieste spesso considerevolmente differenti rispetto a quelle della popolazione locale



## Problemi comuni per l'accesso /utilizzo dei servizi

I problemi di più frequente riscontro in un cammino di avvicinamento e di utilizzo dei servizi sono:

**Lingua:** la difficoltà di comunicazione ostacola la esposizione e la comprensione adeguata della storia clinica e spesso anche dei sintomi più comuni. La difficoltà presente a livello diagnostico si moltiplica poi quando occorre far capire la terapia e le norme di comportamento da seguire.

**Cultura:** Nella sua accezione più ampia costituisce, con alcune popolazioni, l'ostacolo di gran lunga più difficile e non superabile con la semplice "buona volontà reciproca". Ne risulta una rapporto spesso ridotto alla esasperazione del "tecnicismo" con un abuso nel ricorso a presidi diagnostici e terapeutici e una compliance successiva molto bassa

**Difficoltà di spostamento /scarsa mobilità:** il/la paziente si presenta ai servizi sia territoriali che, soprattutto, ospedalieri in orari compatibili con le esigenze familiari (es. orari del marito o disponibilità di trasporto) Ne consegue il ricorso frequente a visite "urgenti" o comunque in luoghi e tempi inappropriati che diminuiscono la qualità (già spesso carente per i motivi precedentemente esposti) della prestazione. La difficoltà aumenta per l'accesso agli esami strumentali o di laboratorio in cui gli orari sono più rigidi.

**Abitudini di vita e alimentari .** Difficoltà di prescrizioni inerenti la dieta, disvitaminosi, patologie da carenza alimentare, disagio/intolleranza durante la degenza ospedaliera, periodi di digiuno o restrizioni dietetiche su base religiosa e/o culturale  
**Difficoltà abitative.** Coincidono spesso con un incremento delle patologie "da povertà" (TBC, scabbia, malattie da raffreddamento) e con aumentate difficoltà alla dimissione (ostacolo alla dimissione "precoce" o all'utilizzo di servizi in "day hospital").

**Difficoltà di natura socio-economica.** Si presentano con maggiore frequenza patologie legate ad una tipologia e a condizioni di lavoro particolari che vanno ben indagate. In campo ostetrico l'aumento nella incidenza dei parti prematuri o la bassa incidenza di allattamento al seno in popolazioni che culturalmente lo attuerebbero hanno spesso una connotazione di "patologia del lavoro"

**Fenomeni di violenza / pressioni esterne.** Patologie traumatiche , ma anche aumento di MST o spostamenti improvvisi con abbandono di percorsi terapeutici sono spesso riconducibili a condizioni di violenza o situazioni di incertezza e di pericolo in cui vivono alcuni/e pazienti. A questo si aggiunge una "omertà" legata alla paura di isolamento dalla comunità di origine in caso di denuncia che spesso rendono impossibile l'intervento dei servizi sociali o degli organi di polizia (violenza domestica, abuso di alcool o di droghe ecc.)

Mentre per alcuni di questi problemi le soluzioni sono immediatamente possibili e alcune sono già in atto (es. mediazione culturale, utilizzo di canali di informazione multilingue, attivazione dei servizi sociali ecc. ) per altre occorrono interventi di più ampia portata (es. fenomeni legati alla violenza e alla forzata "omertà", pro-

blemi socio-economici e abitativi) in cui l'ambito sanitario può e deve costituire uno stimolo e fornire indicazioni ma in cui una reale soluzione si può trovare solo a livello di scelte economiche e politiche

### Percorsi facilitati

L'offerta di percorsi chiari per una risposta efficace ai bisogni (espresi e non) e per ottimizzare la efficienza dei servizi rappresenta un obiettivo che deve tenere conto di molte variabili che spesso si influenzano e potenziano a vicenda:

- caratteristiche individuali e di popolazione
- conoscenza della lingua e dei servizi
- motivazione / gravità della patologia /sensibilità individuale
- possibilità di appoggio a “terzi” (persone es. datore di lavoro/amico-a ecc.) o a “enti” (organizzazioni di volontariato, patronati, sindacati, istituzioni religiose ecc)
- possibilità di agire come comunità o come singoli individui

Pur nella consapevolezza dei limiti sopra accennati si individuano alcune strategie già praticabili e già attuate o in via di realizzazione da parte delle strutture territoriali e ospedaliere

1. presenza istituzionalizzata del mediatore culturale nei luoghi e tempi di maggiore presenza di cittadini di diverse etnie (CSFS) con possibilità di ricorso allo stesso su chiamata in condizioni di necessità nella struttura ospedaliera o negli ambulatori specialistici. E' di fondamentale importanza la professionalità e la preparazione del mediatore culturale. La istituzionalizzazione dello stesso implica la conoscenza reciproca tra il mediatore e l'equipe con cui opera garantendo una qualità impossibile a realizzarsi con un mediatore “occasionale”
2. istituzione di protocolli condivisi tra gli operatori e ratifica scritta delle consuetudini (così da rendere uniforme e più comprensibile a tutti l'iter diagnostico e terapeutico)
3. possibilità di prenotazione diretta delle visite specialistiche e degli es. strumentali da parte delle Strutture Esterne (SE), che dispongono in quel momento del mediatore culturale.
4. esecuzione in un unico luogo e momento del più alto numero possibile di prestazioni ( p. es. visita ostetrica, esame strumentale ecografico, es. di laboratorio di base)
5. individuazione di un referente interno alla struttura ospedaliera
6. individuazione di metodiche di follow-up per i casi riferiti alla struttura ospedaliera e per i casi dimessi da questa
7. adozione di una modulistica uguale o compatibile (es. l'ospedale accetta e utilizza la cartellina clinica delle SE e la integra durante il ricovero utiliz-

zandola come strumento di comunicazione con la SE garantendo una continuità diagnostica e terapeutica; la SE adotta la scheda di ricovero dell'ospedale indicando già prima del ricovero il percorso suggerito per diagnosi e cura)

8. fornitura al paziente inviato dalla SE all'ospedale di indicazioni chiare e multi-lingue (nome dell'ambulatorio/ufficio, n° della stanza, percorso per raggiungerlo, orari di apertura, data e ora di eventuali prenotazioni, n° telefonico da utilizzare in caso di necessità per comunicazioni da e con la struttura di destinazione)
9. fornitura di modulo di accompagnamento multilingue, che in modo breve e chiaro consenta una rapida identificazione del problema da parte dell'operatore con l'annotazione dei dati più rilevanti (es. data della ultima mestruazione ecc.)
10. fogli di consenso informato e percorsi interni all'ospedale, multilingue, che possano essere consegnati al paziente anche da parte delle SE quando, con la presenza del mediatore culturale possa essere più agevole la comunicazione.
11. lettera di dimissione o referto della visita, multilingue con chiara indicazione della SE a cui portarlo per il controllo e il follow-up post-ricovero
12. corsi di preparazione al parto specifici per i maggiori gruppi etnici, con presenza delle mediatrici culturali e che coinvolgano anche la struttura ospedaliera di riferimento

Reggio E, 21 febbraio 2004

## L'ESPERIENZA FORMATIVA DEL NATIONAL FOCAL POINT ITALIANO IN AMBITO TRANSCULTURALE

*Anna Maria Luzi, Anna Colucci*

Reparto di Epidemiologia – Dip. Malattie Infettive, Parassitarie e Immunomediate  
Istituto Superiore di Sanità - Roma

### **Introduzione**

Nel mondo sono circa 175 milioni le persone che vivono lontano dai loro paesi di origine, tale cifra non comprende coloro i quali sono privi di documenti; pertanto il numero dei migranti sembrerebbe essere molto più alto [1]. Per quanto riguarda l'Unione Europea (UE) gli stranieri stabilmente presenti sono circa 20 milioni di persone. L'Italia è tra i paesi dell'Europa occidentale che ha registrato, nell'ultimo ventennio, un aumento del flusso migratorio, raggiungendo, all'inizio del 2003, gli oltre 2 milioni di stranieri con regolare permesso di soggiorno [2].

Tale mobilità di persone appartenenti a contesti socioculturali ed economici differenti ha richiesto ai singoli governi e all'UE, risposte legislative, organizzative e sanitarie specifiche. Nel nostro Paese il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, nell'ambito delle molteplici azioni a tutela della salute delle popolazioni migranti, indica, tra l'altro, la necessità di interventi che facilitino l'accesso ai servizi e migliorino la loro fruibilità attraverso un'informazione specifica che tenga conto della diversità culturale di tale target. Infatti, il documento sottolinea l'importanza di "assicurare l'accesso delle popolazioni immigrate al Servizio Sanitario Nazionale adeguando l'offerta di assistenza pubblica in modo da renderla visibile, facilmente accessibile, attivamente disponibile e in sintonia con i bisogni di questi nuovi gruppi di popolazione" [3].

In Italia, tra le iniziative intraprese per affrontare le esigenze sanitarie che il fenomeno migratorio comporta, il National Focal Point (NFP) costituitosi nel 1997 nell'ambito del Progetto Europeo AIDS & Mobility e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, rappresenta un'esperienza di collaborazione tra Istituzioni pubbliche, Associazioni di Volontariato ed Organizzazioni non Governative. Le attività che il gruppo svolge si concentrano prevalentemente nell'area della ricerca e della formazione.

Alcuni studi condotti dal NFP italiano, a livello europeo e nazionale, hanno evidenziato la necessità di puntare su interventi formativi mirati a creare le condizioni per un approccio multiprofessionale integrato attraverso l'aggiornamento/perfezionamento delle conoscenze tecnico-scientifiche e comunicativo-relazionali degli operatori, in modo da poter rispondere efficacemente alla complessità della domanda di salute posta dal cittadino straniero [4, 5]. Per rispondere a tale necessità alcuni membri del NFP italiano, esperti in attività di formazione, hanno elaborato una metodologia didattica specifica per operatori con differenti professionalità, impegnati in interventi rivolti a popolazioni migranti per la prevenzione primaria, secondaria e terziaria delle malattie sessualmente trasmesse.

Il presente lavoro intende fornire una riflessione sulla metodologia adottata nell'organizzazione, gestione e conduzione di percorsi formativi in ambito transculturale.

### **Metodologia**

La formazione degli operatori impegnati in tale contesto include la necessità sia di fornire informazioni e conoscenze, sia di affinare qualità e abilità pertinenti ad attività e a compiti specifici al fine di acquisire competenze per erogare prestazioni ottimali.

Il modello formativo proposto dal NFP italiano, ponendo attenzione alla componente cognitiva, pragmatico-operativa ed affettivo-relazionale, è stato finalizzato all'insegnamento-apprendimento del bagaglio conoscitivo e dei comportamenti operativi, nonché all'acquisizione performance, di abilità relazionali e di strategie comunicative, affiancate dalla consapevolezza dei propri personali stili interattivi. Tale metodo si ispira ai principi e ai criteri del modello andragogico (rivolto cioè all'educazione degli adulti) dello studioso americano Malcom Knowles che pone al centro dell'intervento formativo l'esperienza del singolo operatore, il quale diventa elemento centrale come persona, come soggetto di apprendimento, come professionista. Lo scopo è quello di stimolare nel partecipante nuovi schemi cognitivi, elaborazioni concettuali e collegamenti con l'esperienza pratica, atti a consentire non solo rapide e corrette risposte alle richieste abituali della persona straniera, ma anche interventi specifici in relazione alla complessità che la situazione presenta. In quest'ottica l'operatore entra nella relazione con l'altro come persona olistica con propri i vissuti emotivi, con la propria storia familiare, con il sistema valoriale e culturale del proprio contesto di appartenenza, oltre che come professionista inserito in un'equipe di lavoro [6].

Tale premessa teorica ha consentito di mettere a punto un percorso formativo per operatori psico-socio-sanitari impegnati in strutture pubbliche e di volontariato alle quali accedono anche cittadini stranieri. Si è proceduto non per argomenti, ma per obiettivi, chiaramente condivisi, orientati a:

- fornire le conoscenze relative all'identificazione dei criteri fondamentali per un lavoro di equipe e di rete transculturale;
- analizzare le singole identità professionali degli operatori psico-socio-sanitari impegnati in strutture pubbliche e non governative alle quali accedono cittadini stranieri
- identificare i principi fondamentali di una buona comunicazione e le strategie per migliorarla;
- individuare buone prassi per ottimizzare la comunicazione e la relazione tra l'equipe psico-socio-sanitaria e il cittadino straniero.

Per il raggiungimento di tali obiettivi si è strutturato un percorso teorico-pratico della durata di 40 ore (distribuite in cinque giorni dal lunedì al venerdì). Ciò ha

permesso di avere un tempo sufficientemente lungo, ma anche concentrato in una sola settimana, per approfondire gli argomenti trattati sia nei contenuti tecnico-scientifici, sia negli aspetti comunicativo-relazionali.

Il metodo didattico, di tipo interattivo, ha alternato lezioni teoriche con esercitazioni di gruppo, esposizione di lavoro in gruppo, role play didattico-formativi e discussioni in plenaria.

I partecipanti, provenienti da differenti regioni del Nord, Centro e Sud Italia, con differenti ruoli professionali (medici, psicologi, biologi, assistenti sociali, infermieri professionali e mediatori culturali) hanno potuto lavorare in piccoli gruppi, simulando vere e proprie equipe multiprofessionali. In tal modo le esercitazioni pratiche hanno portato a risultati di estremo interesse, che insieme al materiale didattico e alle indicazioni bibliografiche fornite, hanno costituito un “pacchetto” completo quale contributo di tutti, docenti e partecipanti.

Quasi tutti i componenti del corpo docente, che si sono alternati nello svolgimento delle lezioni e delle esercitazioni, sono membri del NFP italiano, oltre che attivamente impegnati, da anni, in strutture governative e non alle quali si rivolgono persone di nazionalità non italiana. Ogni lezione è stata svolta utilizzando un’analogia metodologia orientata a favorire la partecipazione attiva del discente.

L’attenzione posta ad ogni singolo operatore, quale partecipante attivo all’interno del gruppo in formazione, ha permesso di creare un clima d’aula di accettazione, di rispetto, di stima, di fiducia e di collaborazione reciproca cosicché i partecipanti sono riusciti ad utilizzare le proprie risorse personali e professionali nonché a cogliere spunti di riflessione e opportunità scaturiti dalla globalità del contesto.

## **Conclusioni**

La metodologia formativa utilizzata dal NFP italiano, ponendo attenzione alla partecipazione e al coinvolgimento attivo del discente in ogni fase del percorso, alla valorizzazione della sua esperienza professionale, all’interazione tra docente, partecipante e gruppo, può rappresentare un processo dinamico efficace non solo per soddisfare i bisogni formativi del singolo, ma anche per attivare la capacità dell’operatore di integrare le sue risorse personali e professionali per un intervento sanitario in ambito transculturale [7].

Una considerazione che emerge da tale esperienza è che al di là dei contenuti tecnico-scientifici oggetto del percorso formativo, l’attenzione posta agli aspetti comunicativo-relazionali ha permesso di definire un modello potenzialmente trasferibile e applicabile anche in contesti formativi diversificati.

## **Bibliografia**

1. The Lancet publishing group. Migration, human rights and health. *The Lancet* 2003;362:2019 www.thelancet.com.
2. Caritas. *Immigrazione - Dossier Statistico 2003*. Roma: Nuova Anterem; 2003.
3. Ministero della salute. *Piano Nazionale Sanitario 2003-2005*. www.ministerosalute.it
4. Luzi AM. (a cura di). *Creation of a net among the NFP of the countries of the Mediterranean Area - Final Report*. Istituto Superiore di Sanità 2001.
5. Petrosillo N, Colucci A, Grandi F, Luzi AM, Palmieri F, Pugliese L. La rete delle strutture psico-socio-sanitarie non governative per popolazioni migranti con problematiche di HIV/AIDS in Italia. *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità* 2003;16(6):11-13.
6. De Mei B, Luzi AM. La formazione continua in ambito sanitario. *Diagnostica Bios* 2003;VIII(3):23-29
7. Esposito T, El Hamad I, Luzi AM, De Mei B. Integrazione e relazione per una medicina Transculturale. *Diagnostica Bios* 2002;VII(2):24-32.

*Un sincero ringraziamento a: Pietro Gallo, Rudi Valli, Barbara De Mei, Anna D'Agostini e a tutti i docenti che con la loro fattiva collaborazione hanno contribuito alla realizzazione dell'esperienza formativa.*

**Membri del National Focal Point Italiano** - Francesco ALBERICI, Laura CAMONI, Anna COLUCCI, Pia COVRE, Anna D'AGOSTINI, Alfio DI MAMBRO, Issa EL HAMAD, Anna Rosa FRATI, Pietro GALLO, Salvatore GERACI, Anna Maria LUZI, Mara MANGHI, Michela MARTINI, Rodolfo MAYER, Aldo MORRONE, Rosanna PARADISO, Nicola PETROSILLO, Tullio PRESTILEO, Giovanni REZZA, Enrica ROSA, Giulia SCARAVELLI, Angela SPINELLI, Laura SPIZZICHINO, Rudi VALLI, Stefano VOLPICELLI, Vincenzo VULLO

### **Per ulteriori informazioni in merito**

Anna Maria Luzi

Reparto di Epidemiologia Dipartimento di Malattie, Infettive, Parassitarie e Immunomediate

Istituto Superiore di Sanità

V.le Regina Elena, 299 – 00161 Roma

Tel ++39 06 49902029

Tel ++ 39 06 49902695

E-mail: anna.luzi@iss.it

## **BAMBINI DI RECENTE IMMIGRAZIONE : RICERCA – INTERVENTO SU HBSAG E HBSAB**

*R. Fornaciari, T. Fontanesi*  
Servizio Pediatria e Salute Donna  
AUSL Reggio Emilia

Le Pediatria di Comunità dell'Azienda USL di Reggio Emilia sottopongono i soggetti da 0 a 16 anni provenienti da paesi in via di sviluppo, ad una serie di accertamenti. Come da indicazioni regionali viene eseguita l'intradermoreazione secondo Mantoux e in caso non possiedano documentazione delle avvenute vaccinazioni il tetan – test; vengono inoltre valutati i markers dell'Epatite B.

Presentiamo i risultati riguardanti questi ultimi.

Dal 1999 al 2003 i prelievi effettuati sono stati 1546 . Il maggior numero di soggetti proviene dall'Asia, seguito dai Paesi dell'Europa dell'Est e dai Paesi Arabi, meno rappresentati sono l'Africa Centro – meridionale e ancor meno l'America Latina.

Si è rilevato che complessivamente il 3,36% è positivo per l'HbsAg e il 25,68% lo è per l'HbsAb. **(Recente indagine sulle gestanti dava il 6% di positivi per l'HbsAg nei in via di sviluppo)**

Le percentuali di positività sono molto diverse a seconda delle zone di provenienza. Rispetto all'HbsAg troviamo al primo posto l'Africa centro-meridionale (6,37%) poi l'Asia (4,31%).

Se consideriamo insieme la positività per HbsAg e HbsAb (che ci danno un'idea di quanto è circolante il virus in queste zone) abbiamo risultati simili sia per l'Asia (35,34% ) che per l'Africa (36,27), al terzo posto c'è l'Europa dell'Est (3,17%).

Se scorriamo poi le zone con le percentuali più alte, troviamo alcuni paesi più rappresentati. All'interno degli asiatici, il gruppo di cinesi presenta una positività complessiva (HbsAg e/o HbsAb) del 70,15% e soltanto all'HbsAg dell'9,70%; tra gli albanesi la totale è il 39,34%, HbsAg+ nel 6,01%. Il 37,6% dei Ghanesi è positivo con HbsAg nel 6,40%. Gli Indiani e i Pakistani che costituiscono ben il 73% dei nostri asiatici hanno una percentuale di positività complessiva decisamente inferiore (24,23%) con positività HbsAg circa del 2,82%.

Le azioni conseguenti queste nostre indagini sono:

- HBsAb +            esonero dalla vaccinazione anti HBV;
- HBsAg +            esonero dalla vaccinazione anti HBV;
- controllo dell'avvenuta vaccinazione dei soggetti-contatti nella collettività infantile/scolastica;
- controllo ematico dei conviventi e vaccinazione anti-epatite B ai negativi;



- educazione sanitaria al soggetto, familiari e comunità scolastica frequentata;
  - informazione al medico curante
- Negativi                    vaccinazione anti HBV

Abbiamo calcolato i costi di questa strategia rispetto a quella di vaccinare tutti con la vaccinazione dell'obbligo antiepatite B senza il controllo preliminare.

Sono stati spesi nella nostra Azienda complessivamente soltanto € 7680 in più in 4 anni; pertanto si è deciso di continuare questa prassi .

I costi in termini di tempo e pazienza per attuarla, (in quanto comporta "l'inseguimento" delle persone, l'esecuzione del prelievo, gli esiti da consegnare, l'eventuale vaccinazione....) sono meno calcolabili!

Proprio per questo ringraziamo le ASV e I.P. dei nostri servizi e dell'Ospedale che rendono possibile questa strategia che riteniamo importante per conoscere la prevalenza del fenomeno nei bambini immigrati, ma soprattutto per le azioni conseguenti riguardanti sia il soggetto HbsAg positivo che la collettività che lo ospita.

**L'INCONTRO E L'INTEGRAZIONE TRA CULTURE DELLA  
SALUTE NELLA U.O.  
CONSULTORI DELL'AZIENDA USL DI BOLOGNA:  
DONNE CINESI E ITALIANE**

*Grazia Lesi \**

*Con la collaborazione di Simona Sgarzi\*\**

U.O. Consultori (responsabile. dott.sa C.M. Garavini) Azienda USL di Bologna  
\*Ginecologa, esperta in medicina tradizionale cinese, referente dell'ambulatorio sperimentale di agopuntura in menopausa, operante presso il Centro per salute delle donne straniere, \*\* mediatrice culturale di Cinese, U.O. Consultori ASL di Bologna.

L'esperienza di accoglienza e cura delle donne immigrate nella ASL di Bologna, inizia nel 1991, con la costituzione del Centro per la Salute delle Donne Straniere e dei Loro Bambini (responsabile dott.sa M.G. Caccialupi), che è inoltre, il primo servizio sanitario pubblico, in Italia, a farsi carico di donne e bambini immigrati, regolari e irregolari.

La domanda di salute posta al consultorio ginecologico del CSDB, non si differenzia da quella degli altri consultori cittadini: gravidanza, interruzione volontaria di gravidanza, contraccezione, sessualità, prevenzione oncologica, ginecologia di base, prevenzione diagnosi e terapia delle MST. La salute della donna immigrata non pone, quindi problemi particolari, ma ci invita e costringe a cambiare stile di lavoro e approccio, perché mette a confronto il sapere scientifico oggettivo con bisogni multipli e complessi, con aspetti relazionali, sociali, familiari, psicologici e con eventuali medicine tradizionali. La comprensione e l'accettazione di questi aspetti è indispensabile per la comprensione della domanda di salute e per ottenere la collaborazione della donna al percorso diagnostico/terapeutico.

Per un medico di formazione occidentale la salute e nello specifico la salute della donna è un concetto strettamente legato all'applicazione di conoscenze tecnico/scientifiche accertate, cui conseguono linee guida e di comportamento condivise e dimostrabili. In questa situazione formativa, la persona nella sua globalità è spesso trascurata e le risonanze personali, relative alle varie fasi di maturazione della donna o il significato di malattia, sono di conseguenza, ancora oggi sottovalutate.

C'è un altro aspetto importante, la presenza di un'altra figura in ambulatorio, la mediatrice culturale che può essere inizialmente fonte di disorientamento per l'operatore sanitario, perché allunga i tempi della prestazione, introduce un elemento di verifica delle azioni e della relazione con la paziente e costringe in sostanza ad un rapporto mediato a tre persone che sembra disturbare il rapporto diretto con l'utente. La presenza della mediatrice è in realtà una garanzia, perché dalle eventuali difficoltà di comprensione linguistico/culturali, non insorgano errori clinici.

## **La salute della donna e il percorso di maternità**

E' importante, prima di addentrarci nello specifico cinese, fare alcune riflessioni, per nulla esaustive, relativamente alla gravidanza nella donna immigrata in quanto questo è un evento centrale, quindi molto presente nei nostri servizi. Per le donne dei paesi non industrializzati la gravidanza è un evento fisiologico e come tale è vissuto dalle donne di altre culture, anche nelle situazioni di grande disagio sociale. Da questa convinzione e da una diversa idea di salute, derivano comportamenti differenti nella cura di se. In generale il numero di visite mediche è minore e il primo controllo avviene, di frequente, dopo il primo trimestre di gravidanza. Il diverso senso del pudore, la religione, le abitudini di vita da cui discendono concetti di prevenzione e salute in gravidanza radicalmente diversi dai nostri o anche difficoltà di presa in carico da parte dei servizi sanitari, sono alcune cause delle tante difficoltà ad eseguire i controlli ritenuti necessari, in base ai protocolli condivisi dai nostri servizi sanitarie e talvolta potrà essere necessario valutare caso per caso il tipo di accertamenti e le modalità con cui eseguirli.

Tra gli accertamenti della gravidanza, l'ecografia e la più conosciuta, a mio avviso essa rappresenta un po' l'emblema della potenza mitica della medicina occidentale e la richiesta si fa a volte fuori luogo, a causa delle aspettative di cui è investita.

Il regime alimentare è il cardine di una buona gravidanza, questo è un dato noto, ma un nodo difficile da sciogliere perché si scontra con aspetti della persona che superano il semplice dato scientifico di cosa è utile e di cosa non lo è. E' bene, ricordare che il cibo è elemento di riconoscimento, soprattutto nella donna in gravidanza, quindi valorizzare le abitudini alimentari d'origine aiuta la donna a non sentirsi estranea all'ambiente in cui deve vivere. Proprio perché i significati del cibo, superano il dato qualitativo/quantitativo, per correlarsi alla provenienza sociale, familiare, culturale e quindi alla cura di se e degli altri, il medico o l'operatore sanitario, che si occupa, con rispetto, dell'alimentazione favorisce la sensazione di presa in carico e la collaborazione della donna. Per questi motivi il consiglio alimentare standard, non è di alcuna utilità; è più efficace ai fini della comprensione e della rilevazione di eventuali errori alimentari, raccogliere informazioni relativamente ai cibi d'uso comune e successivamente ragionare insieme alla donna per scegliere lo stile alimentare, applicando di conseguenza, le conoscenze teoriche e scientifiche.

Le abitudini di vita, il ritmo sonno veglia, il ritmo lavorativo, la possibilità di uscire di casa e di orientarsi nel nuovo ambiente, la condizione sociale o di emarginazione, influenzano il buon andamento della gravidanza. Ad esempio, è frequente il riscontro di anemia nelle cinesi a causa del ritmo lavorativo, che influenza l'alimentazione regolare. E' possibile riscontrare malattie a trasmissione sessuale, nelle donne che nel corso del lungo viaggio verso i nostri paesi hanno subito episodi di violenza sessuale o che giungono seguendo i percorsi della prostituzione specie se coatta. In tutte queste situazioni è fondamentale l'anamnesi accurata e rispettosa della persona, che faciliti l'apertura al dialogo e alla comunicazione di questi

ed altri eventi personali e sociali significativi, per la buona salute della donna e dal bambino .

Difficoltà maggiori, sorgono di fronte ad una diagnosi negativa, in questi casi il colloquio si fa difficile e teso perché s'intersecano la reazione emotiva naturale della paziente, la difficoltà di comunicazione o meglio di mediazione, con la necessità di esprimere l'urgenza o la gravità del caso, per ottenere la collaborazione nell'iter terapeutico. In queste situazioni, l'ascolto della donna deve essere particolarmente attento e la mediazione è uno strumento prezioso; c'è come un sentire comune da parte del medico e della mediatrice, che a sua volta, sente le emozioni e il modo d'intendere la malattia della donna, la mediatrice diviene come un diapason che vibra su due lunghezze d'onda diverse per ottenere un'insieme armonico ed efficace sia dal punto di vista umano che tecnico/scientifico. Un caso è stato particolarmente significativo, la comunicazione della diagnosi di malformazione cardiaca del feto ad una donna cinese. La signora esprimeva l'angoscia solo attraverso il linguaggio non verbale ciò ostacolava la comunicazione. In questo caso la provenienza geografico/culturale, gioca un ruolo importante.

### **La relazione con la donna cinese in ambito sanitario**

Anche, se è necessario evitare di cadere nell'esotismo, che rischierebbe di aggiungere un'ulteriore stereotipo culturale ai numerosi già esistenti, è evidente che nella relazione con la donna cinese esistono peculiarità che si richiamano alla particolare situazione sociale e culturale da cui proviene.

Prima di affrontare gli aspetti più strettamente legati alla visione della salute è bene precisare che non tutto è cultura, la Cina è grande e lo Zheng Jang, da cui proviene la maggior parte delle nostre utenti, ne è una piccola porzione. Le persone che giungono da questa parte della Cina provengono da aree (villaggi) a bassa scolarità, quindi sarebbe sbagliato trarre conclusioni generali, che estendono comportamenti rilevati in questa popolazione a tutta la Cina. Un altro aspetto da sottolineare è che ciò che si vede nei nostri paesi è un riflesso minimo di un evento migratorio interno molto esteso, dalle campagne alle aree urbane. Questo evento è generato in gran parte da modificazioni economico-politiche orientate alla liberalizzazione del mercato, che sta cambiando radicalmente la Cina

Di questo evento complesso, soffrono in modo particolare le popolazioni dei villaggi, quindi chi può, chi ha qualche possibilità economica in più, tende a spostarsi verso la città o fuori dal paese. Come per tutte le popolazioni costrette alla migrazione, la priorità è il miglioramento economico e di condizioni di vita, quindi la salute e la salute riproduttiva in particolare, è un problema che passa in secondo piano. Questo è il quadro di popolazione che si presenta ai nostri servizi, composto da un insieme complesso e articolato, sarebbe, perciò, un errore semplificare senza comprendere. (1)

E' innegabile però che la Cina possiede un modo di concepire la realtà e salute fondamentalmente diverso dall'occidente. Quindi, quando ci si rapporta con queste

utenti bisogna tenere presenti diversi aspetti che, se non conosciuti o resi consapevoli, rischiano di disturbare il rapporto terapeutico e influenzare diagnosi, terapia e compliance:

- Aspetti legati alla cultura tradizionale, in cui il pensiero è fondato su aspetti analogici e non logici, quindi, anche la visione della realtà è centrata sulla relazione tra le cose e non è concepita come causa/effetto. La civiltà cinese ha radici storiche antichissime e questa stessa civiltà ha un'idea di salute che oggi in occidente è molto apprezzata. Mi riferisco al concetto di salute come equilibrio globale tra corpo e mente. Non è una semplice idea di unità psiche e soma ma la convinzione profonda che aspetti psichici, fisici, ambientali siano varie facce dello stesso concetto: stare bene. In generale mantengono rapporti forti con la medicina tradizionale, anche se esistono diversità legate alla specifica zona di provenienza
- Ne discendono alcuni aspetti pratici come, ad esempio, la modalità di espressione del disturbo, spesso vista dall'operatore come confusa difficile da interpretare e ricondurre ai nostri schemi diagnostici e richieste di aiuto, che si configurano spesso come non specialistiche anche in un contesto specialistico. Nella medicina tradizionale non esiste il concetto di organo malato ma solo quello di uomo o donna malato.
- Diversità nella comunicazione operatore utente: i codici comunicativi delle utenti cinesi sono spesso diversi da quelli della nostra cultura e non facilmente decodificabili. L'espressione dei sentimenti è disdicevole al primo incontro o quando non vi è confidenza, specie di fronte al medico, visto come autorità. Nella comunicazione non verbale, ad esempio, il sorriso, può essere, segno di imbarazzo di fronte a temi delicati o di rispetto per il medico, che secondo la concezione tradizionale Confuciana è un' autorità. È facile fraintendere, perché, specie al primo contatto, a noi occidentali pare di notare un contrasto stridente tra quello che dice la donna e il suo atteggiamento non verbale.
- Spesso succede che, a causa della consapevolezza della propria diversità e della necessità di ottenere risposta unite alla capacità di adattamento di questo gruppo di popolazione, si verifichi un adeguamento dell'utente all'operatore, al punto che spesso la richiesta sanitaria è formulata in relazione alle capacità di risposta (eco, esami strumentali) che sono note specie ai più inseriti di conseguenza la richiesta di esami strumentali può quindi essere inadeguata e sostitutiva della visita.

### **La donna cinese (Il gruppo di popolazione prevalente al CSDB: 30- 39 %)**

Sono donne giovani cresciute nella Cina comunista, non sono religiose né hanno ricevuto una educazione religiosa, così come la intendiamo noi in occidente, in particolare non esiste l'educazione religiosa a scuola. Lo stato, anche attraverso la scuola, mette in atto un programma di pianificazione familiare che impone un fi-

glio per coppia, ha inoltre, ha istituito sul territorio, una rete capillare di consultori, a cui le donne possono accedere gratuitamente per conoscere e ottenere metodi contraccettivi, accedere a i controlli sanitari e all'interruzione di gravidanza (possibile, anche fino al 6° mese). L'educazione sanitaria, a scuola, è molto diffusa e lo Stato facilita l'uso dei metodi contraccettivi in molti modi, favorendo la contraccezione orale nelle donne giovani e lo IUD dopo il primo figlio.

L'educazione tradizionale, proveniente dalla famiglia, però, non è in sintonia con l'azione dello Stato Cinese, essa si lega alla tradizione Confuciana, del rispetto della famiglia, in cui i figli sono importanti, perché sono l'"onore degli antenati", (in quanto garanzia della discendenza), perciò più figli si fanno e meglio è. Si tratta, di una educazione che non corrisponde al nostro concetto occidentale di religione, ma di un "culto della famiglia". Questa tradizione è in forte conflitto con gli insegnamenti e la politica dello Stato.

Il senso della famiglia, come da noi, è più forte nelle aree rurali, che sono le aree da cui provengono le nostre utenti, specie nei villaggi più isolati (la regione da cui provengono la maggior parte delle utenti è lo Zhen Jiang che ha una estensione di due volte l'Italia). Qui la politica statale è meno forte e le tradizioni più integre e sono ancora presenti strutture sociali di tipo patriarcale, spesso molto chiuse. La politica di limitazione delle nascite è, viceversa, molto sentita nelle città, dove esiste una rete sociale più forte.

Molto spesso queste donne sono, come molte donne migranti, molto legate alle pratiche di salute tradizionali, di cui la medicina tradizionale cinese, è una parte importante. Essa è un corpus di conoscenze sulla salute, molto radicato nella cultura delle donne cinesi (oggi, molto apprezzato anche in occidente). Nei testi antichissimi di medicina tradizionale, si descrive il concetto di salute come "armonia globale" dell'individuo che dipende dall'equilibrio tra uomo e ambiente e tra le cause di "disarmonia", quindi di malattia, le gravidanze ravvicinate e l'aborto sono più volte citati.

### **La visita**

Come per tutte le donne straniere, la prima visita è spesso oltre il primo trimestre e il numero di visite in gravidanza è minore rispetto alla donna italiana, ma, nonostante ciò, la necessità di curare la salute della madre e del bambino è percepita come fondamentale. Il concetto di prevenzione è molto radicato, anche nella medicina tradizionale cinese e favorito dallo stato. Spesso è lo stile di lavoro, legato alla migrazione che a causa delle moltissime ore di impegno giornaliero non lascia il tempo di orientarsi nell'ambiente circostante e quindi di accedere ai servizi. Qualche volta E' possibile, incontrare difficoltà all'esecuzione della visita ginecologica, in questi casi, non è solo un diverso senso del pudore, ma può essere dovuto ad modo d'intendere la diagnosi che non passa necessariamente attraverso il corpo.

## **Il cibo**

Gli alimenti sono raggruppati in categorie utili per curare le malattie in base alle caratteristiche del sapore, freddo /caldo. Le categorie freddo/caldo non si riferiscono però alla temperatura ma alla natura intrinseca del cibo, ad esempio il latte e un cibo freddo e quindi non si usa nei disturbi dovuti al “freddo”. Nella alimentazione delle donne cinesi, inoltre, mancano quasi completamente i derivati del latte, anche in relazione ad una caratteristica costituzionale, che ne ostacola la digestione (carenza di lattasi).

## **La malattia come tabù**

Spesso le anamnesi sono assolutamente in bianco, solo durante il secondo o terzo colloquio emergono dati clinici rilevanti., perché è frequentemente ritenuto disdicevole esporre i problemi della famiglia a chi non si conosce specie se è ritenuto un autorità. Questo è un evento possibile con molte donne cinesi, ma superabile ritornando sulla storia clinica al secondo incontro. E' importante non avere fretta, una volta impostato il rapporto sarà più facile avere le notizie che servono, e nel tempo, la relazione di cura si arricchisce fino a diventare un vero rapporto di fiducia.

## **Esami del sangue**

I controlli emato/chimici in gravidanza incontrano molte resistenze da parte della donna cinese. Secondo la tradizione, il sangue è elemento fondamentale (insieme all'energia) per il buon andamento della gravidanza. Secondo i testi classici della medicina tradizionale :”il sangue in gravidanza aumenta allo scopo di nutrire il feto. Quindi l'estrazione di sangue dal corpo materno è visto come potenzialmente dannoso. E' frequente , in questi casi, la necessità di ridurre il numero di prelievi per rendere accettabile il necessario controllo modificando quindi la cadenza del protocollo, attenendoci ai controlli essenziali.

L'espressione del sintomo

A volte, le donne cinesi esprimono paure o fanno domande che a prima vista sembrano strane, ma che riconsiderate nel contesto della medicina tradizionale cinese sono assolutamente logiche.

Per meglio comprendere questo concetto è utile analizzare alcuni esempi clinici:

Una donna all'inizio della gravidanza ci racconta che è preoccupata perché teme che a seguito di una precedente IVG , “il freddo” entrato nel suo organismo potrà danneggiare la gravidanza e il bambino. La signora esprime così, non solo, la sua preoccupazione per le conseguenze dell' IVG, ma un concetto ben preciso della Medicina Cinese, che considera l'aborto volontario fonte di malattia, perché indebolisce l'energia dell'apparato urogenitale (rene) e chiama in causa il “freddo” come elemento fisico/simbolico di malattia, che penetrato nell'organismo materno può divenire elemento di rischio per la salute della madre e il nascituro. Un'altra donna esprime la nausea gravidica, come “ho dei catarri in bocca” anche questa modalità di espressione del sintomo è tratta dalla tradizione culturale.

Questi pochi esempi fanno comprendere come l’approccio alla salute di queste donne sia peculiare, perciò l’operatore dovrebbe prendere tempo senza giudicare, per decodificare il linguaggio e la modalità di esprimere la realtà, della paziente, con il prezioso contributo della mediatrice.

**La prevenzione**

Infine è bene, sfatare un luogo comune, che le donne cinesi non fanno prevenzione. Il concetto di prevenzione è fondamentale nella medicina cinese che sottolinea l’importanza dello stile di vita, della alimentazione, specie in gravidanza. Questo concetto è molto diffuso nella popolazione cinese, ma spesso difficile da applicare in un paese straniero.

Questi pochi esempi fanno comprendere come l’approccio alla salute di queste donne sia peculiare e necessita di attenzione, conoscenza e rispetto.

Prima di concludere, può essere interessante, esporre qualche dato di utenza, a supporto delle convinzioni espresse, pur se i numeri non possono descrivere la complessità della realtà di questo popolo.

Al nostro servizio nel 2003 circa 1/3 delle donne cinesi (113 su 312) si sono presentate al CSDB per il controllo della gravidanza. Dalle due tabelle seguenti (n°1, n°2) è possibile rilevare gli accessi delle donne cinesi al nostro servizio nel 2002 che sono: per gravidanza il 43,7 %, per contraccezione il 21 %, per IVG il 4,7 %.

Ancora più interessante ci sembra il dato emerso dai ritorni post IVG, che negli ultimi due anni si attestano attorno al 56,7%. Nel nostro servizio possiamo dire che le donne cinesi hanno la maggiore tendenza al ritorno post IVG, per la visita e contraccezione, confermando l’idea che un’adeguata accoglienza e presa in carico, da nel tempo risultati anche, in termini prevenzione.

Motivazioni di accesso	Gravidanza	Contracezione	IVG
al servizio cinesi 2002	384 43,7 %	191 21,1%	42 4,7%
Tot accessi 2002	879		

**tab. n° 1 Motivazioni all’accesso delle utenti cinesi al CSDB 2001/2002**

Richieste di ivg e ritorni post ivg 2001/02 Tot IVG Tot ritorni % ritorni

ESTR. ORIENTE SUD EST ASIA	99	56	56,6

**tab. n° 2 Richieste di IVG e ritorni post IVG al CSDB 2001/2002**

**La medicina cinese per le donne Italiane**

Se da una parte la cultura scientifica occidentale può, ove lo voglia, offrire opportunità di cura e prevenzione alle donne cinesi, la millenaria scienza medica cinese,



offre ove la si voglia applicare, opportunità di una migliore qualità di vita a donne italiane con gravi patologie.

Dai dati raccolti dall'ISS (Luglio 2001) sono circa 9 milioni, pari al 15,6 % della popolazione, gli italiani che hanno fatto ricorso ad almeno una terapia non convenzionale nel triennio 1997-99", questo è un dato, che non è più possibile ignorare o considerare come collegato a gruppi elitari della popolazione italiana. L'Azienda USL di Bologna partecipa ad ricerca multicentrica relativa all'efficacia della terapia con agopuntura nella sindrome climaterica della Federazione Italiana delle Società di Agopuntura (FISA), attualmente in corso di svolgimento. In questo contesto nazionale e locale è nata la proposta di servizio relativa alla terapia con agopuntura della sindrome climaterica, nelle donne che non desiderano o non possono fare terapia sostitutiva ormonale. Dopo l'approvazione da parte del Comitato Etico dell'ASL Bologna Città, della ricerca in oggetto è emersa la necessità, durante la selezione delle candidate alla sperimentazione, di dare risposta a quelle donne in menopausa che per vari motivi presentavano controindicazioni alla terapia sostitutiva, quindi, in accordo con i Centri Menopausa della ASL Bologna Città è nata la proposta di un "Ambulatorio sperimentale per le donne in menopausa, che non vogliono o non possono fare terapia sostitutiva". La richiesta si è perciò selezionata e indirizzata verso la necessità di dare supporto a quelle donne che per motivi clinici non potevano fare terapia sostitutiva, quindi, l'ambulatorio sperimentale di agopuntura si è dimostrato una risorsa importante, per una migliore qualità di vita a donne con seri problemi di salute.

### **Il campione d'utenza**

Abbiamo reclutato, nel periodo gennaio dicembre 2002, venticinque donne che presentavano sintomatologia climaterica con età compresa tra i 48 e i 58 anni, che per motivi clinici, non potevano fare terapia ormonale (quindici utenti operate per neoplasia mammaria, una di papilloma duttale, tre donne con pregressa iperplasia endometriale glandulocistica severa, due con carcinoma endometriale, due affette da tromboflebite, uno da sclerodermia e uno da adenoma surrenalico e una da epatite C complicata da cirrosi epatica)

### **La Metodologia di lavoro**

Nelle sperimentazioni cliniche in Agopuntura è sempre necessario conciliare due opposte esigenze, standardizzare la terapia e nel contempo adattarla alla realtà clinica di ciascun paziente, ciò in quanto, la complessità della diagnostica e della terapia in medicina cinese tende alla personalizzazione e contrasta con le esigenze di riproducibilità del metodo scientifico occidentale, perciò lo schema diagnostico terapeutico proposto, deriva da un compromesso tra le esigenze di rigore scientifico della metodologia di ricerca e le caratteristiche peculiari ed olistiche di questa particolare forma di terapia.

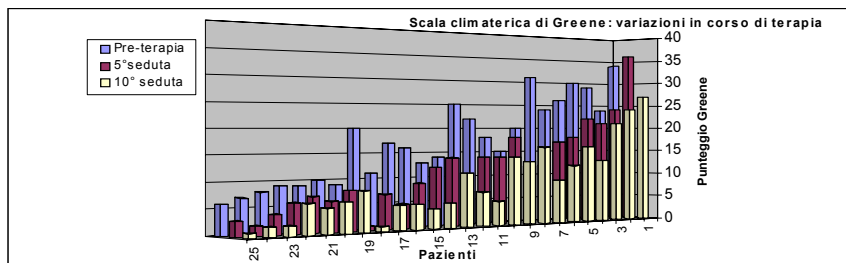
La metodologia è quella messa a punto dal gruppo di ricerca FISA per la multicentrica proposta per la validazione della terapia con agopuntura in menopausa di cui è responsabile nazionale il Dott. M.Romoli e di cui sono responsabili per la AUSL Bologna Città la Dott.ssa Grazia Lesi e per la Matteo Ricci il Dott. Nunzio Matrà. Tale metodologia è stata parzialmente semplificata negli strumenti di verifica dei risultati clinici, perciò sono state proposte : 10 sedute di agopuntura a cadenza settimanale, La Scala climaterica di Greene, quale strumento di verifica della variazione della sintomatologia climaterica.. La metodologia diagnostica e terapeutica utilizzata proviene dal lavoro del gruppo di ricerca FISA che ha, allo scopo proposto, quattro sindromi che in Medicina Tradizionale Cinese, si possono riscontrare in fase menopausale e climaterica., descritte nella seguente tabella)

CLASSIFICAZIONE DELLE SINDROMI CLIMATERICHE SECONDO LA MTC E PUNTI DI AGOPUNTURA ASSOCIATI	
Punti comuni: SP 6, CV 4	
<i>DISARMONIA TRA CUORE E RENE: KI 6, H7, CV 14, K2, PC 6</i>	<i>FUGA DI YANG DEL FEGATO: LR 3, LI 4, GB 20, KI 6,PC 6</i>
palpitazioni/cardiopalmo, insonnia, agitazione, ansia forte, forti/numerose vampate, sete/stipsi, febbre serotina/5 palmi, viso arrossato, lingua rossa, secca, polso rapido.	frequente cefalea emicranica, poussée ipertensive, vertigini improvvise, ansia, agitazione, scoppi d'ira, irritazione, insonnia, lingua normale, polso teso
<i>DEFICIT DI YIN E YANG DEL RENE: KI 7, ST 36, CV 6, GV 20, BL 23</i>	<i>DEFICIT DI YIN DI RENE E FEGATO: KI 6, TE 6, LR 8, ST 25, LR 3</i>
vertigini non improvvise, debolezza, freddolosità, depressione, edemi arti inferiori, lombalgie/gonalgie, artralgie, lingua gonfia e chiara, polso molle,	stipsi con feci secche, secchezza genitale, bocca/gola secche, ansia, insonnia, sporadica cefalea, vertigini non improvvise, lingua secca, non molto rossa, polso debole.

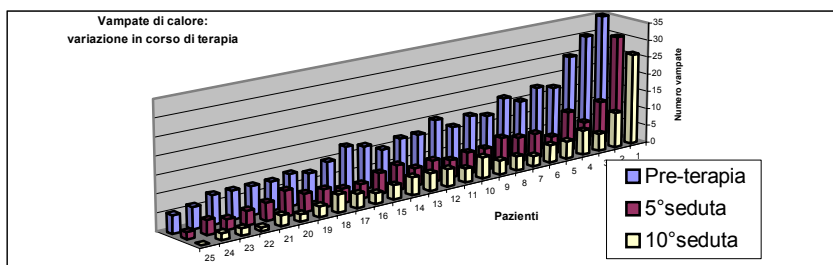
### Risultati Preliminari

La variazione della sintomatologia climaterica è stata misurata con la scala climaterica di Greene e il numero di vampate giornaliere, che le pazienti hanno registrato quotidianamente per tutto il periodo del trattamento. In grafico riportiamo, i dati di questi due parametri prima dell'inizio della terapia, alla 5° seduta e alla 10° seduta, come si vede dalle figura N°1 e N° 2 seguenti. La fig.N° 1 è la trasposizione grafica della variazione del punteggio della scala climaterica di Greene, nel corso della terapia,. relativa alle singole pazienti. Dai dati si verifica una ridu-

zione media al termine della terapia del 47% e in 14 donne su 25 si verifica una riduzione del punteggio della scala climaterica uguale o superiore al 50%



**Fig. 1** Variazione della scala climaterica di Greene nelle ventuno pazienti, prima della terapia, alla quinta seduta e alla decima seduta



**Fig. 2:** Variazione delle vampate di calore per singola donna prima della terapia dopo cinque sedute e dopo dieci sedute

Nella fig. N° 2 possiamo vedere variazione delle vampate di calore, per singola paziente, nel corso della terapia, la riduzione media è del 50% già alla 5° seduta e complessivamente si nota una diminuzione del 64 % del n° delle vampate di calore alla 10 ° seduta. Al termine della terapia 18 pazienti su 25 mostravano una riduzione uguale o superiore al 50% e 11 su 25 una riduzione uguale o superiore al 70%. Tali risultati, seppure preliminari, sono analoghi a quelli ottenuti in precedenza da altri gruppi, in particolar modo dal gruppo di Torino, che ha ottenuto una riduzione del 74,7 % testando pazienti non selezionate. I nostri risultati, soprattutto per quel che riguarda la scala climaterica, che misura anche aspetti psichici, risentono sicuramente della patologia di base, in particolare di tendenze depressive reattive alla malattia neoplastica o di effetti della terapia antitumorale e sono, quindi, paragonabili alla letteratura esistente, tenendo conto della particolare situazione psicofisica di queste donne.

## **Conclusioni**

Per concludere, queste esperienze in corso presso l'Azienda USL di Bologna sono, a nostro avviso, un esempio di come *l'integrazione tra popoli e saperi, è fonte di vantaggi reciproci, anche in termini di miglioramento delle condizioni di salute.* E' solo un primo passo, ma come dice un proverbio cinese "E' MEGLIO ACCENDERE UNA PICCOLA CANDELA CHE MALEDIRE L'OSCURITA'

## Bibliografia

1. Edoarda Masi “Cina e Occidente” quaderni del master sull’immigrazione Università Cà Foscari Venezia ”.
2. Wyon Y, Lindgren R, Hammar M, Lundeberg T Acupuncture against climacteric disorders. Lower number of symptoms after menopause, *Lakartidningen*, 1994, 23, 2318-2322
3. Wyon Y, Lindgren R, Lundeberg T, Hammar M Effects of acupuncture on climacteric vasomotor symptoms, quality of life, and urinary secretion of neuropeptides among postmenopausal women *Menopause: J North Am Menop Soc*, 1995, 1, 3-12
4. Quirico PE, Allais G, Lupi G., Benedetto C La terapia della sindrome climaterica tramite agopuntura Atti del congresso “Medicina non convenzionale in ginecologia e ostetricia”, Modena, 12-12- 98, pag. 34-36.
5. Kraft k., Coulun S. Effect of standardized acupuncture treatment on complaints ,blood pressure and serum lipids of hypertensive,postmenopausal women. A randomized, controlled clinical study.
6. Aso T., Motohashi T., Murata M., Nishimura T., Kakizaki k. The influence of acupuncture stimulation on plasma levels of LH FSH, progesterone and estradiol in normally ovulating women. “ *Am. J. Chin. Med.*“ 1976; 4(4):391-401
7. Zicari n., Ricciotti f., Zicari D. Endocrinology and acupuncture. “*Minerva Medica*” 1983 Nov. 3;74(42); 2513-9
8. O.M.S. Il ruolo delle medicine tradizionali nel sistema sanitario, valutazioni scientifiche e antropologiche. Edizioni **red**

## L'INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA DELLE DONNE STRANIERE NELLA PROVINCIA DI REGGIO EMILIA

*Mara Manghi*

Ostetrica L. Danini - U.O. Pediatria - Salute Donna AUSL RE

A Reggio Emilia, secondo i dati dell'Osservatorio provinciale al 31/12/2003 gli stranieri extra U.E. sono 31378 pari al 6,5% della popolazione residente.

In Italia, secondo il Dossier Caritas 2003 al 31/12/2003 gli stranieri extra U.E. sono 2.500.000 pari al 4% della popolazione residente. Le donne sono passate al 48% dal 42% del 91.

A Reggio Emilia dal 36% del 1993 al 44% del 2002.

Questo rapido processo di femminilizzazione si ripercuote in maniera significativa sui servizi Materno- Infantili. Nei consultori familiari di Reggio Emilia le gravidanze di donne straniere hanno rappresentato nel 2003 il 58% di tutte le gravidanze seguite, ed i nati da almeno un genitore straniero sono stati il 14,3% di tutti i nati (2002).

C'è stato anche un significativo aumento di richieste di IVG di fronte al quale gli operatori sanitari si sono posti molte domande sul "cosa fare" e soprattutto sul "come fare". E siccome per governare un fenomeno è necessario prima di tutto conoscerlo, è stata effettuata una ricerca sulle IVG nelle donne straniere nella provincia di RE.

### **Obiettivi della ricerca**

- Migliorare le conoscenze del fenomeno, soprattutto le motivazioni complesse che spingono le donne straniere immigrate a ricorrere all'interruzione volontaria di gravidanza in misura assai più ampia delle donne autoctone.
- Fornire alle operatrici e agli operatori socio sanitari gli elementi conoscitivi idonei a favorire un adeguato accesso ai servizi socio sanitari da parte delle donne straniere.
- Ipotizzare proposte di prevenzione delle IVG adeguate, modulate sui risultati della ricerca.
- Promuovere un collegamento a rete con i Piani di zona distrettuali della Provincia e in particolare con altri programmi predisposti per l'integrazione sociale delle donne straniere. In quanto l'aborto è l'estito finale di una condizione di difficoltà che parte prima di tutto da difficoltà di tipo materiale ma che tocca l'insieme dei processi di integrazione della popolazione immigrata, ed in particolare delle donne.

### **Promotori della ricerca**

- Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia/U.O. Pediatria e salute donna/Centro Salute Famiglia Straniera
- Provincia di Reggio Emilia/Assessorato alla Solidarietà

**Partnership:** Azienda Ospedaliera S. Maria

### **Metodologia**

- Ricostruzione del contesto socio-sanitario con interviste a testimoni che con ruoli diversi accostano le donne straniere (medici, ostetriche, responsabili di associazioni di volontariato e di associazioni di immigrati)
- Analisi statistica degli andamenti IVG 1999-2001 nella provincia secondo i dati forniti dall'Assessorato alla Sanità della Regione Emilia Romagna.
- Ricerca sul campo

### **Ricerca sul campo**

A tale scopo sono stati utilizzati due diversi strumenti metodologici:

- scheda-questionario compilata da ginecologhe, ostetriche e mediatrici culturali al momento della richiesta di IVG da parte delle donne straniere per avere informazioni più ampie e soggettive rispetto alla scheda Istat (raccolti 107 questionari)
- intervista qualitativa di approfondimento delle vicende soggettive: cultura d'appartenenza, percorsi e progetti migratori, condizioni di vita (raccolte e registrate 19 interviste).

### **I dati più significativi della ricerca**

- **Andamento IVG donne occidentali / straniere negli anni 99-00-01.** Si conferma un dato già conosciuto, e cioè una diminuzione percentuale nelle donne italiane (del 76,3% al 73,7%) ed un aumento nelle donne straniere (dal 23,7% al 26,3%).
- **Tasso di abortività / rapporto di abortività\*.** Pur molto più alto che nelle donne italiane (9,6‰), è in diminuzione passando dal 56,7‰ del 1999 al 46,1‰ del 2001. Anche il rapporto di abortività, che può essere considerato un indicatore sintetico delle scelte riproduttive, è in diminuzione passando da 618,2‰ al 508,4‰.
- **IVG precedenti:**

Anche in questo caso le straniere con IVG precedenti sono in percentuale doppia rispetto alle donne italiane. Anche questa percentuale è in calo passando da un 38% del 1999 al 32,1% del 2001. Le donne dell'Est e le Centro-Africane hanno il maggior indice di IVG precedenti; le Asiatiche (Indo-Pakistane) il minore.

- Per quanto riguarda il **luogo di certificazione** le straniere si rivolgono in maggioranza al consultorio mentre le occidentali al medico di fiducia. Pertanto il consultorio rappresenta sicuramente il luogo privilegiato ove far convergere la maggior parte delle attività di promozione della salute e di prevenzione della IVG
- **Ricerca sul campo**  
Le schede questionario e le interviste approfondite sono state compilate in tutti i Consultori della provincia, al Centro Stranieri e nell'Ospedale della città (107 questionari – 19 interviste). Per quanto riguarda le aree di provenienza al primo posto si trovano le donne dell'Est (primato confermato anche dalle schede ISTAT) mentre al secondo posto si trovano le cinesi (al quarto posto nelle schede Istat dopo Centro-Africane e Magrebine). Questo dato è giustificato dal notevole afflusso di cinesi al Centro Stranieri ove sono state somministrate il maggior numero di schede-questionario

\*tasso di abortività: IVG per mille donne in età feconda  
rapporto di abortività: IVG per mille nati vivi

- **Ragioni dell'IVG.**  
Al primo e secondo posto troviamo le motivazioni date dall'aver già altri figli e da problemi economici (nelle schede Istat il 70% delle straniere richiedenti l'IVG ha figli contro il 57% delle italiane). Si potrebbe interpretare questo dato come il già avvenuto raggiungimento della fecondità desiderata o consentita dalle circostanze.
- **Motivo per il quale è rimasta incinta**  
Oltre il 70% delle intervistate non utilizza mezzi contraccettivi. Si parla genericamente di “un calendario” ma senza conoscenze approfondite nemmeno di quello, come evidenziano poi le interviste qualitative. Anche nel paese di origine il 60% non utilizza nessun metodo contraccettivo
- **Il punto di vista delle donne sui servizi.**  
Il giudizio sui servizi è molto positivo. Sono conosciuti e facili da trovare; le donne li apprezzano per la gentilezza e competenza degli operatori ma soprattutto per la presenza delle mediatrici culturali. In alcuni casi la riconoscenza nei loro confronti assume i connotati dell'affidamento. Ed in particolare per le donne cinesi sono il solo tramite in grado di toglierle da una condizione di isolamento e di solitudine che di fronte ad un evento traumatico come la IVG, rischia di assumere proporzioni ancora più gravi sconfinando nell'angoscia e nel



senso della perdita di sé. Tuttavia per tutti gruppi, da qualsiasi parte provengano, la comune lingua parlata della mediatrice risulta l'elemento che crea una possibilità di comunicazione, di espressione di bisogni, un clima di fiducia adatto anche alla confidenza.

➤ **Il punto di vista degli operatori**

Le questioni più frequentemente sottolineate sono la questione tempo e la formazione.

E' troppo poco il tempo a disposizione per poter affrontare con successo i problemi posti dalle donne straniere, è troppo poco il tempo a disposizione per le richieste di IVG. Da più punti si ritiene basilare la formazione perché dalla scarsa conoscenza di usi e costumi derivano spesso secondo gli operatori "fastidio e intolleranza".

**Le proposte operative**

- Costruzione di un percorso di accompagnamento personalizzato pre e post IVG con la presenza della mediatrice culturale che presuppone uno stretto rapporto fra Ospedale e territorio.
- Creazione o rafforzamento dei momenti di incontro con le donne straniere su problematiche sanitarie in particolare sulla salute riproduttiva e sull'uso dei servizi sempre con la presenza della mediatrice culturale.
- Potenziamento del lavoro di rete fra servizi consultoriali e altri soggetti associativi sia istituzionali che non (Comune – Provincia – mondo del volontariato- associazioni di stranieri)
- Comunicazione stretta fra servizi in particolare fra quelli dedicati alla popolazione migrante e quelli esistenti per tutti i cittadini con l'obiettivo sia di contrastare un ipotetico rischio di ghettizzazione sia di favorire la diffusione in tutti i servizi del saper comprendere e saper comunicare.
- Dilatazione dei tempi dedicati alle donne straniere

Non c'è dunque un'unica azione, ma un mix di azioni possibili che riescono a interagire con le differenze delle condizioni di vita e di appartenenze culturali, facendo perno sui servizi pubblici consultoriali e la loro capacità di creare reti nel territorio con le comunità, le associazioni di donne (migranti e native, là dove esistono), le associazioni di volontariato. Azioni positive che, come si è già accennato, vanno oltre il piano sanitario, per contrastare una condizione di "fragilità sociale" che può creare processi di emarginazione e di esclusione.

C'è dunque un passaggio che i servizi possono attuare dalla risposta a bisogni di tipo emergenziale alla promozione di una condizione di salute e benessere come

parte dei diritti di cittadinanza. Passaggio che per altro non è detto avvenga senza momenti conflittuali. Le donne divengono in tal modo promotrici dell'integrazione dei loro nuclei familiari.

Un risultato della stessa ricerca è il valore, sperimentato sul campo della dialettica fra pensieri, pratiche e culture differenti. Qualcosa che ha a che fare con la "mediazione culturale", non fra "noi" e "loro" ma fra una moltitudine di soggetti che appartengono a vari universi. Creare ponti per saper ascoltare, comunicare e agire in maniera interculturale con scopi comuni.

La comunicazione richiede in prima istanza una sorta di abbandono di rigidi schemi e convinzioni, "sospendere i giudizi senza eliminarli", quel "disimparare" che porta ad una trasformazione in avanti anche di noi stessi e ad una modificazione della visione del mondo.

## MULTIETNICITA' E SERVIZI

### L'esperienza di un quartiere di Palermo

Maria Del Gaudio

Multiethnicità e multiculturalità sono ormai caratteristiche imprescindibili delle società occidentali: in queste, infatti, la mobilità umana internazionale, determina un quotidiano incontro fra gruppi nazionali di diversa provenienza, disomogenei fra di loro e portatori di specifiche identità culturali, linguistiche, religiose. Circostanza che si somma alla pluralizzazione e frammentazione caratteristica delle società complesse, provocando un'ulteriore diversificazione delle norme sociali di riferimento.

Le società, e le città che ne sono espressione, si colorano di diversità. Molteplici si dimostrano anche le dinamiche di interazione fra i gruppi all'interno del tessuto urbano; le modalità di comunicazione con l'altro, infatti, assumono forme e modi mutevoli, con una pluralità di realizzazioni in cui si può leggere l'influenza della specifica condizione socio-economica di un territorio, capace di orientare e modificare sostanzialmente l'interazione. La possibilità di accesso alle risorse, la disponibilità di lavoro e la tipologia del lavoro offerto sono variabili che influiscono sulla relazione, soprattutto orientando le percezioni degli autoctoni nei confronti del nuovo arrivato: si tratta di elementi che possono aiutare a comprendere le diverse modalità di integrazione e di relazione interetnica rilevabili anche in diversi quartieri di una stessa città.

Parlare di integrazione, dalla prospettiva che vogliamo assumere, significa disporsi a cercare una via che possa armonizzare, superando il livello della semplice convivenza e superando la dimensione della "tolleranza": questa, infatti, piuttosto che una legittimazione dell'altro, sembra sottintendere un'accettazione da parte di un gruppo che, attraverso la percezione della propria superiorità e dominanza, *concede* un diritto di esistenza. Non vogliamo sottrarre importanza al valore della tolleranza, ma proporre di superare il livello del "pacifico scorrersi accanto" a vantaggio di una dimensione più paritetica e relazionale; più disposta al reciproco contatto e all'ibridazione. Questo a partire da tre momenti:

- la relativizzazione, cioè la disposizione a percepire le proprie strutture culturali ed identitarie come relative e non assolute;
- la dinamizzazione, cioè la capacità di considerare mutevole e cangiante ciò che troppo spesso viene percepito come un "dato" assoluto e immutabile;
- la soggettivazione, cioè la presa di coscienza dell'importanza del soggetto individuale nella conduzione di queste operazioni.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> V. Cesari Lusso, *Quando la sfida viene chiamata integrazione. Percorsi di socializzazione e di personalizzazione di giovani "figli di emigrati"*; La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1997, pag. 76.

Un'esperienza condotta nel quartiere Zisa di Palermo ha evidenziato, fra stranieri ed autoctoni, una modalità non conflittuale di interazione, basata su cordiali rapporti di vicinato e sull'assenza di ostilità fra gruppi. Contemporaneamente, però, emerge la mancanza di rapporti significativi, che vadano oltre la cordialità per asurgere ad una reale interazione fra individui, basata sulla reciproca, profonda, influenza. In questa differenza fra sfiorarsi e compenetrarsi si deve rintracciare il reale senso dell'integrazione, troppo spesso invece intesa, da parte dell'*established*, come assimilazione dell'altro ai propri modelli.

Nel quartiere Zisa, ma purtroppo è una modalità troppo frequentemente rintracciabile in altri contesti, la compresenza dei diversi assume le forme di una comunità nella comunità, per cui la tolleranza della presenza non si trasforma in un contatto significativo.

L'esperienza che qui vogliamo presentare prende avvio da un'indagine condotta sul territorio della V<sup>a</sup> circoscrizione del Comune di Palermo e specificatamente il quartiere Zisa, uno dei territori cittadini in cui si registra un'elevata presenza di residenti stranieri.

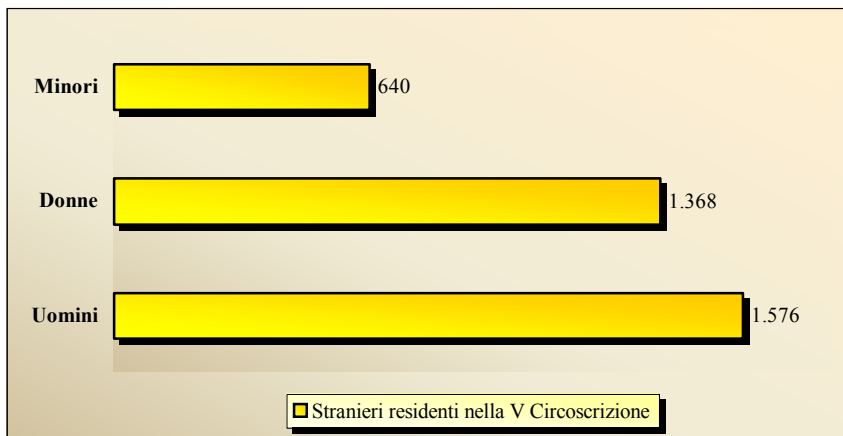
Gli stranieri residenti nella V<sup>a</sup> Circoscrizione, nell'anno 2001, erano 2.944 di cui il 53.5% uomini e il 46.5% (graf. 1). Rispetto all'anno precedente la loro presenza è aumentata del 3.3% con un incremento soprattutto nella fascia d'età compresa fra i 3 ed i 14 anni. Il numero complessivo dei minori stranieri nella Circoscrizione, sempre secondo dati del 2001, era di 640 unità, lo 0.4% sul totale dei minori presenti nel comune e il 17.3% dei minori stranieri residenti in città. Le principali aree di provenienza sono quella asiatica (52%) e quella africana (40%), seguite, con percentuali di incidenza molto inferiori, dall'Unione Europea (5%) e dai paesi dell'Europa Centro-Orientale (3%) (graf. 2).<sup>11</sup>

La nuova presenza, nel rapporto di reciprocità che lega l'uomo all'ambiente in cui vive, modifica sostanzialmente anche lo spazio urbano del quartiere: nuovi visi, nuovi colori, nuovi suoni, ma anche una nuova religione che chiede visibilità e si insinua nella tradizionale struttura cittadina. La nuova componente, però, modifica anche servizi e istituzioni presenti nel quartiere, che devono aprirsi e disporsi a ricevere le richieste di cui gli stranieri sono portatori.

---

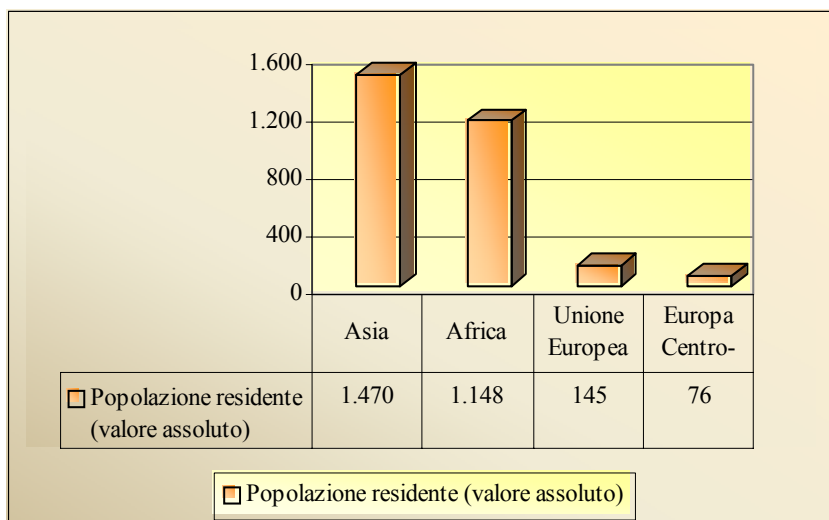
<sup>11</sup> Dati forniti dall'Osservatorio sulla Condizione Sociale della Città di Palermo.

**Grafico 1 – Stranieri residenti nella V<sup>a</sup> Circostrizione (anno 2001)**



Fonte: nostra elaborazione su dati Osservatorio sulla Condizione Sociale della Città di Palermo

**Grafico 2 – Area geografica di provenienza della popolazione straniera residente nella V<sup>a</sup> circoscrizione (dati al 31.12.2001)**



Fonte: nostra elaborazione su dati Osservatorio sulla Condizione Sociale della Città di Palermo

Se nel momento dell'arrivo e del primo impatto dominano bisogni primari ed emergenziali, legati all'alloggio, al cibo, al lavoro, successivamente, anche attraverso i processi di familizzazione conseguenti al frequente ricorso ai ricongiungimenti, si riscontrano bisogni di inserimento e di servizi alla famiglia. In entrambi i casi, le istituzioni preposte sono chiamate ad un lavoro di programmazione per dotarsi della possibilità di fornire servizi mirati ed adeguati alle diverse esigenze, mentre troppo spesso, si deve rilevare una logica dell'improvvisazione e dell'emergenza, caratterizzata, soprattutto, dalla mancanza di collegamento fra le diverse strutture preposte.

I quartieri Zisa e Noce, però, hanno fornito alcuni esempi di programmazione e coordinamento fra le varie istituzioni ed il privato sociale operanti nel territorio; fra questi, il Presidio Ospedaliero "Aiuto Materno", dell'A.U.S.L. n. 6, si dimostra un'importante struttura di collegamento, per quanto concerne l'ambito sanitario-pediatrico.

L'utenza proviene, principalmente, dai quartieri Noce e Zisa, all'interno del quale il presidio è situato, ed è composta sia da famiglie italiane sia da famiglie immigrate. Per cercare di rispondere alle esigenze poste da questa nuova fascia di utenza, sono state istituite, nel maggio del 2001, delle "schede anamnestiche" dei minori atranieri visitati presso l'ambulatorio con lo scopo di fornire dati, statistici e sanitari, per conoscere la composizione demografica e le problematiche dei bambini stranieri che si rivolgono al centro. Da allora sono state compiute prestazioni su più di 130 bambini, in età pediatrica, alcuni dei quali tornati più volte ed in cura presso i medici dell'ambulatorio.

**Da alcuni colloqui avuti con il sanitario responsabile della struttura sono emersi alcuni dati:**

- I principali problemi che si presentano nell'interazione con l'utenza straniera sono di natura linguistica, legati alla comunicazione verbale. Non sono stati rilevati, da parte del personale medico ed infermieristico, casi di incomprensione "culturale", legata alle diverse concezioni religiose, etiche e valoriali, ma mancano, a questo proposito, le valutazioni e le sensazioni delle famiglie/utenti straniere; durante l'interazione, o meglio la percezione che il personale della struttura ha dell'interazione, alcune sfumature potrebbero anche non essere colte, a causa di un'impostazione troppo centrata sui propri riferimenti culturali,<sup>12</sup> e/o per un possibile difetto di attenzione

---

<sup>12</sup> I nuovi bisogni introdotti dall'emigrazione inducono a riflettere sulle regole non universalistiche su cui si basa il nostro sistema sanitario; in alcuni casi, infatti, l'impostazione della diagnosi e della cura si rivelano poco adatti al soggetto di diversa provenienza culturale. Si prospetta per il servizio sanitario la necessità di elaborare nuovi metodi e nuove risposte, che si fondino sulla conoscenza delle tradizioni culturali degli immigrati e tengano conto di una diversa visione della malattia e della terapia. Per esempio, sarebbe necessaria una maggiore attenzione alla diversificazione per *gender*, in considerazione delle particolari richieste delle donne provenienti da un'area culturale islamica e tradizionale. Cfr. D. Frigessi,

nei confronti dei sentimenti/aspettative dell'altro; fattori che a volte, non consentono di comprendere, pienamente, il disagio di chi possiede schemi comportamentali e cognitivi difformi dai nostri ed ostacolano il passaggio da una comunicazione puramente linguistica ad un livello comunicativo culturale e metaculturale. In alcune situazioni l'assoluta mancanza di codici linguistici comuni ha determinato la difficoltà o addirittura l'impossibilità di stabilire una comunicazione, in altri si deve ricorrere all'inventiva, alle capacità e all'esperienza dei medici dell'ambulatorio per cercare di superare gli ostacoli ed abbattere le barriere. La struttura non si avvale della collaborazione di un mediatore culturale, la cui presenza è stata definita, invece, "auspicabile".

- Sempre in relazione ai problemi comunicativi, si conferma il ruolo di traduttori delle giovani generazioni scolarizzate nelle scuole italiane. I ragazzi, infatti, vengono portati dai genitori durante le visite ai figli più piccoli, proprio per facilitare la comprensione e mediare fra loro e il medico. In alcuni casi, quando non vi sono figli più grandi cui rivolgersi, gli utenti stranieri portano con sé i figli di amici e vicini di casa.
- Le famiglie vengono, prevalentemente, indirizzate all'ambulatorio da conazionali e da associazioni di volontariato che operano nel quartiere.
- Dall'analisi delle schede anamnestiche, non si rilevano patologie "particolari"; i bambini stranieri che si rivolgono all'ambulatorio presentano le medesime sintomatologie dei bambini italiani, essenzialmente legate a malattie da raffreddamento, sindromi influenzali, disturbi gastrici e intestinali. Questo dato conferma l'infondatezza del binomio immigrato-pericolo sanitario e conferma che l'immigrazione non è sinonimo di malattia e contagio; al contrario è possibile rilevare un'influenza delle condizioni di vita nella società occidentale, soprattutto per quanto riguarda la situazione abitativa e lavorativa, sulla salute del singolo e della famiglia straniera, tanto a livello prettamente fisico quanto a livello psicologico e psicosomatico.<sup>13</sup>
- Si sono presentati, all'attenzione dei sanitari, casi in cui la patologia fisica era solo un riflesso di un disagio psicologico del bambino. In queste situazioni i medici dell'ambulatorio operano in sinergia con i colleghi del servi-

---

*Percorsi, modelli e attese di salute*, AA.VV., *La cultura straniera. Epidemiologia, culture, diritti*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 1994.

<sup>13</sup> Si può richiamare "l'effetto migrante sano", descritto da A. Morrone, che determina un'autoselezione dei soggetti migranti; un "patrimonio di salute" reso sempre più precario dalle condizioni di vita, dalla situazione di marginalità e povertà vissuta dai soggetti. Morrone osserva, infatti, come negli ultimi anni si sia sempre più ridotto "l'intervallo di benessere", inteso come il periodo che separa il nuovo arrivato dalla prima richiesta di intervento sanitario; A. Morrone, *La salute per tutti: quale ruolo del SSN per gli immigrati*, consultabile sul sito internet [www.istitutosanti.org](http://www.istitutosanti.org).

zio di Neuropsichiatria infantile e con i servizi sociali, presenti nello stesso presidio.

- Una differenza viene segnalata per quanto riguarda l’atteggiamento delle madri straniere, definito più “positivo”, in quanto meno soffocante e aprensivo nei confronti dei bambini, rispetto alle manie assillanti che si ritrovano in molte madri italiane; un atteggiamento che incide sul modo di vivere l’infanzia e, soprattutto, l’adolescenza intesa come età sociale, legata ai meccanismi di assunzione di ruoli adulti. I ragazzi vengono responsabilizzati ai propri compiti verso la famiglia e la comunità in maniera “precoce” rispetto ai canoni occidentali caratterizzati, invece, dal protrarsi del definitivo passaggio all’età adulta.<sup>14</sup>
- A portare i bambini presso l’ambulatorio sono, come nelle famiglie autotone, principalmente le madri, ma non mancano casi in cui sono entrambi i genitori o anche solo il padre, nei casi in cui la madre lavora.

Si deve sottolineare l’impegno della struttura nell’organizzare servizi di prevenzione e di orientamento rivolti all’utenza straniera ed italiana attraverso la preparazione di corsi informativi rivolti alle madri ed agli insegnanti delle scuole.

Mirata all’utenza straniera è l’attività del “Centro ascolto per famiglie immigrate” attiguo all’ambulatorio e gestito da assistenti sociali in sinergia con il personale medico. Finalità del “Centro ascolto” è quella di aiutare l’utenza a muoversi nella burocrazia, soprattutto sanitaria, indirizzandola nei diversi uffici e fornendo una consulenza volta ad informare sulle possibilità offerte dalle normative vigenti.

La Direzione Sanitaria dell’Aiuto Materno è stata, anche, promotrice di un piano per la realizzazione di un centro diurno rivolto ai minori del quartiere. Si tratta di un progetto di rete elaborato in sinergia con Enti ed Associazioni, operanti nel territorio circoscrizionale, che si occupano di immigrati. Obiettivo comune è la predisposizione di attività pomeridiane (doposcuola, laboratori, giochi) rivolte a minori stranieri ed italiani, da realizzare avvalendosi dello scambio e del sostegno reciproco da parte dei diversi operatori. Lo scopo del progetto è di aiutare le famiglie, fornendo un luogo in cui lasciare i figli nel pomeriggio, ed offrire spazi di socializzazione ed integrazione per autoctoni ed immigrati. L’aspetto da rilevare, oltre all’impiego di un lavoro di rete finalizzato a superare i particolarismi delle singole istituzioni e delle organizzazioni del privato sociale, è l’individuazione di un’utenza mista. Crescere insieme è un passo fondamentale per educare le nuove generazioni al dialogo con l’altro, ma anche a comprendere la propria non centralità e diversità. Giocare insieme è un modo quotidiano per superare i pregiudizi e gli stereotipi che si fondano proprio sulla mancanza di conoscenza, sulle visioni non dirette dell’altro, ma mediate e viziate da distorte rappresentazioni sociali. Certo,

---

<sup>14</sup> A questo proposito si parla oggi di “famiglia nido” e di “famiglia lunga”; cfr. E. Scabini, P. Donati (a cura di), *La famiglia “lunga” del giovane adulto*, Vita e Pensiero, 1988.



molto deve essere fatto, anche in considerazione delle pressioni che alcuni ragazzi ricevono dalle agenzie socializzative di riferimento.<sup>15</sup>

Le schede anamnestiche

La statistica che segue è stata formulata in base ad un'analisi delle 138 schede di prestazione ambulatoriale relative ai minori stranieri che si sono rivolti al centro.

Le schede, compilate dai medici dell'ambulatorio durante le visite, contengono i dati anagrafici del bambino – nome, cognome, età, luogo e anno di nascita, sesso, nazionalità dei genitori –, una parte dedicata al parto e al tipo di allattamento ricevuto, e una sezione di diagnosi, contenente le patologie rilevate e la terapia somministrata.

Nei casi in cui un bambino torna più volte nell'ambulatorio, i risultati di queste visite successive vengono annotati sulla stessa scheda/cartella, che ne raccoglie la storia clinica.

Dall'analisi delle schede anamnestiche risulta che:

- Le famiglie utenti provengono, principalmente, dallo Sri Lanka, con una percentuale del 34%. Le altre nazionalità più rappresentate sono il Bangladesh, con il 17%, Mauritius e Tunisia con il 12% ciascuno, seguiti da Ghana e Marocco, rispettivamente 6% e 4% (graf. 5);
- I bambini sono prevalentemente, nati in Italia, 121 su 138, con una percentuale del 87% e sono, in larga misura, appartenenti alla fascia fra i 2 e i 3 anni (graf. 3 e graf. 4);
- Le patologie riportate nel grafico 7 si riferiscono a quelle riscontrate durante la prima visita. Le patologie più ricorrenti sono legate a malattie da raffreddamento e affezioni respiratorie (56%), seguite da disturbi addominali (8%) e intestinali (7%). In alcuni bambini le affezioni respiratorie e intestinali si presentano particolarmente ricorrenti: un'analisi più approfondita potrebbe verificare una eventuale relazione fra questo dato, legato sicuramente anche ai normali malanni di stagione, con la qualità della vita e le condizioni abitative del minore, o anche con le diverse condizioni climatiche e con un diverso tasso di inquinamento (soprattutto per i bambini arrivati da poco in Italia);
- I bambini ritornati per ulteriori visite sono stati 51 su 138. Da un'analisi dei dati si rileva come, a volte, le patologie delle visite successive siano collegate a quelle della prima, con il ripresentarsi di problemi respiratori o di disturbi intestinali (graf. 6).

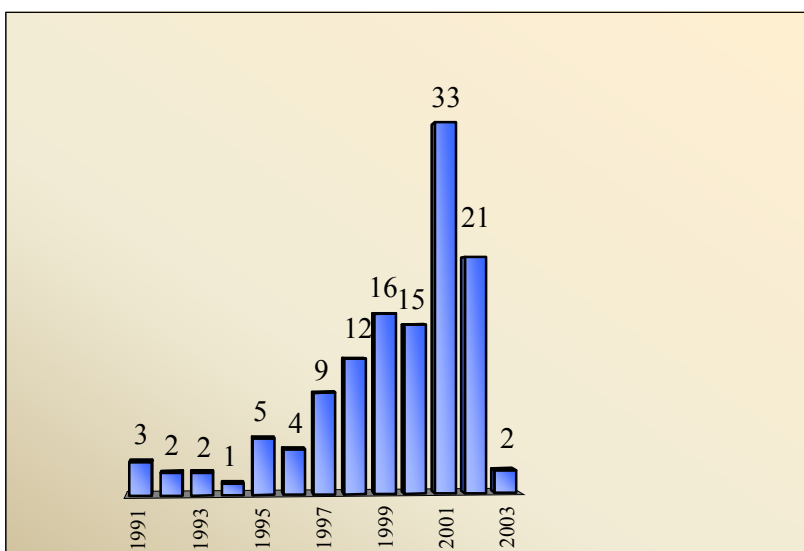
Un'ultima notazione riguarda la diminuzione delle richieste di visite da parte delle famiglie straniere, che sempre più raramente si rivolgono ai sanitari del P.O.; una

---

<sup>15</sup> Per quanto riguarda i minori autoctoni, anche alcuni messaggi veicolati dai media svolgono un'azione di allontanamento emozionale dall'altro, diffondendo allarmi sociali, stereotipi e rafforzando il binomio immigrazione-delinquenza.

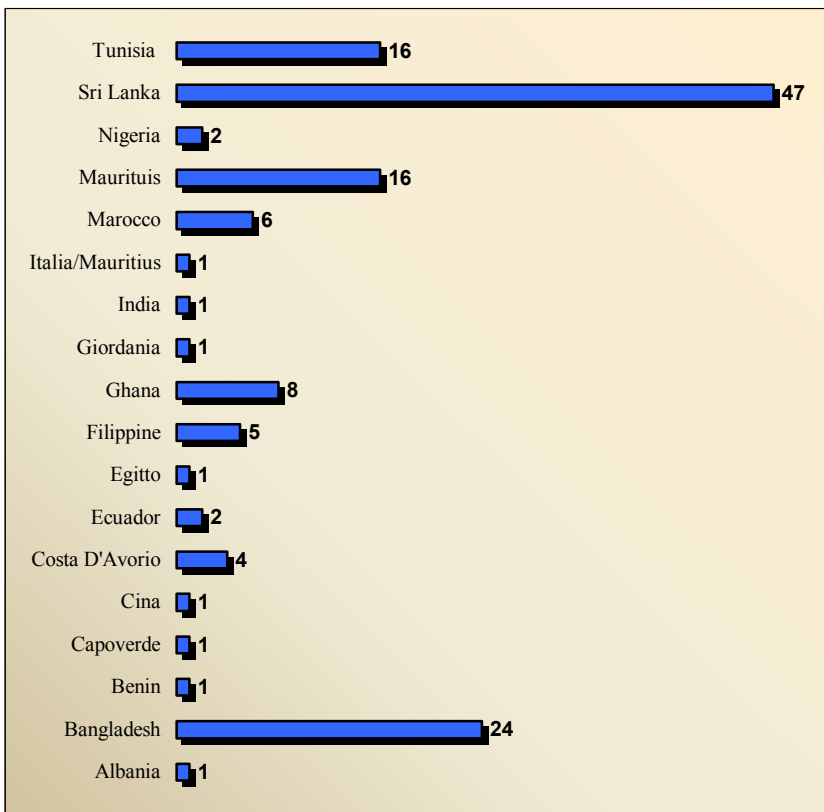
flessione che il personale medico ed infermieristico operante nella struttura – da cui la tendenza ci è stata segnalata – ha, forse un po' pregiudizievole, messo in relazione alla presenza dell'attiguo Centro Ascolto e degli assistenti sociali che sarebbero stati percepiti dai genitori come un potenziale pericolo. Colloqui avuti con famiglie straniere, invece hanno messo in relazione questa flessione con la mancanza nel presidio di un servizio di pronto soccorso. I genitori, infatti, per le prestazioni ambulatoriali si rivolgono al pediatra di famiglia, presso cui i minori sono in cura, preferendolo al clima impersonale della struttura ospedaliera; nei casi di urgenza, invece, si recano direttamente presso le strutture sanitarie attrezzate a fornire un servizio di pronto soccorso.

**Grafico 3 – Anno di nascita dei minori stranieri**

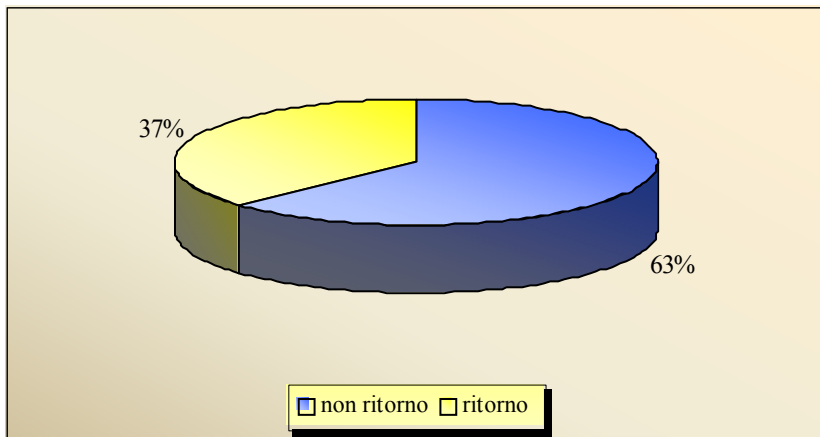




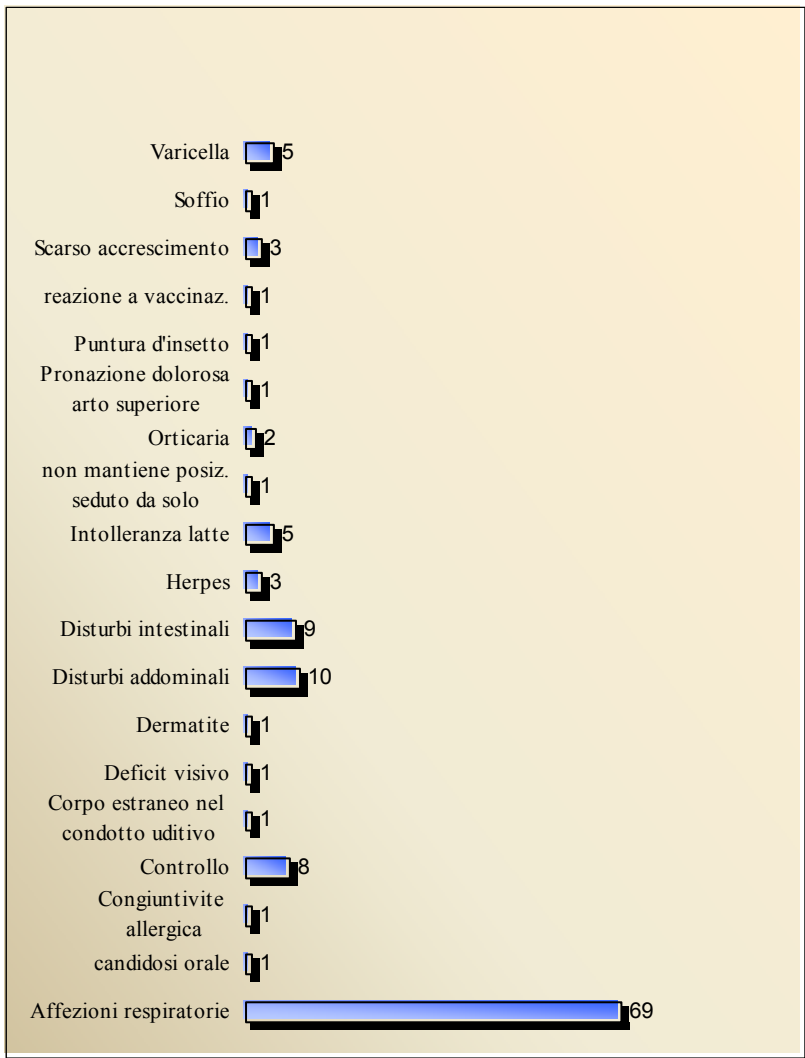
**Grafico 4 – Luogo di nascita dei minori**



**Grafico 5 – Paesi di provenienza delle famiglie**



**Grafico 6 – Percentuale di ritorno per visite successive**



**Grafico 7 – Patologie riscontrate**

Genitori e figli stranieri si trovano, oggi, a lottare contro le barriere culturali erette dalle impostazioni ancora troppo “culturocentriche” su cui si basano i sistemi di *welfare* e contro barriere linguistiche che impediscono una paritetica comunicazione. Anche i servizi di mediazione culturale, così come altre iniziative previste dalla normativa vigente, non riescono a decollare sul piano pratico. Ne deriva una difficoltà di accesso e di fruibilità dei servizi offerti ed un distanziamento pratico ed emotivo fra le strutture sanitarie e l’utenza straniera.

La sempre maggiore presenza di minori stranieri sul territorio nazionale, ai fini della promozione del benessere, sia fisico che psicologico, delle generazioni immigrate nel nostro Paese, rende urgente un’attenta e mirata programmazione per quanto riguarda le tematiche dell’integrazione sanitaria. A Palermo, la necessità di attuare una politica di coordinamento è resa ancora più necessaria nella prospettiva della preannunciata costituzione di un Polo Materno Infantile che raccolga le esperienze dei diversi Servizi ospedalieri pediatrici cittadini.

L’esigenza che si avverte è quella di pianificare progetti ed interventi tenendo conto della prospettiva dell’altro, di un modo di pensare e di agire differente rispetto ai modelli dominanti; una modalità che coinvolga la formazione del personale sanitario ma anche l’intera impostazione alla base dei servizi socio-sanitari.

### **Nota sull’autore**

Maria Del Gaudio si è laureata in Lettere Classiche presso l’Università degli Studi di Palermo, con una tesi in Sociologia dal titolo “*Migrare nel tempo e nello spazio: le agenzie di riproduzione sociale in contesti multiculturali. L’esperienza di un gruppo di adolescenti a Palermo*”. Collabora con la Cattedra di Sociologia e Sociologia della Famiglia della Facoltà di Lettere dell’Università di Palermo. Si occupa di problematiche relative ai processi di socializzazione e di inserimento dei minori stranieri.

**PROGETTO PILOTA:  
L'INFORMAZIONE E LA SENSIBILIZZAZIONE MEZZO PER LA  
PREVENZIONE DIAGNOSI E CURA DELLE MALATTIE DELLA  
MAMMELLA NELL'AMBITO DELLA SPERIMENTAZIONE  
INTERREGIONALE (PA-BO) PER COMBATTERE LE  
DISUGUAGLIANZE NELL'ACCESSO ALLE STRUTTURE  
SANITARIE DEGLI INDIGENTI ITALIANI E STRANIERI.**

*C. Amato, S. Vieni, E. Cacace*

Università degli Studi di Palermo

Dipartimento di Oncologia

*Chirurgia Generale ad indirizzo Oncologico*

*Direttore Prof. M.A. Latteri*

Senologia

**Obiettivi e criteri**

Progetto di prevenzione diagnosi e cura delle malattie della mammella attraverso un percorso di formazione ed educazione alla salute, per valutare e contenere le disuguaglianze di accesso alle strutture sanitarie delle donne: regolarmente presenti e residenti, regolarmente presenti ma non residenti, nomadi (zingari), indigenti italiane.

**Introduzione**

Gli autori prendendo parte al progetto iniziale: del contenimento delle disuguaglianze di accesso alle strutture sanitarie, hanno preso in considerazione le ulteriori differenze di accesso alle strutture sanitarie delle donne in oggetto relativamente alla prevenzione senologica.

La criticità nota e inveterata del S. S. N. che non riesce a colmare e a dare delle risposte adeguate ad una serie di bisogni cittadini, la difficoltà di accesso alle strutture pubbliche per tutte le donne che spontaneamente chiedono la prestazione senologica “a ciclo chiuso”, come si conviene nelle Unità Funzionali di Senologia o Unità Operative ha fatto emergere la possibilità di sviluppare un accesso ed un percorso facilitato all'interno dell'Ospedale proprio per queste donne, per migliorare l'accesso delle minoranze etniche, sempre più numerose nella nostra città di Palermo.

La collaborazione si è realizzata all'interno dell'Azienda Ospedaliera dell'Università Policlinico di Palermo (A.U.O.P.) tra il Dipartimento di Medicina Clinica e delle patologie emergenti, l'Ambulatorio D.H. di Medicina delle Migrazioni responsabile scientifico UO: Dr. M. Affronti e il Dipartimento di Oncologia Chirurgia Generale ad Indirizzo Oncologico, Senologia.



L'opportunità di cominciare lì dove le difficoltà sono maggiori e le aspettative sono poche, dove la prevenzione non è nella cultura, dove il male si combatte con la medicina sintomatica, è stata realizzata grazie alla preziosa collaborazione dei mediatori culturali, degli operatori sanitari volontari è stato faticoso ed ancora non soddisfacente dal punto di vista numerico, l'azione pilota tuttavia è in fase iniziale e richiede attenzione, gradimento dall'utenza per una sicura riuscita.

Le azioni sono state fatte e rese attive presso i Centri di accoglienza e di ascolto dove le etnie si riuniscono, tentando un censimento della popolazione da esaminare e selezionare in gruppi per fasce di età

- dando informazione sulla malattia attraverso degli incontri con gruppi etnici, loro rappresentanti e mediatori culturali.
- con la distribuzione di materiale descrittivo e illustrato per imparare l'autopalpazione
- raccolte anamnestiche sulla familiarità positiva per carcinoma della mammella, e le eventuali terapie ormonali, abitudini alimentari
- dando accesso alla struttura specialistica di Senologia con una o più giornate dedicate, attivando un percorso facilitato.

### **Articolazione**

L'equipe diagnostico-terapeutica dedicata di Senologia si compone di operatori che devono occuparsi della donna: asintomatica di età > 45 anni e sintomatica di tutte le età, "a ciclo chiuso". Lo stesso operatore sanitario con unità di tempi e luoghi: dalla raccolta dei dati anagrafici, anamnestici; la visita specialistica senologica e l'applicazione del protocollo diagnostico personalizzato con l'esecuzione delle metodiche diagnostiche, pone le conclusioni diagnostiche.

Tutte le prestazioni: l'ecografia, la mammografia e gli approfondimenti diagnostici consecutivi (esame citologico, biopsie percutanee) sono ambulatoriali o in regime di ricovero in day hospital, con un rapporto medico-paziente personalizzato e dedicato.

I sanitari seguono la donna dall'accesso ospedaliero alla conclusione diagnostica e terapeutica del caso specifico per tutto il suo percorso all'interno della struttura.

### **Materiali e metodi**

- Mappatura delle donne immigrate per quartiere cittadino
- Identificazione della popolazione target
- Informazione e formazione alla autopalpazione
- Valutazione dell'accesso e del percorso diagnostico facilitato
- Applicazione dei protocolli di diagnosi e cura delle malattie della mammella
- Percentuale di casi diagnosticati e paragonabilità con curve di morbilità della popolazione indigena

### **Lo studio può ritenersi concluso da un minimo di 2 anni a un massimo di anni pari (4,6,8)**

La donna fatta la registrazione anagrafica ed anamnestica, familiare e personale, patologica remota e prossima, viene orientata alla diagnostica di senologia e alle indagini specifiche.

L'età < 45 anni farà optare per la visita senologica accurata, e l'ecografia contestualmente alla visita, si effettuerà lì dove si palperà una tumefazione, un nodulo o una asimmetria ghiandolare.

L'età > 45 anni consente l'esecuzione della mammografia che per motivi legati alla struttura della ghiandola mammaria, dalla cui radiotrasparenza del tessuto connettivo e per contrasto la componente ghiandolare la lettura e la refertazione potranno definire la sensibilità e la specificità della metodica di indagine: la identificazione o la esclusione della patologia mammaria.

Poiché la malattia neoplastica ha diverse modalità di crescita e sviluppo, esistono neoplasia a lenta e a rapida crescita, al primo "passaggio" è verosimile che saranno riscontrati un numero di patologie palpabili e sintomatiche sia benigne che neoplastiche m., e patologie non palpabili evidenziate in fase precoce con la mammografia "al punto 0".

La casistica sarà in relazione alla percentuale della popolazione in esame del paese di origine o del paese in cui l'insediamento e la variazione delle abitudini alimentari e sociali ha potuto influire.

Facendo riferimento alle ispaniche d'America e alle giapponesi americane è stato messo in evidenza che dopo l'integrazione ambientale le curve di incidenza della malattia neoplastica della mammella si avvicina a quella della popolazione di accoglienza.

Da un primo passaggio di tutte le donne esaminate e da esaminare si partirà da un punto 0, con i successivi controlli, secondo protocollo annuale per le visite e biennali per le mammografie, al 2° passaggio dovremmo trovare dei cancri incidenti o delle lesioni non palpabili.

Nella popolazione Europea i cancri incidenti, ovvero tra un controllo precedente negativo ed un successivo positivo e dell'ordine del 16-20% e l'evidenza di l.n. p. è di 100/2000 mammografie ovvero 5 % su tutte le mammografie esaminate di screening (in donne asintomatiche).

Posta la diagnosi con la clinica e l'imaging è necessario condurre la donna attraverso un percorso e verso una conclusione che sia diagnostica e terapeutica.

Per quanto riguarda la prevenzione senologica vale il principio che ha senso prevenire per dare una migliore sopravvivenza e qualità di vita con una vera e propria interferenza con la storia naturale della malattia che non trattata porta ad exitus la donna.

Inoltre ci è sembrato conveniente ed importante produrre, nella loro lingua, e con l'aiuto dei mediatori culturali di popolazioni target, un messaggio di "cura del corpo" con degli opuscoli informativi colorati, in cui identificando " 10 regole d'oro"

del diritto internazionale alla salute della O.M.S. Sono state scritte le modalità di accesso alle strutture sanitarie, ed in particolare di accesso facilitato alla struttura sanitaria A.U.O.P di Palermo, sia per i loro bisogni di salute sia in un'ottica di prevenzione in termini di vita sana.

### **Risultati**

L'azione pilota iniziata nel 2° semestre del 2003 e i primi mesi del 2004 ha raccolto 67 donne di età media di 39 anni, di queste 4 sono state sottoposte a biopsia chirurgica per patologia clinicamente palpabile.

Il campione numericamente modesto e non significativo ai fini statistici, ha lo scopo di sintesi dell'attività svolta.

In particolare come indicato nelle immagini le donne che sono state sottoposte a biopsia chirurgica erano affette da noduli mammari clinicamente evidenti alla ispezione e palpazione in 3 casi e in un caso si trattava di patologia duttale con evidente secrezione ematica dal capezzolo.

In atto, probabilmente in relazione alla giovane età del campione di donne esaminate, non sono state riscontrate patologie neoplastiche della mammella neanche tra le donne di età > 45 anni asintomatiche e sottoposte a mammografia.

Tra i risultati ci siamo posti inoltre la valutazione della percezione dell'informazione ricevuta, la comunicazione di tipo trasversale tra le donne dell'etnia di riferimento, la risposta di gradimento dell'utenza, la conoscenza e la consapevolezza della problematica.

Le risposte ottenute devono servire soprattutto da correttivo nella prosecuzione del progetto

**I primi 10 gruppi nazionali per regione (31.12.1999)**

<i>Italia</i>	<i>Campania</i>	<i>Sicilia</i>	<i>Puglia</i>	<i>Calabria</i>	<i>Basilicata</i>
Marocco 174.324	Stati Uniti 13.349	Tunisia 12.958	Albania 15.256	Marocco 6.042	Albania 1.326
Albania 137.748	Marocco 7.787	Sri Lanka 7.291	Jugoslavia 10.956	Jugoslavia 1.639	Marocco 801
Filippine 72.595	Sri Lanka 5.535	Marocco 6.912	Marocco 4.154	Albania 1.610	India 231
Jugoslavia 65.091	Albania 4.743	Jugoslavia 5.894	Stati Uniti 3.738	Filippine 1.279	Tunisia 217
Romania 61.428	Algeria 4.673	Mauritius 4.636	Tunisia 1.518	India 802	Romania 137
Stati Uniti 56.606	Tunisia 3.388	Stati Uniti 4.485	Iraq 1.366	Polonia 798	Jugoslavia 107
Cina 56.059	Polonia 3.186	Albania 3.982	Senegal 1.136	Senegal 655	Polonia 80
Tunisia 52.412	Filippine 2.762	Filippine 2.945	Mauritius 1.127	Turchia 476	Germania 60
Senegal 44.251	Cina 2.384	Bangladesh 1.711	Grecia 953	Romania 452	Cina 54
Germania 42.093	G. Bretagna 1.894	Senegal 1.407	Turchia 921	Algeria 405	Algeria 51

Stima inclusiva di tutti i minori e dei permessi in corso di registrazione

**Casistica**

1) Bulgaria	n° 1	B
2) Costa D'Avorio	n° 1	
3) Equador	n° 2	
4) Ghana	n° 3	
5) India	n° 2	
6) Repubblica Centro Africana	n° 2	
7) Somalia	n° 3	
8) Mauritius	n° 4	
9) Ucraina	n° 2	B
10) Tunisia	n° 7	B
11) Marocco	n° 8	B
12) Capo Verde	n° 8	
13) Bangla	n° 12	
14) Nigeria	n° 12	B

67 donne esaminate      Età media: 39  
4 B= 4 biopsia chirurgica con diagnosi di patologia benigna

### **Discussione**

La Sicilia storicamente è un luogo dove si è verificato un rimescolamento di etnie tra i popoli abitanti del Mediterraneo.

Da trenta anni, agli inizi del '60, si assiste ad un flusso migratorio di immigrati stranieri nordafricani e da circa 10 anni dei paesi dell'Est Europa

L'immigrato non viene inquadrato sulla base delle sue reali caratteristiche e di quello che fa ma secondo "immaginario" esotico che rappresenta, spesso in maniera pregiudiziale e stereotipata.

E' indispensabile promuovere una interazione tra operatori dei servizi ad utenza immigrata.

Si tratta di fornire istanze formative a favore di immigrati e italiani: con il giornalismo, e la competenza interculturale.

La popolazione che accoglie si sente fragile ed in pericolo di fronte alle diversità sociali, culturali e religiose e tende a trasformare il diverso in un capro espiatorio delle sue ansie.

E' una situazione complessa ma può essere riequilibrata attraverso i mezzi di comunicazione di massa.

I mass media possono influenzare positivamente o negativamente sulla percezione collettiva della presenza immigrata.

Il giornalista è la figura chiave di questo processo, anche se non l'unica (politici nazionali ed internazionali, gli enti locali, e gli istituti di ricerca).

Per gli immigrati la casa è il luogo di socializzazione, intrattengono rapporti con i propri connazionali nei quartieri dove vivono, nella piazza, chi non partecipa a tale vita sociale è fortemente emarginato.

Con gli amici italiani intrattengono dei rapporti occasionali, ma quando si realizzano hanno una funzione di vera e propria mediazione sociale e di orientamento.

Entrare nel merito del significato attribuito alla salute potrebbe essere la chiave per creare la cultura della prevenzione oncologica, che nel nostro paese si è realizzata progressivamente ma ci sono voluti almeno trent'anni per realizzarla.

L'immigrato ha già tanti problemi legali, amministrativi, organizzativi e logistici per se e la sua famiglia ed usa il S.S.N. solo per estrema necessità, magari nei giorni festivi rivolgendosi ai presidi di Pronto Soccorso.

Nel progetto che si vuole portare avanti servono degli stratagemmi utili a superare le difficoltà e le diversità.

Parlare loro di prevenzione facendo conoscere la malattia attraverso le immagini talora molto efficaci, ma anche drammatiche di patologie localmente avanzate possono suscitare in loro la paura di ammalarsi del "Nostro Occidente".

Alcuni colleghi operatori sanitari che hanno operato per le N.U. in Ospedali, genericamente del 3° mondo “ Africani ” mi hanno raccontato di casi talmente avanzati e per i quali non c’era più nulla da fare come per quei casi che usa mostrare alle conferenze per stimolare l’attenzione su quanto sia importante la prevenzione.

Di solito le immagini mostrate subito dopo sono quelle delle Lesioni non palpabili solo evidenti alla mammografia.

Sono argomenti non percepibili da quei visi impauriti a cui continui a dire: “se non ti fai visitare rischi di morire di cancro al seno ” ancora una volta la formula del ricatto.

Seguendo un normale percorso informativo non è questa la strada da seguire. Gli extracomunitari non vengono proprio a farsi visitare se è questo che intendiamo loro comunicare.

In conclusione ciò che ha permesso ad oggi i risultati ottenuti è sta l’informazione di tipo trasversale con i mediatori culturali e le persone e tra le persone stesse.

E’ auspicabile comunque che vengano messe a punto ulteriori metodiche conoscitive, alternative e integrative al raggiungimento di una maggiore popolazione affe-rente equilibrandola con la popolazione indigena della città.

## **I RICOVERI DI ITALIANI E STRANIERI NELLA REGIONE VENETO. ANNO 2001**

*M. Pacchin*

Ufficio di Valutazione Epidemiologica. Azienda U.I.ss. 6 “Vicenza”

Il Veneto è la terza regione in Italia, dopo la Lombardia e il Lazio, per numero di immigrati e per incidenza degli stranieri sulla popolazione (141.160 nel 2001, il 3,4% dei residenti). Gli immigrati in età superiore ai 17 anni sono 109.748 e costituiscono il 2,9% dei residenti nella stessa fascia di età.

### Obiettivi dello studio

Individuare le differenze nelle cause di ricovero tra italiani e stranieri in età superiore ai 17 anni e valutare eventuali situazioni di disuguaglianza nello stato di salute.

### Metodologia di lavoro

I dati per la elaborazione sono stati forniti dalla Direzione Regionale Piani e Programmi Socio-Sanitari del Veneto e sono quelli ricavati dall'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO). L'analisi delle patologie è stata effettuata facendo riferimento alla diagnosi principale, codificata secondo la nona revisione del Sistema di classificazione internazionale delle malattie, anno 2000 (ICD9-CM). Sono state inoltre analizzate le cause specifiche di ricovero. Le variabili considerate sono: genere, età, cittadinanza, paese di provenienza, regime di ricovero. La popolazione di riferimento è quella dei residenti italiani e stranieri in età superiore ai 17 anni, all'1/1/2001, censita dall'Istat: in totale 3.809.833 residenti, di cui 109.748 stranieri (2,9%). Per valutare eventuali differenze di prevalenza nelle cause di ricovero tra italiani e stranieri, si è considerato il rapporto tra i tassi di ospedalizzazione per grandi gruppi di cause.

L'errore standard e gli intervalli di confidenza sono stati calcolati utilizzando le formule relative alla trasformazione logaritmica dei tassi e l'approssimazione alla normale della distribuzione di Poisson.

### Risultati

Ricoveri complessivi di residenti e non residenti per cittadinanza e tipologia di ricovero.

Nel 2001, nei presidi ospedalieri del Veneto sono stati censiti complessivamente 865.018 ricoveri di soggetti in età superiore ai 17 anni residenti e non residenti; i non residenti sono 71.988, l'8,3% del totale.

Gli stranieri ricoverati sono stati 25.350, pari al 2,9% del totale; i non residenti sono il 28% (7.080/25.350).

Nel complesso il 73% di ricoveri di residenti e non residenti (630.980) è avvenuto in regime ordinario e il 27% (234.038) in Day Hospital; per gli stranieri il ricovero in Day Hospital si è verificato nel 19% dei casi (4.862 su 25.350).

### Ricoveri in regime ordinario

Ricoveri dei residenti per cittadinanza. Tassi di ospedalizzazione. Differenze tra italiani e stranieri.

Complessivamente sono stati ricoverati in regime ordinario 557.136 soggetti in età superiore ai 17 anni, con un rapporto maschi/femmine pari a 0,8 (249.425/307.681) e un tasso di ospedalizzazione (t.o.) di 146,2‰ (M, t.o. 135,6‰; F, t.o. 156,2‰).

Gli stranieri ricoverati sono 14.290 pari al 2,6% dei ricoveri ordinari complessivi con un rapporto maschi/femmine di 0,47 (4.544/9.746) e un tasso di ospedalizzazione di 130,2‰ (M, t.o. 71,3‰; F, t.o. 211,9‰).

Il tasso di ospedalizzazione standardizzato è pari a 136,2‰, significativamente inferiore a quello calcolato per i ricoveri nel complesso (146,2‰) (RR=0,9; IC<sub>95%</sub>: 0,9-0,9) (**tabella 1**).

Il rapporto tra i tassi di ospedalizzazione evidenzia un eccesso di ricoveri di stranieri statisticamente significativo per le malattie infettive e parassitarie (RR=2,3; IC<sub>95%</sub>: 2,1-2,5), per parto e complicazioni della gravidanza (RR=2,2; IC<sub>95%</sub>: 2,2-2,3), per malattie del sistema genito-urinario (RR=1,1; IC<sub>95%</sub>: 1,0-1,2) e per traumatismi e avvelenamenti (RR=1,1; IC<sub>95%</sub>: 1,0-1,1).

Statisticamente significativo risulta il minor numero di ricoveri tra gli immigrati, per disturbi psichici (RR=0,5; IC<sub>95%</sub>: 0,5-0,6), per malattie del sistema cardiocircolatorio (RR=0,6; IC<sub>95%</sub>: 0,5-0,6), per malattie del sistema osteomuscolare (RR=0,5; IC<sub>95%</sub>: 0,5-0,6) e per tumori (RR=0,6; IC<sub>95%</sub>: 0,6-0,7) (**tabella 1**).



**Tabella 1. Tassi di ospedalizzazione standardizzati (x 1.000 ab.) degli stranieri e complessivi in età > 17 anni**

Causa di ricovero	STRANIERI		TOTALE		Rapporto tra tassi*	Intervallo di confidenza	
	Ricoveri	T.O.	Ricoveri	T.O.		LI <sup>1</sup>	LS <sup>2</sup>
Malattie infettive e parassitarie	533	4,6	7.563	2,0	2,3 <sup>oo</sup>	2,1	2,5
Tumori	522	9,8	60.825	16,0	0,6 <sup>o</sup>	0,6	0,7
Malattie endocrine, nutrizionali	184	3,1	10.810	2,8	1,1	0,9	1,2
Malattie del sangue e organi ematopoietici	77	0,9	4.828	1,3	0,7	0,6	0,9
Disturbi psichici	329	3,0	21.337	5,6	0,5 <sup>o</sup>	0,5	0,6
Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	390	5,8	31.478	8,3	0,7	0,6	0,8
Malattie del sistema circolatorio	676	17,4	112.885	29,6	0,6 <sup>o</sup>	0,5	0,6
Malattie dell'apparato respiratorio	672	9,2	38.538	10,1	0,9	0,8	1,0
Malattie dell'apparato digerente	1.218	14,0	53.754	14,1	1,0	0,9	1,1
Malattie del sistema genitourinario	973	9,7	33.814	8,9	1,1 <sup>oo</sup>	1,0	1,2
Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio	5.956	31,6	54.293	14,3	2,2 <sup>oo</sup>	2,2	2,3
Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	152	1,4	7.102	1,9	0,7	0,6	0,9
Malattie del sistema osteomuscolare	528	6,5	48.434	12,7	0,5 <sup>o</sup>	0,5	0,6
Malformazioni congenite	37	0,3	2.309	0,6	0,5	0,3	0,7
Alcune condizioni morbose di origine perinatale	8	0,0	131	0,0	1,2	0,6	2,5
Sintomi e stati morbosi mal definiti	626	6,5	24.314	6,4	1,0	0,9	1,1
Traumatismi e avvelenamenti	1.409	12,5	44.721	11,7	1,1 <sup>oo</sup>	1,0	1,1
<b>Totale ricoveri</b>	<b>14.290</b>	<b>136,2</b>	<b>557.136</b>	<b>146,2</b>	<b>0,9</b>	<b>0,9</b>	<b>0,9</b>

\*il simbolo ° indica un minor numero di ricoveri tra gli stranieri statisticamente significativo il simbolo °° indica un eccesso statisticamente significativo nel numero di ricoveri tra gli stranieri

*Ricoveri dei residenti per cittadinanza, per grandi cause in ordine di frequenza*

Nel complesso dei ricoveri la causa più frequente è riferita a malattie dell'apparato circolatorio (112.885; 20,3% sul totale dei ricoveri) con un'ospedalizzazione di 29,6 soggetti ogni 1000. Per gli stranieri la più frequente causa di ricovero è legata al parto e alle complicazioni della gravidanza (5.956; 41,7% del totale) con un tasso di ospedalizzazione del 31,6‰, terza causa nel complesso dei ricoveri (54.293; 9,7%; t.o. 14,3‰); i traumatismi ed avvelenamenti

ti sono la seconda causa per gli stranieri (1.409; 9,9%), sesta nel complesso (44.721; 8%) con un tasso di ospedalizzazione rispettivamente del 12,8‰ e dell'11,7‰; le malattie dell'apparato digerente sono la terza causa tra gli stranieri (1.218; 8,5%, t.o. 14‰), la quarta nel complesso (53.754; 9,6%; t.o. 14,1‰).

**Le malattie dell'apparato circolatorio (112.885; 20,3%; t.o. 29,6‰) sono la prima causa di ricovero sul totale e la quinta causa tra gli stranieri (676; 4,7%; t.o. 17,4‰); i tumori (60.825; 10,9%; t.o. 16‰) sono la seconda causa di ricovero nel complesso e la decima tra gli stranieri (522; 3,7%; t.o. 9,8‰) (tabella 1 e tabella 2)**

**Tabella 2. Principali cause di ricovero per ordine di frequenza nel complesso e tra gli stranieri.**

PATOLOGIA	TOTALE RICOVERI			RICOVERI DI STRANIERI		
	rango	v.a.	%	Rango	v.a.	%
<b>Malattie dell'apparato circolatorio</b>	<b>1° causa</b>	<b>112.885</b>	<b>20,3</b>	5° causa	676	4,7
Tumori	2° causa	60.825	10,9	10° causa	522	3,7
<b>Complicazioni della gravidanza e del parto</b>	3° causa	54.293	9,7	<b>1° causa</b>	<b>5.956</b>	<b>41,7</b>
Malattie dell'apparato digerente	4° causa	53.754	9,6	3° causa	1.218	8,5
Malattie del sistema osteomuscolare	5° causa	48.434	8,7	9° causa	528	3,7
Traumatismi e avvelenamenti	6° causa	44.721	8,0	2° causa	1.409	9,9

**Tabella 3. Ricoveri dei residenti per cittadinanza, per grandi gruppi di cause e per sesso**

Causa ricovero	stranieri						totale					
	ricoveri			tasso i ospedalizzazione x 1.000 abitanti			ricoveri			tasso ospedalizzazione x 1.000 abitanti		
	Tot.	M	F	Tot.	M	F	Tot.	M	F	Tot.	M	F
	v.a.	v.a.	v.a.	Tot.	M	F	v.a.	v.a.	v.a.	Tot.	M	F
Malat. Inf. e paras.	533	321	212	4,9	5	4,6	7.563	3.956	3.607	2	2,2	1,8
Tumori	522	190	332	4,8	3	7,2	60.825	30.685	30.140	16	16,7	15,3
Malat. Endoc., nutrizionali	184	96	88	1,7	1,5	1,9	10.810	4.019	6.791	2,8	2,2	3,4
Malat. sangue e organi ematopoietici	77	23	54	0,7	0,4	1,2	4.828	1.966	2.862	1,3	1,1	1,5
Disturbi psichici	329	168	161	3	2,6	3,5	21.337	9.525	11.812	5,6	5,2	6
Malat. sistema nervoso e organi dei sensi	390	225	165	3,6	3,5	3,6	31.478	14.136	17.341	8,3	7,7	8,8
<b>Malat. sistema</b>	<b>676</b>	<b>417</b>	<b>259</b>	<b>6,2</b>	<b>6,5</b>	<b>5,6</b>	<b>112.88</b>	<b>59.766</b>	<b>53.119</b>	<b>29,6</b>	<b>32,5</b>	<b>27</b>

<b>circolatorio</b>							<b>5</b>					
Malat. apparato respiratorio	672	425	247	6,1	6,7	5,4	38.538	21.923	16.615	10,1	11,9	8,4
Malat. apparato digerente	1.218	660	558	11,1	10,4	12,1	53.754	28.003	25.750	14,1	15,2	13,1
Malat. sistema genito-urinario	973	199	774	8,9	3,1	16,8	33.814	13.916	19.898	8,9	7,6	10,1
<b>Compl. grav. del parto e del puerperio</b>	<b>5.956</b>	<b>0</b>	<b>5.956</b>	<b>54,3</b>	<b>-</b>	<b>129,5</b>	<b>54.293</b>	<b>0</b>	<b>54.293</b>	<b>14,3</b>	<b>-</b>	<b>27,6</b>
Malat.cute e del tessuto sottocutaneo	152	82	70	1,4	1,3	1,5	7.102	3.553	3.549	1,9	1,9	1,8
Malat.sistema osteomuscolare	528	339	189	4,8	5,3	4,1	48.434	20.983	27.450	12,7	11,4	13,9
Malformaz. congenite	37	17	20	0,3	0,3	0,4	2.309	1.104	1.205	0,6	0,6	0,6
Alcune condizioni morbose origine perinatale	8	0	8	0,1	0	0,2	131	37	94	0,0	0,0	0,0
Sintomi e stati morbosi mal definiti	626	297	329	5,7	4,7	7,2	24.314	12.421	11.893	6,4	6,8	6
Traumatismi e avvelenamenti	1.409	1.085	324	12,8	17	7	44.721	23.459	21.262	11,7	12,8	10,8
<b>Tot. ricoveri</b>	<b>14.290</b>	<b>4.544</b>	<b>9.746</b>	<b>130</b>	<b>71,3</b>	<b>211,9</b>	<b>557.136</b>	<b>249.452</b>	<b>307.681</b>	<b>146</b>	<b>136</b>	<b>156</b>

Osservando la distribuzione dei ricoveri per genere, si nota nel complesso un maggior numero di donne rispetto agli uomini (307.681 vs 249.452) con un tasso di ospedalizzazione rispettivamente di 156,2% e 135,6%; il tasso in generale vale 146,2%. Tra gli stranieri si nota un numero più che doppio di donne ricoverate rispetto agli uomini (9.746 vs 4.544) con un tasso di ospedalizzazione rispettivamente di 211,9% e 71,3%; quello nel complesso degli stranieri vale 130,2% (tabella 3).

In tabella 4 è evidenziata la distribuzione dei ricoveri e dei tassi di ospedalizzazione per classi d'età e cittadinanza. L'età media al ricovero è risultata pari a 35 anni tra gli stranieri e a 60 anni nel complesso.

**Tabella 4 Ricoveri dei residenti per cittadinanza, per grandi gruppi di cause e per età**

Causa ricovero	stranieri						totale					
	ricoveri			tassi di ospedalizzazione			ricoveri			tassi di ospedalizzazione		
	18-44	45-64	>65	18-44	45-64	> 65	18-44	45-64	>65	18-44	45-64	> 65
Malat. Nfet. e parassitarie	460	60	13	4,9	4,4	4,1	2.829	1.737	2.997	1,5	1,5	3,7
Tumori	296	156	70	3,2	11,5	<b>22,3</b>	6.490	19.916	34.419	3,5	<b>17,1</b>	<b>42,2</b>
Malat.endoc., nutrizionali	110	56	18	1,2	4,1	5,7	1.823	3.164	5.823	1	2,7	7,1
Malat. sangue e organi ematopoietici	59	13	5	0,7	1	1,6	551	877	3.400	0,3	0,8	4,2
Disturbi psichici	276	44	9	3,0	3,3	2,9	8.618	6.427	6.292	4,7	5,5	7,7
Malattie del sistema nervoso e organi dei sensi	274	78	38	2,9	5,8	12,1	5.956	8.516	17.006	3,3	7,3	20,8
Malat.sistema circolatorio	297	219	160	3,2	<b>16,2</b>	<b>51</b>	6.511	24.141	82.233	3,6	<b>20,7</b>	<b>100,8</b>
Malat. apparato respiratorio	513	94	65	5,5	7	<b>20,7</b>	8.150	6.290	24.098	4,5	5,4	29,5
Malattie dell'apparato digerente	943	210	65	10,2	<b>15,5</b>	<b>20,7</b>	11.661	15.949	26.144	6,4	13,7	32,1
Malat. sistema genitourinario	817	114	42	8,8	8,4	13,4	9.763	10.309	13.742	5,3	8,8	16,8
Compl. della gravid. del parto e del puerperio	5.947	8	1	<b>63,9</b>	0,6	0,3	54.142	144	7	<b>29,6</b>	0,1	0
Malat. cute e del tessuto sottocutaneo	124	26	2	1,3	1,9	0,6	2.125	1.773	3.204	1,2	1,5	3,9
Malat. sistema osteomuscolare	381	119	28	4,1	8,8	8,9	11.726	16.103	20.605	6,4	13,8	25,3
Malformaz. congenite	34	2	1	0,3	0,1	0,3	1.362	567	380	0,7	0,5	0,5
Alcune cond.morbose di origine perinatale	8	0	0	0,1	0	0	89	11	31	0	0	0
Sintomi e stati morbosi mal definiti	510	90	26	5,5	6,7	8,3	5.341	6.356	12.617	2,9	5,5	15,5
Traumatismi e avvelenamenti	1.215	156	38	<b>13,1</b>	11,5	12,1	14.879	10.025	19.817	<b>8,1</b>	8,6	24,3
<b>Tot.ricoveri</b>	<b>12.264</b>	<b>1.445</b>	<b>581</b>	<b>131,7</b>	<b>106,9</b>	<b>185,1</b>	<b>152.016</b>	<b>132.305</b>	<b>272.815</b>	<b>83,1</b>	<b>113,5</b>	<b>334,5</b>

*Ricoveri in età geriatrica per cittadinanza e per causa*

In età geriatrica, la prima causa di ricovero è dovuta a malattie del sistema cardiocircolatorio sia tra gli stranieri (160; 27,5%), che nel complesso (82.233; 30,1%); la seconda a tumori (stranieri 70; 12%; vs totale 34.419; 12,6%) e la terza a malattie dell'apparato digerente (stranieri 65; 11,2%; vs totale 26.144; 9,6%) (tabella 5).

**Tabella 5. Principali cause di ricovero (≥65 anni), per ordine di frequenza, nel complesso e tra gli stranieri.**

PATOLOGIA	TOTALE RICOVERI			RICOVERI STRANIERI		
	Rango	v.a.	%	Rango	v.a.	%
Malattie del sistema cardiocircolatorio	1° causa	82.233	30,1	1° causa	160	27,5
Tumori	2° causa	34.419	12,6	2° causa	70	12,0
Malattie dell'apparato digerente	3° causa	26.144	9,6	3° causa	65	11,2
Malattie dell'apparato respiratorio	4° causa	24.098	8,8	3° causa	65	11,2
Malattie del sistema osteomuscolare	5° causa	20.605	7,6	8° causa	28	8,9
Malattie dell'apparato genitourinario	8° causa	13.742	5,0	5° causa	42	7,2

#### Ricoveri per Paese di provenienza e grandi gruppi di cause

Gli stranieri provengono per la maggior parte dai Paesi africani (5.853; 41%) e dai Paesi dell'Europa dell'Est (4.723; 33,1%). In particolare, circa un africano su due proviene dal Marocco (44%; 2.596), mentre un europeo su 4 è albanese (26,8%; 1.267) e uno su 4 è slavo (26,1%; 1.233), il 13% (1.874) proviene dall'Asia e l'8% (1.141) dall'America.

I ricoveri per parto e complicazioni della gravidanza rappresentano la prima causa sia sul complesso dei ricoveri degli stranieri, che per ciascun Paese: i ricoveri per questa causa sono stati 1.095/2.596 (42%) tra i marocchini, 520/1.267 (41%) tra gli albanesi e 499/1.233 (40%) tra gli jugoslavi. I traumatismi e avvelenamenti sono la seconda causa di ricovero tra gli immigrati nel complesso, terza tra i provenienti dall'Ex Jugoslavia (103/1.233, 8%) e quarta tra i nigeriani (50/871, 6%) e i ghanesi (86/865, 10%). Le malattie infettive parassitarie, ottava causa di ricovero nel complesso degli stranieri, sono la terza tra i ghanesi (88/865, 10%) e tra i nigeriani (69/871, 8%).

#### Ricoveri per cause specifiche

Confrontando le cause specifiche di ricovero più frequenti tra gli stranieri con quelle del complesso dei residenti, emergono alcune differenze.

Tra le malattie infettive e parassitarie, la causa più frequente di ricovero tra gli immigrati è la malaria da *plasmodium falciparum* (71/533, 13,3% vs 114/7.563, 1,5% sul complesso dei ricoveri); l'HIV rappresenta l'11,3% dei ricoveri per malattie in-

fettive (60/533) tra gli stranieri e il 5,7% (429/7.563) sul complesso dei residenti. Tra gli immigrati si sono verificati 62/533 casi di tubercolosi polmonare (11,2% vs 71, 0,9% sul complesso) e 16 di epatite virale B (3% vs 115, 1,5% sul complesso). Tra i tumori, il più frequente tra gli immigrati è il leiomioma dell'utero (127, 24,4% vs 1.996, 3,3% sul complesso); il tumore del polmone è rappresentato per il 2,9% (15/522) tra gli stranieri e il 4,5% (2.728/60.825) sul totale; quello della mammella il 2,1% (11/522) tra gli immigrati e il 4,2% (2.549/60.825) sul totale.

Il diabete mellito di tipo II rappresenta oltre un quarto dei ricoveri per malattie endocrine e nutrizionali per entrambe le popolazioni: il 31,5% (58/184) tra gli stranieri e il 25,8% (2.790/10.810) sul totale.

Tra i disturbi psichici, la depressione nevrotica rappresenta l'8,2% tra gli stranieri (27/329) e il 9,7% (2.060/21.337) sul complesso; la dipendenza da alcool il 5,8% (19/329) tra gli immigrati e il 3,8% (807/21.337) sul totale.

Nella popolazione straniera, la patologia più frequente tra i ricoveri per malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi è l'epilessia generalizzata convulsiva (28/390, 7,2% vs 990/31.478, 3,1% sul complesso). I ricoveri per cataratta senile sono il 4,6% (18/390) tra gli stranieri e il 12,5% (3.917/31.478) sul totale.

Tra le malattie del sistema cardio-circolatorio l'ipertensione essenziale benigna incide per il 4% dei ricoveri (27/676) vs l'1,5% (1.723/112.882) nel complesso.

Tra le malattie dell'apparato respiratorio, la causa più frequente è la broncopolmonite sia tra gli stranieri (85/672, 12,6%) che sul totale (6.683/38.528, 17,3%).

L'appendicite acuta incide per il 20% sui ricoveri per malattie dell'apparato digerente tra gli stranieri (241/1.218) e per il 4% nel complesso (2.150/53.754)

Tra le malattie del sistema genito-urinario si segnalano 60/973 ricoveri, il 6,2%, per infertilità femminile tra gli immigrati e 961/33.814 (4,3%) nel complesso.

Tra le malattie del sistema osteomuscolare, l'ernia del disco intervertebrale lombare incide per il 13,8% (73/528) tra gli immigrati e per il 6,3% (3.035/48.434) sul totale.

Tra i sintomi e i stati morbosi mal definiti, i dolori addominali incidono per il 30% (187/626) tra gli stranieri e per il 13,8% (3.355/24.314) sul complesso.

#### Ricoveri in regime di Day hospital

Ricoveri dei residenti per cittadinanza e genere. Tassi di ospedalizzazione.

Sono stati ricoverati in Day Hospital 178.523 soggetti: 79.560 maschi e 98.962 femmine con un rapporto maschi/femmine pari a 0,9; il tasso di ospedalizzazione è 46,9‰ (M: 43,2‰; F: 50,2‰).

Gli stranieri ricoverati in Day Hospital sono 3.404: 1.022 maschi e 2.382 femmine con un rapporto maschi/femmine pari a 0,43. Il tasso di ospedalizzazione è 31,2‰ (M: 12,7‰; F: 39,2‰).

La percentuale di stranieri residenti ricoverati in Day Hospital sul totale dei ricoveri in D.H. è pari all'1,9%.

## **Conclusioni**

Nel Piano sanitario nazionale è posta in evidenza la necessità di sviluppare azioni sistematiche di monitoraggio della situazione sanitaria della popolazione immigrata. I dati presentati forniscono una prima descrizione delle condizioni di salute della popolazione italiana e straniera in età adulta e anziana nella regione Veneto, e potranno suggerire indicazioni utili ad interventi di prevenzione e di programmazione.

Per corrispondenza

Dott.ssa Marisa Pacchin

Ufficio di Valutazione Epidemiologica -U.I.ss. 6 "Vicenza" Corso SS. Felice e Fortunato - Vicenza

Tel. 0444-993072 Fax 0444-993076e-mail: [uff\\_epidemiologico@libero.it](mailto:uff_epidemiologico@libero.it)

## **MONITORAGGIO DELL'INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA**

### **NELL'ULSS 6 VICENZA NEL PERIODO 1995-2001**

#### **Analisi delle caratteristiche socio-demografiche, della storia riproduttiva e delle modalità di intervento di 1.107 donne residenti italiane e straniere**

*M. Pacchin*

Ufficio di valutazione Epidemiologica Azienda Ulss n°6 di Vicenza

L'evoluzione del fenomeno immigratorio in Italia va sempre più assumendo carattere di stabilità e si configura in dimensioni sempre più consistenti, con implicazioni culturali e socio-economiche molteplici.

Si è passati da una immigrazione a forte connotazione individuale ad una di tipo prevalentemente familiare: il progetto migratorio iniziale da temporaneo, di breve durata è diventato definitivo.

Indicatore sensibile di stabilizzazione è la variazione consistente della componente femminile che nel periodo 1992-2002 aumenta del 181% (da 287.670 a 808.409) e rappresenta il 47% della popolazione straniera.

Nel Piano Sanitario Nazionale è posto in evidenza la necessità di promuovere iniziative per migliorare l'assistenza delle donne in stato di gravidanza e per ridurre il ricorso all'IVG, in particolare delle donne immigrate, fascia di popolazione ad alto rischio, e di sviluppare interventi sistematici di sorveglianza.

Nel 1978 è stata approvata la legge 194 che stabilisce le norme per la tutela sociale e sanitaria della maternità e per l'interruzione volontaria della gravidanza.

Ai consultori familiari, strutture istituite nel 1975 (legge 405) viene affidato un ruolo fondamentale nell'applicazione della legge in ambito preventivo "attuando direttamente o proponendo all'ente locale competente o alle strutture sociali operanti sul territorio speciali interventi, per superare le cause che potrebbero indurre la donna all'interruzione della gravidanza" e "diffondendo le informazioni sui metodi contraccettivi" per una procreazione cosciente e responsabile.

Variazioni temporali delle IVG in Italia e nel Veneto nel periodo 1995-2001.

Il trend temporale rappresenta il fattore di maggior importanza nell'analisi del fenomeno. Una prima analisi quantitativa evidenzia una netta riduzione (-40%) delle IVG verificatisi in Italia dall'entrata in vigore della legge. Nel 2001 il n° di IVG è pari a 132.234 e il tasso di abortività (n° di IVG per 1000 donne in età feconda) è del 9,5‰, inferiore a quello di alcuni Paesi europei (Gran Bretagna 16 ‰, Svezia 18‰) e sovrapponibile a quello della Germania e della Francia.



Considerando le IVG di donne italiane, nel periodo 1995-2001, si evidenzia in Italia e nel Veneto un decremento del 10% (nel 2001 sono rispettivamente 116.166 e 4.547).

Nello stesso periodo è aumentato il numero di interventi effettuati da straniere che va interpretato nel contesto dei flussi migratori in crescita negli ultimi anni.

Le IVG di donne straniere in Italia sono state nel 2001, 25.094, con un aumento del 180% rispetto al 1995; nel Veneto l'incremento è del 195% (da 670 a 1.981).

L'incidenza delle IVG delle straniere sul totale che, nel 1995, era in Italia del 6,5% e nel Veneto del 10%, è nel 2001, rispettivamente del 19% e del 30% (**tabella 1**).

Tabella 1. IVG di donne italiane e straniere. Italia e Veneto- Anni 1995 e 2001

	ITALIA			VENETO		
	1995	2001	Var. %	1995	2001	Var. %
<b>n° IVG</b>	139.549	132.234	-5,2	5.847	6.573	12,4
<b>Donne italiane</b>	118.116	106.166	-10,1	5.177	4.547	-12,2
<b>Donne straniere</b>	8.967	25.094	179,8	670	1.981	195,7
<b>Tasso di abortività in età 15-49 anni (%)</b>	9,7	9,5	-2,1	5,2	6	15,4
<b>% straniere</b>	6,5	19,1	+12,6 pp	10	30	+20 pp

Fonte: Ministero della salute

#### IVG di donne residenti nell'Ulss 6 di Vicenza. Anno 2001

Nell'Ulss di Vicenza che è costituita da 300.000 abitanti, le donne in età fertile sono 71.000 (64.851 in età 18-49 anni); le straniere sono 6.480 (il 45% della popolazione straniera); in età 18-49 anni: 3.659.

Nel 2001, uno studio di popolazione, ha evidenziato che sono state 441 le donne residenti che hanno effettuato IVG, e di esse 151, il 34,2%, erano straniere. Il 53% (234) ha effettuato l'intervento in altre ULSS del Veneto: il 60% (173) delle italiane e il 40% (61) delle straniere. (**tabella 2**)

Tabella 2

	N° IVG	%
<b>italiane</b>	290	65,8
<b>straniere</b>	151	34,2
<b>Totale</b>	<b>441</b>	<b>100</b>

### Tassi di abortività

Il tasso di abortività che nel 1997 e nel 2000 era del 5,1‰, è passato nel 2001 al 6,1‰ .

La percentuale di donne residenti che ha effettuato IVG in altre ULSS è pari rispettivamente al 68% nel 1997, 51% nel 2000 e 53% nel 2001. (**tabella 3**).

Tabella 3. Tassi di abortività per 1000 donne in età fertile (15-49 anni).

	<b>1997</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>
<b>ITALIA</b>	9,8	9,6	9,5
<b>VENETO</b>	5,4	5,8	6
<b>ULSS 6 VICENZA</b>	<b>5,1</b>	<b>5</b>	<b>6,1</b>
<b>Tasso di fuga U.l.ss. 6*</b>	68%	51%	53%

\*percentuale di donne residenti nell'ULSS Vicenza che hanno effettuato IVG in altre ULSS

### L'abortività delle minorenni. Tassi e % di migrazione

L'art.12 della legge 194/78 disciplina l'IVG per le donne di età inferiore ai 18 anni, previo l'assenso dei genitori o del giudice tutelare.

Nel 2001, 13 minori, di cui 1 straniera hanno effettuato IVG: 5 su 13, il 40%, si è rivolta ad altre ULSS del Veneto. Il tasso di abortività (3,3‰) è sovrapponibile a quello regionale (**tabella 4**).

Tabella 4. Tasso di abortività delle donne in età <18 anni.

	<b>Valore assoluto</b>	<b>Tasso di abortività x 1.000 donne in età &lt;18 anni</b>
<b>ITALIA</b>	3.584	4,1
<b>VENETO</b>	166	2,8
ULSS 6 VICENZA	13	3,3

### **Analisi specifica delle IVG di donne residenti nell'Ulss 6. Periodo 1995-2001**

Per l'analisi specifica sono stati censiti solo gli interventi effettuati su donne italiane e straniere residenti nell'Ulss di Vicenza; non state prese in considerazione le IVG di donne residenti che hanno effettuato l'intervento in altre Ulss della regione. L'andamento delle IVG delle donne residenti mostra nel periodo 1995-2001 un trend crescente: il numero di interventi è quasi raddoppiato passando da 113 a 207, l'incremento è dell'83%.

Per tutti gli anni considerati, circa il 35% degli interventi è a carico di donne straniere (range 31,8 ± 43,5%) e dal 1995 al 2001 le IVG di straniere residenti sono

aumentate del 125% (da 40 a 90), un incremento percentuale superiore a quello delle italiane (+60%): da 73 a 117.

### **Metodologia**

Per l'analisi specifica sono stati censiti gli interventi effettuati nell'ULSS 6 Vicenza dalle donne residenti, in relazione ad alcune variabili indicate nelle schede di notifica delle IVG (mod.D12-ISTAT): età, cittadinanza, stato civile, titolo di studio, occupazione, storia riproduttiva (aborti spontanei, IVG precedenti, numero di figli), tempi e modalità di intervento, al fine di fornire una base informativa utile per l'elaborazione di adeguate strategie di prevenzione.

Lo studio ha riguardato complessivamente 1.107 donne: 686 italiane e 421 straniere (38%) straniere.

### **Risultati**

Le donne straniere sono maggiormente rappresentate nella fascia di età inferiore ai 30 anni rispetto alle italiane (58,9% vs 43,6%); risulta comunque significativamente più basso tra le straniere il numero di donne che effettua IVG in età inferiore ai 20 anni (2,6% vs 7,6%).

Le fasce di popolazione a maggior rischio sono :età inferiore ai 20 anni e superiore ai 30 per le italiane; tra i 20 e i 30 anni, per le straniere.

Anche la distribuzione per stato civile risulta significativamente diversa tra i due gruppi di donne: le straniere sono prevalentemente coniugate (68,4% vs 50%) e con figli ( 74% vs 59%) rispetto alle italiane. Non emergono differenze per quanto riguarda il titolo di studio (nel 54% dei casi medio-basso sia per le italiane che per le straniere), mentre superiore è la percentuale delle italiane occupate, in prevalenza come impiegate, rispetto alle straniere che sono soprattutto operaie (66% vs 55%).

Non si evidenziano differenze significative tra i due gruppi di donne in relazione al numero di aborti spontanei precedenti (12,5% per le italiane vs 15,5%), mentre risulta statisticamente significativa la maggior frequenza di aborti ripetuti tra le straniere (32% vs 14%).

Si nota inoltre che l'aborto ripetuto è caratteristico delle donne straniere con uno o più figli: il 62% (15) aveva già 2 figli vs il 53% con un figlio ed il 13% senza figli. La distribuzione delle IVG per epoca gestazionale evidenzia che in Italia la maggior parte degli interventi (83%) avviene prima della 10° settimana.

Nella ULSS di Vicenza è maggiore la percentuale di donne straniere e italiane che abortiscono in età gestazionale più avanzata (>10 settimane): il 64% delle straniere e il 53% delle italiane.

Le differenze tra i due gruppi sono significative. La percentuale di donne che ricorrono all'IVG oltre la 12<sup>a</sup> settimana è nel 2001 del 2,5%, dato sovrapponibile a quello nazionale (2,5%) e nettamente inferiore a quello regionale (7,5%).

In Italia, nel 61% dei casi, la donna si sottopone all'intervento entro 2 settimane dalla data di rilascio della certificazione; nel Veneto e nell'ULSS 6, la percentuale di donne, sia italiane che straniere, che attendono l'intervento più di 15 giorni è quasi doppia rispetto al dato nazionale (63% vs 38%).

Sia in Italia che nel Veneto la certificazione viene rilasciata nel 30% dei casi dal consultorio; nell'ULSS 6, più della metà delle donne (65%) si rivolge al consultorio e la percentuale di straniere (78%) è significativamente superiore rispetto a quella delle italiane (53,3%).

Non emergono differenze significative tra i due gruppi per quanto riguarda il tipo di intervento, il tipo di terapia antalgica e le complicazioni.

La tecnica più raccomandata, l'isterosuzione secondo Karman, è quella più utilizzata nell'ULSS 6 (99%), in percentuale nettamente superiore rispetto alla media regionale (50%) e nazionale (62%).

Anche l'anestesia locale, indicatore di appropriatezza delle procedure, è praticata nell'ULSS in percentuale superiore (36%) rispetto al dato regionale (26%) e nazionale (16%).

L'incidenza delle complicanze è inferiore nell'ULSS (1,27) rispetto al dato regionale (3%) e nazionale (4%). **(tabella 5)**

## **Conclusioni**

La situazione sanitaria delle donne straniere, categoria particolarmente a rischio, dipende anche dalle politiche di integrazione realizzate, dalla qualità di accoglienza, dalle condizioni abitative, di lavoro, di disagio sociale, di marginalità culturale: è noto che le disuguaglianze sociali sono un determinante dello stato di salute. Le leggi vigenti garantiscono la tutela sanitaria per tutti i soggetti immigrati anche per quelli presenti in condizioni di irregolarità giuridica: barriere culturali e di comunicazione possono talvolta non garantire una reale fruibilità dei servizi.

Uno studio dell'Istituto Superiore di Sanità aveva evidenziato che il 67% delle donne immigrate non aveva ricevuto informazioni sull'utilizzo di metodi contraccettivi in puerperio, rispetto al 40% delle italiane. (2,4)

Azioni di prevenzione dell'aborto volontario e in particolare dell'aborto ripetuto potrebbero essere svolte mediante un'offerta attiva di consulenza in particolari situazioni quali l'assistenza prenatale, il puerperio e nel momento del controllo post IVG.

Iniziative di formazione specifica del personale socio sanitario sugli aspetti della comunicazione interculturale, servizi di mediazione linguistico-culturale, iniziative di informazione e di orientamento ai servizi per la popolazione immigrata, promozione di politiche di integrazione, possono ridurre le differenze negli esiti di salute.

**Tabella 5. Analisi specifica. Significatività delle differenze.**

\* i dati sono disponibili solo per il 2000 e il 2001

	VALORI ASSOLUTI		VALORI %		Test Chi-quadro di Pearson
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	
<i>CLASSE ETA'</i>					
<20	52	11	7,6	2,6	SIGNIF (p<0,001)
20 o più	634	410	92,4	97,4	
<30	299	248	43,6	58,9	SIGNIF (p<0,001)
30 o più	387	173	56,4	41,1	
<i>STATO CIVILE</i>					
Coniugata	340	286	49,6	68,4	SIGNIF (p<0,001)
nubili o già sposata	345	132	50,4	31,6	
<i>TITOLO STUDIO</i>					
Basso	353	187	54,5	52,8	NON SIGNIF
medio-alto	295	167	45,5	47,2	
<i>CONDIZIONE PROF.*</i>					
Occupata	172	93	66,4	55,4	SIGNIF (p<0,05)
non occupata	87	75	33,6	44,6	
<i>NUMERO FIGLI</i>					
Nessuno	278	108	40,6	25,7	SIGNIF (p<0,001)
1 o più	407	312	59,4	74,3	
<i>ABORTI SPONTANEI</i>					
Nessuno	597	353	87,5	84,4	NON SIGNIF
1 o più	85	65	12,5	15,6	
<i>IVG PRECEDENTI</i>					
Nessuna	585	283	85,8	67,7	SIGNIF (p<0,001)
1 o più	97	135	14,2	32,3	
<i>STRUTTURA CERTIFICAZIONE</i>					
Consultorio medico o serv.	137	131	53,3	78,0	SIGNIF (p<0,001)
Ostetrico	120	37	46,7	22,0	
<i>SETTIMANA GESTAZ.</i>					
<10	314	147	46,6	35,7	SIGNIF (p<0,001)
10 o più	360	265	53,4	64,3	
<i>GIORNI ATTESA</i>					
<15	253	148	36,8	35,2	NON SIGNIF

15 o più	434	273	63,2	64,8	
<i>LUOGO</i>					
<i>INTERVENTO*</i>					
struttura privata	8	14	3,1	8,4	SIGNIF
struttura pubblica	249	152	96,9	91,6	
<i>TIPO</i>					
<i>INTERVENTO*</i>					
Metodo di Karman	254	164	98,4	99,4	NON SIGNIF
Raschiamento	4	1	1,6	0,6	
<i>TERAPIA</i>					
<i>ANTALGICA*</i>					
anestesia generale	159	97	64,6	63,4	NON SIGNIF
anestesia locale	87	56	35,4	36,6	
<i>COMPLICAZIONI*</i>					
Emorragia	4	1	1,5	0,6	NON SIGNIF
Nessuna	255	163	98,5	99,4	

## **Bibliografia**

- 1) Ministero della Salute. *Relazione sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria della gravidanza 2001.*
- 2) Donati S., Spinelli A., Grandolfo M. e al. *L'assistenza in gravidanza, al parto e durante il puerperio in Italia.* Annali Istituto Superiore di Sanità, 1999; 289-296.
- 3) Spinelli A. e al. *L'IVG tra le straniere immigrate in Italia.* Atti della VI Consensus Conference sulle Migrazioni, Palermo 25-28 Maggio 2000; 83-86.
- 4) Spinelli A., Grandolfo M., Donati S. e al. *L'assistenza alla nascita dopo l'introduzione delle nuove normative.* Atti della VII Consensus Conference sulle Migrazioni, Erice 19-22 Maggio 2002; 6-11.

**DINAMICHE DEMOGRAFICHE  
NELLA PROVINCIA DI VICENZA**  
*Previsioni al 2023 in relazione ai flussi migratori.*  
*M. Pacchin*

I dati generali della popolazione mondiale consentono di cogliere le cause strutturali dei fenomeni migratori e di delinearne le dinamiche.

I crescenti squilibri demografici, l'allargamento delle disuguaglianze nella crescita economica e tecnologica, nello sviluppo e nel livello di vita tra Paesi e aree del mondo, lasciano presagire una forte crescita della pressione migratoria nei prossimi decenni: nel 2020 la popolazione mondiale sarà di circa 7 miliardi, di cui l'85% nei Paesi in via di sviluppo.

Sulla base di questi dati appare plausibile prevedere che i flussi migratori dai paesi poveri verso le aree sviluppate del mondo saranno sempre più intensi.

Si è formulata una previsione su come evolverà nei prossimi vent'anni la situazione demografica nella provincia di Vicenza in relazione ai flussi migratori.

**Metodologia di lavoro**

Per prevedere l'andamento della popolazione è stato necessario scontare la mortalità nei prossimi 20 anni dei residenti, aggiungere i nuovi nati e stimare il numero di immigrati che arriveranno nella nostra provincia.

Per stimare il numero di soggetti ancora in vita al 1.1.2023 si è utilizzata la tavola di mortalità, che riporta le probabilità di sopravvivenza, per sesso, di un soggetto appartenente ad una determinata fascia di età. Per gli stranieri si è utilizzata la stessa tavola, assumendo che, per un soggetto residente in Italia, la probabilità di sopravvivenza sia quasi la stessa di un italiano.

Il numero di nati è funzione del numero di donne in età feconda (15-49 anni) e della loro propensione ad avere figli. Il tasso di fecondità totale (TFT), numero medio di figli per donna, usato per l'analisi è quello previsto dall'ISTAT per il 2030 per il Veneto, pari a 1,28 figli per donna.

Per le straniere, è nota la loro maggior propensione ad avere figli, anche se questa varia notevolmente a seconda del paese di provenienza. Si è perciò valutato il tasso di fecondità totale delle donne provenienti dai 20 Paesi stranieri più presenti nella provincia di Vicenza e si è ritenuto adeguato considerare per le immigrate un tasso di fecondità pari a 2,5 figli per donna.

Per la previsione dei movimenti migratori si è ipotizzato, sulla base dell'andamento degli ultimi anni, un numero di ingressi di circa 6.000 stranieri l'anno nella provincia di Vicenza.



## Risultati

Considerando un numero di ingressi annui pari a 6.000 stranieri, dal 2003 al 2023, si prevede un aumento della popolazione complessiva dell'11,3% (+90.187), ma la sua composizione si modificherà profondamente: la quota di italiani passerà dal 92,9% del 2003 (740.802 su un totale di 797.027) al 77,4% del 2023 (686.673 su un totale di 887.214) (tabella 1).

In particolare, la popolazione italiana presenterà una forte contrazione del numero di minori in età inferiore ai 14 anni (variazione percentuale 2023/2003 pari a -25,2%; -26.924) e dei soggetti in età 15-64 anni (-14%; -70.097) e un notevole aumento degli ultrasessantacinquenni (+32,1%; +42.899). Tra gli stranieri si avrà un incremento in tutte le fasce di età per il maggior tasso di natalità, per l'ingresso di nuovi immigrati e per l'invecchiamento degli individui già presenti: i minori (0-14 anni) aumenteranno del 196% (+24.399); i soggetti in età lavorativa del 272,5% (+116.019) e gli ultrasessantacinquenni del 321% (+3.897). Complessivamente, i minori diminuiranno del -2,1% (-2.525) nonostante il flusso continuo di nuovi ingressi di immigrati e l'elevato tasso di fecondità delle donne straniere.

Tra le fasce in età lavorativa, gli immigrati riusciranno ad influire in modo rilevante, fino a determinare una crescita complessiva in tale fascia dell'8,5% (+ 45.922 tra i 15-64 anni): nello specifico, la variazione percentuale della popolazione italiana è pari a -14% (-70.097) e la variazione percentuale della popolazione straniera è del +272,5% (+116.019). Si assisterà ad un forte aumento della popolazione nella fascia di età anziana (variazione percentuale complessiva: +34,7%; +46.790).

Dal 2003 al 2023 la percentuale della popolazione italiana in età inferiore ai 14 anni passerà dal 14% al 12 %; quella straniera dal 22% al 18,4%; complessivamente la popolazione con meno di 14 anni diminuirà dal 15% al 13%. Nello stesso periodo la percentuale della popolazione italiana in età 15-65 anni diminuirà dal 67% al 63%; quella straniera aumenterà dal 76% al 79%; complessivamente diminuirà dal 68% al 66%.

La percentuale della popolazione italiana più anziana, oltre i 65 anni, passerà dal 18% al 26%; quella straniera dal 2,2% al 2,5%; complessivamente la popolazione in questa fascia di età aumenterà dal 17% al 20%; la presenza di stranieri con più di 65 anni rimane marginale nel ventennio considerato (tabella 1).

**Tabella 1. Popolazione residente nella provincia di Vicenza al 1.1.2003 e al 1.1.2023 per fasce di età. Valori assoluti, incidenza % e variazioni % 2023 vs 2003**

Fasce d'età	italiani					
	2003		2023		variazione	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
0 - 14 anni	<b>107.038</b>	14,4%	<b>80.114</b>	11,7%	<b>-26.924</b>	-25%
15 - 64 anni	<b>500.217</b>	67,5%	<b>430.120</b>	62,6%	<b>-70.097</b>	-14%
> 65 anni	<b>133.547</b>	18%	<b>176.439</b>	25,7%	<b>42.892</b>	32%
<b>totale italiani</b>	<b>740.802</b>	100%	<b>686.673</b>	100%	<b>-54.129</b>	<b>-7,3%</b>
	stranieri					
0 - 14 anni	<b>12.441</b>	22%	<b>36.840</b>	18,4%	<b>24.399</b>	196%
15 - 64 anni	<b>42.570</b>	75,7%	<b>158.589</b>	79%	<b>116.019</b>	272,5%
> 65 anni	<b>1.214</b>	2,2%	<b>5.112</b>	2,5%	<b>3.898</b>	321%
<b>totale stranieri</b>	<b>56.225</b>	100%	<b>200.541</b>	100%	<b>144.316</b>	<b>256,7%</b>
	TOTALE					
0 - 14 anni	<b>119.479</b>	15%	<b>116.954</b>	13,2%	<b>-2.525</b>	-2%
15 - 64 anni	<b>542.787</b>	68%	<b>588.709</b>	66,4%	<b>45.922</b>	8,5%
> 65 anni	<b>134.761</b>	16,9%	<b>181.551</b>	20,5%	<b>46.790</b>	34,7%
<b>TOTALE</b>	<b>797.027</b>	100%	<b>887.214</b>	100%	<b>90.187</b>	<b>11,3%</b>

**Incidenza della popolazione straniera per fascia d'età nel 2003 e nel 2023**

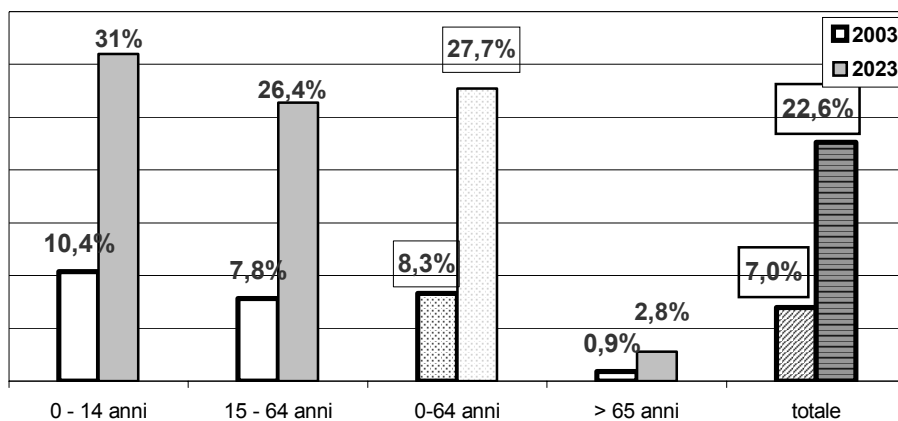
Sulla popolazione totale, gli immigrati nel 2023 incideranno per il 31,5% nella fascia di età 0-14 anni (36.840 stranieri su una popolazione totale prevista di 116.954), la percentuale nel 2003 è 10,4% (12.441 stranieri su 119.479); per il 26,9% in quella 15-64 anni (158.589 stranieri sul totale di 588.709), la percentuale nel 2003 è 7,8% (42.570 stranieri su 542.787); per il 2,8% tra gli ultrasessantacinquenni (5.112 stranieri su 181.551), la percentuale nel 2003 è 0,9% (1.214 stranieri su un totale di 134.761) (tabella 2).

**Tabella 2. Percentuale della popolazione straniera sul totale per fascia d'età**

	2003	2023
<b>0 - 14 anni</b>	10,4%	31%
<b>15 - 64 anni</b>	7,8%	26,4%
<b>&gt; 65 anni</b>	0,9%	2,8%

La popolazione straniera in età 0-64 anni passerà da 55.011 a 195.429 e l'incidenza sulla popolazione totale da 8,3% a 27,7%. Per la fascia d'età oltre i 65 anni si avrà un aumento dallo 0,9% al 2,8% anche se il contributo degli ultrasessantacinquenni rimane minimo nel complesso della presenza straniera (grafico 1).

**Grafico 1 Percentuale della popolazione straniera sul totale per fascia d'età. Anni 2003-2023**



### Indicatori strutturali della popolazione

I cambiamenti della struttura della popolazione nel ventennio considerato si possono dedurre anche analizzando gli indicatori strutturali della popolazione. (tabella 3)

L'indice di vecchiaia (rapporto percentuale tra la popolazione anziana, 65 anni e oltre, e la popolazione in età tra 0 e 14 anni) passa da 113 a 155.

L'indice di dipendenza strutturale totale, (rapporto percentuale tra persone in età non produttiva, 0-14 anni e 65 anni e oltre, e la popolazione in età produttiva, 15-64 anni), passerà da 46,8 a 50,7 a dimostrazione di un aumento della popolazione in età non lavorativa (tabella 3). In particolare questa variazione è dovuta soprattutto ad un incremento dell'indice tra la popolazione italiana che passerà da 48,1 nel 2003 a 59,6 nel 2023.

L'indice di dipendenza strutturale può essere suddiviso in 2 componenti: indice di dipendenza anziani (rapporto percentuale tra la popolazione con 65 anni e oltre e la popolazione in età produttiva, 15-64 anni) e l'indice di dipendenza giovani (rapporto percentuale tra la popolazione di 0-14 anni e la popolazione in età produttiva, 15-64 anni).

L'indice di dipendenza anziani aumenterà da 25 a 31 mentre l'indice di dipendenza giovani diminuirà da 22 a 20.

L'indicatore che analizza la composizione delle età lavorative è l'*indice di struttura della popolazione in età attiva*, (rapporto percentuale tra le fasce d'età 40-64 anni e 15-39 anni).

L'indice passerà da 94 del 2003 a 175 del 2023.

**Tabella 3. Indicatori strutturali della popolazione complessiva. 2003-2023**

<b>Indici</b>	<b>2003</b>	<b>2023</b>
Età media	40,8	45,8
Indice di vecchiaia	113	155
Indice di dipendenza	46,8	50,7
- dipendenza degli anziani	25	31
- dipendenza dei giovani	22	20
Indice di struttura pop. attiva	94	175

**Popolazione femminile in età fertile e minori in età inferiore ai 4 anni. 2003-2023**

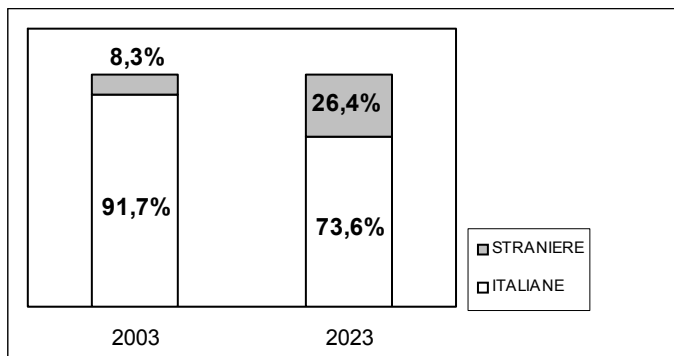
Le donne italiane in età feconda (15-49 anni) diminuiranno del 27,7% (-48.416) entro il 2023: la percentuale sul totale passerà dal 91,7% al 73,6% (da 174.645 su 190.406 a 126.229 su 171.405); quelle straniere aumenteranno del 186,6% (+29.415): la percentuale sul totale passerà dall'8,3% al 26,4% (da 15.761 su 190.406 a 45.176 su 171.405). Complessivamente, però, le donne in età feconda subiranno una contrazione del 10% (-19.001) (tabella 4 e grafico 2).

Nel 2003 il rapporto donne straniere donne italiane in età feconda è di 1/11, nel 2023 sarà di 1/3.

**Tabella 4. Donne in età feconda (15-49 anni). Valori assoluti, incidenza % e variazioni % 2023 vs 2003**

	<b>2003</b>	<b>%</b>	<b>2023</b>	<b>%</b>	<b>VAR %</b>	<b>DIFF. Valori assoluti</b>
ITALIANE	174.645	91,7%	126.229	<b>73,6</b>	<b>-27,7</b>	<b>-48.416</b>
STRANIERE	15.761	8,3%	45.176	<b>26,4</b>	<b>186,6</b>	<b>29.415</b>
TOTALE	<b>190.406</b>	100%	<b>171.405</b>	<b>100</b>	<b>-10</b>	<b>-19.001</b>

**Grafico 2. Distribuzione percentuale delle donne in età feconda per cittadinanza. Anni 2003-2023**



Il numero di figli diminuirà sensibilmente e l'incidenza degli immigrati si farà sempre più consistente: nell'anno base, l'incidenza degli stranieri in età 0-4 anni è del 6,3% (2.610 su 41.470), nel 2023 sarà 37,7% (14.730 su 39.047) con una variazione percentuale del 464,4% (+12.120). I bambini italiani in età 0-4 anni dal 2003 al 2023 diminuiranno del 37,4% (-14.543).

Gli immigrati pur avendo un tasso di natalità superiore a quello delle donne italiane ( 2,5 vs 1,28), non riusciranno a sostenere la bassa natalità della popolazione autoctona. Nel complesso la popolazione dei bambini al di sotto dei 4 anni subirà una riduzione del 5,8% (-2.423) passando da 41.470 a 39.047. (tabella 5).

**Tabella 5. Bambini in età 0-4 anni. Valori assoluti, incidenza % e variazioni % 2023 vs 2003**

	2003	%	2023	%	VAR %	DIFF Valori assoluti
ITALIANI	38.860	93,7	24.315	62,3	-37,4	-14.545
STRANIERI	2.610	6,3	14.730	37,7	464,4	12.120
TOTALE	41.470	100	39.045	100	-5,8	-2.425

I dati evidenziano che l'immigrazione può contribuire ad attenuare alcuni squilibri demografici, ma non sarà in grado di incidere significativamente sul processo di invecchiamento della popolazione vicentina né di incidere sulla bassa natalità della popolazione. L'aumento della popolazione anziana è un elemento a cui il sistema socio-economico dovrà adattarsi; il tasso di fecondità delle donne italiane sarà difficilmente modificabile nel breve periodo e non permetterà un ricambio generazionale.

**ESPERIENZE DI UN CENTRO DI PRONTA ACCOGLIENZA  
PER MINORI NON ACCOMPAGNATI SENZA FISSA DIMORA  
SULL'IMPATTO CON LA NUOVA LEGGE  
SULL'IMMIGRAZIONE.  
PROSPETTIVE PER LA LORO FINALE INTEGRAZIONE.**

*E. Pelargonio, L. Faggioni, I. Kosturi, M.A. Moretti, G. Cassinari*  
ACISEL (Associazione Cooperazione Internazionale Studi E Lavoro), Roma

La formulazione e l'introduzione della nuova legge sull'immigrazione pone delle basi a carattere nazionale ma che devono collimare con quelle internazionali e stabilire delle regole eque e solidali per le popolazioni che chiedono aiuto emigrando in Italia.

Salvo restando il fatto che nulla è perfetto, anche questa nuova legge presenta i suoi pregi ed i suoi difetti e con essa si tende a metter un pò d'ordine all'immigrazione "disorganizzata" degli anni passati.

La maggior parte degli immigrati che hanno toccato il suolo italiano è rappresentata da uomini soli, singoli e non, quindi da famiglie con bambini ed infine da minori specialmente dell'età adolescenziale definiti "non accompagnati senza fissa dimora" (n.a.s.f.d.). Questi ultimi rappresentano la minoranza degli immigrati ed in particolare clandestini e pur essendo un potenziale lavorativo per la nazione ospitante presentano alcune caratteristiche e svariati problemi che vanno affrontati differenzialmente dalle altre categorie di immigrati.

Un'analisi dell'esperienza di un Centro di Accoglienza per minori stranieri n.a.s.f.d., alla luce della nuova legge sull'immigrazione ci potrà dare un quadro prospettico di comportamento possibile e risolutivo di questi problemi che dovrebbero essere affrontati se si vorrà organizzare una immigrazione onesta, aperta a tutte le nazioni che ne hanno bisogno, giusta ed adeguata all'esigenza degli immigrati e della nazione ospitante. A parte rimane il problema dei rifugiati e dei richiedenti asilo che per questioni di "pericolo di vita" devono lasciare il loro paese e non possono essere respinti dai paesi da loro raggiunti.

Materiale e metodo

E' stata effettuata un'analisi sui minori n.a.s.f.d. in un centro di pronta accoglienza nel periodo giugno 2000-febbraio 2003, centro che poteva accogliere minori dai 14 ai 18 anni. In questo periodo sono transitati 583 ragazzi di varie nazionalità, con un periodo di soggiorno variabile da meno di un mese ad oltre 12 mesi e per alcuni sino al raggiungimento del diciottesimo anno d'età. Soltanto per quelli che si sono soffermati più di tre mesi è stato possibile portare avanti un programma di inserimento socio-culturale ed infine lavorativo al compimento del diciottesimo anno d'età. L'analisi è stata limitata alla conoscenza di eventuali connessioni con amici e parenti sul territorio italiano che si sono evidenziate o sono state comunicate dai ragazzi al momento della conoscenza della nuova legge sull'immigrazione, connes-

sioni che sino allora erano state mantenute nascoste. Quest'analisi è stata possibile effettuarla soltanto su un gruppo di 78 ragazzi (13,37 % del totale di 583), gruppo che rientrava nelle caratteristiche di questa ricerca.

### Risultati

Il problema che si è posto quando si è ventilata la nuova legge sulla immigrazione (legge Bossi-Fini) è stato quello di come dare la possibilità a questi ragazzi di inserirsi nella legalità della legge immigratoria, dovendo essi esser espulsi dal territorio italiano non appena compiuto il diciottesimo anno d'età. L'aver un permesso di soggiorno, un datore di lavoro che li sponsorizzasse, un amico o un parente che li potesse avere in affidamento, risultavano essere le condizioni principali per evitare il ritorno forzato in patria.

Pur avendo chiesto nell'intervista iniziale se avessero dei legami di amicizia di connazionali o di altri parenti in Italia, quasi nessuno aveva risposto affermativamente. Quando si è ventilata la nuova legge sull'immigrazione, sono comparsi parenti o conoscenti, oppure gli stessi giovani hanno manifestato la volontà di farli mettere in contatto con gli operatori del centro per aiutarli per una sistemazione in Italia. Da allora si sono intrecciate intense e frequenti telefonate tra gli operatori, i vari parenti, genitori, datori di lavoro, uffici di polizia di varie città d'Italia, e si sono iniziate pratiche per sanatorie anche da parte della stessa ACISEL, alcune delle quali sono ancora in fase di realizzazione. All'inizio è stato un continuo susseguirsi di contatti sia telefonici che personali, indipendentemente dalle giornate e dagli orari (festivi e notturni). Al momento sono diminuiti, ma tutt'ora attivi per alcuni giovani ancora in fase di sistemazione. E' parso subito chiaro anche se sospettato in precedenza, che questi ragazzi non erano senza fissa dimora poiché avevano dei punti di riferimento ed avrebbero avuto la possibilità di esser domiciliati presso i propri parenti e conoscenti.

Di 583 ragazzi transitati nel periodo dal giugno 2000 al febbraio 2003, 78 (13,37 %) hanno confermato la presenza di parenti e/o amici in Italia con i quali mantenevano contatti più o meno frequenti. Quarantadue di essi (53,84 %) erano di nazionalità albanese, 14 (17,94 %) romena, 11 (14,10 %) moldava, 2 (2,56 %) irachena ed uno (1,28 %) era rispettivamente della Costa d'Avorio, Ucraina, Marocco, Kosovo, Sudan, Bangladesh, Palestina un italiano di origine straniera ed un italiano (tab.1).

Sei (7,69 %) di essi si sono soffermati nel centro per meno di un mese, 3 (3,84 %) per un mese, 16 (20,51 %) per oltre un mese, 2 (2,56 %) per 3 mesi, 20 (25,64 %) per oltre 3 mesi, 4 (5,12 %) per 6 mesi, 17 (21,79 %) per oltre 6 mesi, 3 (3,84 %) per 12 mesi e 7 (8,97 %) per oltre 12 mesi (tab.2).

Di questi 78 ragazzi 22 (28,20 %) hanno detto di avere amici in città ed in altre parti d'Italia e di questi 14 (17,94 %) erano albanesi, 5 (6,41 %) romeni, 2 (2,56 %) moldavi ed 1 (1,28 %) palestinese ( tab.3).

Ventiquattro (30,76 %) affermavano di avere e di contattare parenti non meglio definiti: 14 (17,94 %) erano albanesi, 3 (3,84 %) moldavi, 2 (2,56 %) iracheni ed 1 (1,28 %) italiano di origine straniera, marocchino, kosovaro, palestinese e sudanese (tab.4).

I genitori presenti in Italia erano rappresentati da 6 (7,69 %) padri di cui 1 (1,28 %) albanese, 4 (5,12 %) romeni ed 1 (1,28 %) della Costa d'Avorio (tab.5).

Dieci ragazzi (12,82 %) affermavano di avere le madri sul territorio: 4 (5,12 %) moldavi, 3 (3,84 %) albanesi, 2 (2,56 %) romeni ed 1 (1,28 %) ucraino (tab.6).

Dieci ragazzi (12,82%) confermavano la presenza di sorelle : 9 (11,53%) albanesi, 1 (1,28%) moldavo (tab.7).

Invece 6 (7,69%) di essi avevano fratelli: 3 (3,84%) albanesi, 2 (2,56%) romeni ed 1 (1,28%) moldavo (tab.8).

Gli “zii”, come i “cugini”, rappresentano una categoria ambigua, a volte rispondente a verità, altre volte a “prestanome”. La presenza di 12 “zii” (15,38 %) era così distribuita: 6 (7,69 %) albanesi, 3 (3,84 %) romeni ed 1 (1,28 %) moldavo, kosovaro e del Bangladesh (tab.9).

Tredici (16,66 %) ragazzi affermavano di avere “cugini”: 10 (12,82 %) albanesi, 2 (2,56 %) romeni ed 1 (1,28 %) moldavo (tab.10).

Due o più parenti erano riferiti da 32 (41,02 %) minori.

Tab.1

NAZIONALITA'		
Nazionalità	Minori	% di 78
Alb.	42	53,84%
Rom.	14	17,94%
Mold.	11	14,10%
Iraq	2	2,56%
It.(orig.stran.)	1	1,28%
Costa Av.	1	1,28%
Ucr.	1	1,28%
Mar.	1	1,28%
Kos.	1	1,28%
Sud.	1	1,28%
Bangl.	1	1,28%
Palest.	1	1,28%
It.	1	1,28%

Tab.2

PERIODO SOGGIORNO		
Mesi	Minori	% di 78
< 1	6	7,69%
>= 1	3	3,84%
> 1	16	20,51%
>= 3	2	2,56%
> 3	20	25,64%
>= 6	4	5,12%
> 6	17	21,79%
>= 12	3	3,84%
> 12	7	8,97%



Tab.3

<b>AMICI</b>		
Naz.	Minori	% di 78
Alb.	14	17,94%
Rom.	5	6,41%
Mold.	2	2,56%
Palest.	1	1,28%
	22	28,19%

Tab.4

<b>PARENTI</b>		
Naz.	Minori	% di 78
Alb.	14	17,94%
Mold.	3	3,84%
It.	1	1,28%
Iraq	2	2,56%
Mar.	1	1,28%
Kos.	1	1,28%
Palest.	1	1,28%
Sud.	1	1,28%
	24	30,74%

Tab.5

<b>PADRE</b>		
Nazionalità	Minori	% di 78
Alb.	1	1,28%
Rom.	4	5,12%
Costa Av.	1	1,28%
	6	7,68%

Tab.6

<b>MADRE</b>		
Naz.	Minori	% di 78
Alb.	3	3,84%
Rom.	2	2,56%
Mold.	4	5,12%
Ucr.	1	1,28%
	10	12,80%

Tab.7

<b>SORELLA</b>		
Naz.	Minori	% di 78
Alb.	9	11,53%
Mold.	1	1,28%
	10	12,81%

Tab.8

<b>FRATELLO</b>		
Nazionalità	Minori	% di 78
Alb.	3	3,84%
Rom.	2	2,56%
Mold.	1	1,28%
	6	7,68%

Tab.10

<b>CUGINI</b>		
Naz.	Minori	% di 78
Alb.	10	12,82%
Rom.	2	2,56%
Mold.	1	1,28%
	13	16,66%

Tab.9

<b>ZIO</b>		
Naz.	Minori	% di 78
Alb.	6	7,69%
Rom.	3	3,84%
Mold.	1	1,28%
Koss.	1	1,28%
Bangl.	1	1,28%
	12	15,37%

## **Discussione**

Il periodo adolescenziale in cui si trovano i minori stranieri n.a.s.f.d. ospitati nei centri di pronta accoglienza è un periodo molto importante della vita perché è proprio in questo tempo che ci si prepara con lo studio, con la formazione, con una preparazione morale e civica a raggiungere una maturità per affrontare da singoli indipendenti la vita socio-culturale-lavorativa che si pone di fronte subito dopo il raggiungimento del diciottesimo anno d'età.

Come appare dalla casistica presentata, il passaggio di minori nel centro di pronta accoglienza è stato notevole ma la loro permanenza, salvo per un esiguo numero è stato oltre i tre mesi (tab.2). Nonostante siano stati attivati scuola, corsi d'italiano, corsi di formazione, attività ludico sportive, attività culturali anche fuori sede e fuori città, l'interesse di questi ragazzi è risultato essere ben altro. Anche i corsi di formazione per attività artigianali (pizzaiolo, muratore, meccanico, falegname, elettricista) che erano i più appetibili sia per la loro brevità che per la possibilità di un quasi sicuro e rapido inserimento nella vita lavorativa, sono stati seguiti da uno scarso numero di ragazzi e soltanto in pochissimi casi con un profitto sufficiente.

Animati più da una spinta contestatrice, a volte distruttrice del bene comune, di ottenere qualcosa per sostenersi con piccoli furti nei negozi o tra loro stessi, con il lavoro in nero o spinti da una visione di una vita splendida con facili e ricchi guadagni, noncuranti da quali sorgenti potessero provenire, non si sono soffermati a lungo nel Centro prendendo altre strade non sempre lecite. Pur essendo stati avvertiti della pericolosità di questi comportamenti, questi consigli sono stati poco ascoltati. Infatti uscendo dal Centro, il minore è libero di fare quel che si sente di fare, la legge lo protegge e non ha poteri di infliggergli alcuna pena se non in casi estremamente gravi. Queste norme che son ben a conoscenza dei minori che apparentemente sono stati già istruiti, forse ancor prima di partire dai loro paesi o dai compagni stessi, impediscono che si possano prendere dei provvedimenti disciplinari ed educativi a loro carico.

Questo problema è stato rilevato più volte anche dalle autorità competenti, in vari convegni e simposi e sembra alla fine che siano più rispettati i diritti dei minori dalle persone o istituzioni che lavorano per loro e con loro, che i doveri dei ragazzi verso lo stato e verso la comunità e gli operatori che li ospitano e li accudiscono. Pertanto diventa estremamente importante il lavoro del servizio sociale, degli psicologi, degli operatori-educatori che si dedicano a questi per la loro professione e per lo spirito di umanità e solidarietà che li anima. Tale impegno, però, viene svalutato per la brevità del soggiorno del ragazzo nel Centro, che sfugge ai primi contatti con questi servizi e

che rapidamente lascia, senza poter usufruire di quell'accoglienza e rapporti più familiari che ovviamente si maturano in un tempo non breve.

Per alcuni di loro il tempo di sosta presso il Centro di Pronto accoglienza è soltanto un momento di passaggio del loro primo impatto in questa nuova terra, passaggio per una strada futura aperta a “tutto” sia di attività buone che cattive. E' un momento difficile per ogni giovane di questa età ed ancor più per chi è lontano dal proprio nucleo familiare che lo può consigliare ed indirizzare.

In realtà, pur se si sospettava che vi fossero in Italia delle persone di riferimento per ogni singolo ragazzo, durante la permanenza al Centro è trapelato la notizia di questo legame solo per alcuni, fenomeno questo che si è reso più evidente non appena il giovane raggiungeva il 18° anno di età e doveva abbandonare il Centro, ma ancor più è esploso quando è stata varata la nuova legge sull'immigrazione. Sono comparsi allora, genitori, fratelli, sorelle, zii e cugini domiciliati in varie parti d'Italia che si sono interessati del loro parente presente al Centro e si è intessuto un fitto rapporto telefonico con gli operatori del Centro, datori di lavoro ed a volte uffici di polizia per poterli sistemare in modo legale ed adeguato. Per alcuni si è ricorso alla sanatoria.

Si è venuti a contatto con 24 parenti, 6 padri, 10 madri, oltre a sorelle e/o fratelli, zii, cugini, amici di famiglia. Molti minori hanno rapidamente cercato impiego tentando di essere richiesti dai datori di lavoro per usufruire della sanatoria riguardante “tutti coloro” che già erano occupati in qualcosa.

Si è cercato di aiutare tutti quanti e tutti i volenterosi. Si son trovati per opera di loro alcuni irriducibili che nonostante i consigli ed il lavoro di persuasione sono rimasti ribelli, intolleranti e non affidabili. Da queste ultime osservazioni però si può dedurre che questi giovani non sono molto differenti dagli adolescenti italiani, alcuni dei quali appartenenti alle categorie sociali in difficoltà per educazione familiare, per carattere, per condizioni ambientali negative. Purtroppo però sembra che una buona parte dei ragazzi n.a.s.f.d. appartengano a questa categoria difficile, più spiccata in alcune etnie.

Analizzando i comportamenti di questo primo lungo periodo di immigrazione di ragazzi n.a.s.f.d. si può dedurre che per la maggior parte di loro il traguardo è il lavoro. Passato il primo periodo di desiderio di facili e grossi guadagni se opportunamente consigliati e guidati potranno rientrare nella logica del vivere civile ed onesto e potrebbero affrontare una preparazione culturale e tecnica per giungere a ricoprire posti che oggi sono più offerti e per i quali la mano d'opera italiana è insufficiente.

Poiché si è all'inizio di questa nuova legge immigratoria è importante che i legislatori considerino in quale parti delle quote immigratorie questi ragazzi possano e debbano essere posti, quanti di questi possono venire (es. in quote e numero preferenziali) e chi di essi deve essere preferito. Si tratta di ordinare un flusso migratorio

qualitativamente efficiente, stimolando in tal modo i volenterosi a prepararsi opportunamente in patria con “insegnanti ed insegnamenti” e studi qualificati e riconosciuti nel futuro paese ospitante, in modo tale da dar loro la possibilità di venire già preparati e trovare subito, un lavoro già richiesti, o da completare e/o perfezionare brevemente una formazione in Italia o nel paese ospitante, fattore che apra loro con sicurezza la porta ad un posto di lavoro.

E' bene anche che oltre i diritti sanciti dalle leggi internazionali, che molti di loro già conoscono alla perfezione, siano edotti delle leggi del paese ospitante che devono imparare a rispettare.

Solo così si potranno avere delle persone contente di poter immigrare in un paese che li può e deve accogliere come se fosse già un suo cittadino da tempo senza ricorrere alla tolleranza, compassione, pietà, carità, ma con il rispetto della sua cultura e tradizione, nella solidarietà, aiutandoli ad affrontare assieme questo nuovo inserimento e cammino affiancandosi nel rispetto e nell'integrazione della società ospitante.

## **Bibliografia**

1. Atti: 1° Convegno Nazionale Congiunto ISMU-GLNBI-SIMM-ABIO e 3° Convegno Nazionale GLNBI. Milano 16-17 maggio 2003.
2. E.Pelargonio, L.Faggioni, S.Pelargonio: Minori stranieri non accompagnati e senza fissa dimora:analisi, considerazioni e programmi. Atti: A consensus conference (VII) in collaboration with SIMM, pag.271-276 (19-22 may 2002) Erice, Italy
3. C.Fischetti, A.Di Silverio, M.Buonomo, E.Pelargonio : Un'esperienza di aiuto psicologico ad adolescenti immigrati in un centro di prima accoglienza: suggestioni, problematiche, ipotesi di sviluppo futuro. Atti: A consensus conference (VII) in collaboration with SIMM, pag.74-76 (19-22 may 2002) Erice, Italy

## **IMPORTANZA DEL SOSTEGNO PSICOLOGICO NELL'IMMIGRATO MULTIETNICO: COME INIZIARE?**

*E.Pelargonio, M.Sgaramella, A. Mefstahi, M.S.Ricci*

ACISEL (Associazione Cooperazione Internazionale Studi E Lavoro), Roma

L'esame psicologico di un soggetto è un esame lungo, complesso che deve tener conto di innumerevoli componenti dell'indagine e di numerosi fattori temporali, ambientali ed interpersonali per poter giungere ad una valutazione e quindi ad un eventuale "terapia". Questo processo è reso più difficile nel colloquio con il semplice immigrato, ed ancor più delicato ed indaginoso nel rifugiato specialmente se è uno che ha subito torture fisiche e/o psicologiche (1-2).

Dall'esperienza riportata da vari autori (1-2-3-4-5) che hanno avuto contatti di questo tipo con popolazioni fuggite dalla guerra, a quelli che ne hanno seguito o studiato i fenomeni quando giunte nelle nazioni accoglienti, si evince che il percorso della valutazione e della riabilitazione psicologica può esser, a volte, lungo e tortuoso (1-4-5-6-7).

Ancor più difficile potrebbe esser il colloquio di valutazione e sostegno psicologico in quelle persone giunte in "sedi" apparentemente più sicure e che per ragioni legislative possono esser assistite, nei loro bisogni impellenti, per un periodo breve (9-12 mesi) come succede nei Centri di accoglienza, in convenzione con le autorità cittadine. Come si sa, questa prevede una assistenza breve, di assestamento ambientale socio-lavorativo e quel che è più importante il conferimento di stato di "rifugiato" o di "immigrato" che permetterà al soggetto di programmare meglio la sua prossima vita futura.

Ed è a questo "breve" periodo che si riportano queste considerazioni e questi tentativi di scelta di una metodologia che sia la più attinente ad affrontare il disagio psicologico, più o meno evidente, presentato dai soggetti presi in esame.

### **Materiale e metodo**

Per riconoscere chi ha bisogno di un aiuto per affrontare e/o risolvere il suo "disagio psicologico" ci si è rivolti sia al richiedente che agli operatori che si sarebbero interessati di lui.

Si è considerato così di suddividere l'operazione con componenti rappresentate dagli ospiti, dal nucleo del servizio sociale, dal nucleo del servizio medico e dal nucleo del servizio psicologico.

Precostituiti gli ultimi tre nuclei, il primo rimasto, quello degli ospiti, è quello considerato "il pool" sul quale avrebbero collaborato gli altri.

E' stato formulato un modulo con 6 domande semplici in più lingue, le più comuni, riguardanti indirettamente lo stato psicologico dell'ospite, modulo che viene consegnato da riempire all'ingresso al Centro. Le domande corrispondevano a:

- A) "E' nervoso, ansioso?"
- B) "E spesso triste?"

- C) “E’ preoccupato per se stesso? Per la sua famiglia?”
- D) “Si sente stanco?Ha l’impressione di perdere le forze?”
- E) “Crede di aver bisogno di aiuto psicologico?(In tal caso contattare i medici del Centro o il servizio sociale)”

In base alle risposte rilevate da questo modulo e su eventuali riferimenti dal colloquio con il servizio sociale, e/o dai medici del centro, e/o dagli altri operatori, se si rilevano note di “disagio psicologico” e di volontà dell’ospite di aver contatti con gli specialisti o, se si rilevano informazioni denotanti stati di “sofferenza psicologica”, l’ospite viene invitato ad iniziare i colloqui con uno degli psicologi del Centro.

### Risultati

Dal momento dell’istituzione di questa metodologia e dalla responsabilizzazione dei vari nuclei interessati in occasione delle nuove convenzioni con il Comune di Roma - Ufficio Immigrazione- (Centro Casalotti C 1° ottobre 2003, Centro Boccea B 1° novembre 2003) sono stati distribuiti 66 moduli, sino al 28 febbraio 2004, ad altrettanti ospiti.

Dei moduli distribuiti (66) ne sono stati riconsegnati 36 pari al 54.54%. Quattordici (21.21% di 66 e 66.66% di 21) appartenevano al Centro Casalotti e 22 ( 33.33% di 66 e 48.88% di 45) al Centro Boccea (tab.1).

Tab.1

	N° Ingressi	N°Questionario	%	% di 66 ingressi
1°/Centro C Casalotti	21	14	66.66%	21.21%
2°Centro B Boccea	45	22	48.88%	33.33%
<b>TOTALE</b>	<b>66</b>	<b>36</b>		<b>54.54%</b>

Cinque moduli (13.88% dei 36 restituiti) (tab.2) erano tornati non riempiti perché 4 ospiti “non erano interessati” ed uno affermava di esser già seguito da un centro di psichiatria.



Tab.2

Questionario	Risultato delle risposte al questionario per "sostegno psic						
	CENTRO C				CENTRO B		
	14 questionari				22 questionari		
	si	%	no	%	si	%	no
A(nervoso, ansioso)	0	0	10	71,42	6	27,27	15
B(triste)	0	0	10	71,42	9	40,9	12
C(preoc. sé, famiglia)	9	62,48	1	7,14	18	81,81	3

Per quel che riguarda la domanda A (“E’ nervoso, ansioso?”) hanno risposto 10 persone pari al 71.42% di 14 e nessun si del Centro Casalotti, 15(68.18% di 22)no e 6 (27.27%) si del Centro Boccea pari ad un totale dei due Centri di 25/36 (69.44%) no e di 6/36 (16.66%) si.

Per la domanda B (“E’ spesso triste?”) 10 ospiti (71.42% di 14) hanno risposto no e nessun si per il centro Casalotti; 12(54.54% di 22) no e 9 (40.90% di 22) si del centro Boccea.

Totale dei due centri: 22/36 (61.11%) e 9/36 (25%) si.

Per la domanda C (“E’ preoccupato per se stesso?Per la sua famiglia?”) un ospite (7.14% di 14) ha risposto no e 9 (64.28% di 14) si del Centro Casalotti; 3 (13.63% di 22) no e 18 (81.81% di 22) si del Centro Boccea.

Totale dei due Centri : 4/3 (11.11%) no e 27/36 (75%) si.

Per la domanda D (“Si sente stanco? Ha l’impressione di perdere le forze?”) 7 ospiti (50% di 14) hanno risposto no e 3 (21.42% di 14) si del Centro Casalotti; 13 (59.09% di 22)no e 8 (36.36% di 22) si del Centro Boccea.

Totale dei due Centri: 20/36 (55.55%) no e 11/36 (30.55%) si.

Per la domanda E (“ Crede di aver bisogno di aiuto psicologico?”), 4 ospiti (28.57% di 14) hanno risposto no e 6 (42.85% di 14) si del Centro Casalotti; 11(50% di 22) no e 10 (45.45% di 22 ) del Centro Boccea.

Totale dei due Centri: 15/36 (41.66%) no e 16/36 (44.44%) si.

## Discussione

Un modulo così concepito, anche se apparentemente semplice, coglie di sorpresa l’ospite con due risultati: uno positivo, poiché senza molto pensare in quel momento la persona risponde senza remore secondo quel che “sente” e quel che “crede di poter fare od ottenere”.

Infatti alcuni che avevano optato per un sostegno psicologico in prima istanza l’avevano poi ritrattato in un secondo tempo. L’altro risultato può esser negativo perché alcuni non si sentono di rispondere subito ed hanno bisogno di ponderare e capire bene le domande cosicché qualcuno, che ritiene di avere un disagio psicolo-

gico, per orgoglio o per altre ragioni, si rifiuta di renderlo “pubblico” seppur riservato al solo personale del Centro e pertanto la risposta di richiesta di “sostegno” psicologico è negativa. Alcune volte, in seguito, dopo nuovi contatti con il servizio sociale o con i medici verrà fuori che ne ha bisogno e si potrà aprire una strada per un ulteriore approccio al problema. Inoltre altri non riescono a capire subito il questionario o per comprensione o per difficoltà linguistica, non chiedono informazioni all’operatore e la scheda viene così consegnata vuota. Altri sembrano non interessati, e anch’essi consegnano la scheda vuota. E’ compito dell’operatore accettante di fare in modo di convincere l’ospite a riempire la scheda anche se non è interessato.

Questo primo approccio forse ci spingerà a richiedere la compilazione delle schede in un secondo tempo, ad esempio durante la prima settimana di permanenza al Centro. Anche se le risposte dei questionari sono state divise tra i due Centri, in realtà è il totale di esse che è quello che viene analizzato in questo lavoro.

Alla domanda A “è nervoso, ansioso?” solo 6 (16.66% di 36) rispondono di sì. In genere in seguito, dopo contatti con gli ospiti, si nota che questa incidenza è maggiore ed a volte si presenta o si accentua in un secondo tempo quando è in atto l’iter burocratico di inserimento sul territorio ed i contatti con le autorità che dovranno decidere per il loro status in Italia, e man mano che ci si avvicina al colloquio con la “Commissione Centrale”. Il procrastinarsi, spesso, di questo incontro fa notevolmente peggiorare, in alcuni, il distress psicologico e l’ansia.

La tristezza (domanda B) è presente in 9 ospiti (25%) così come viene “sentita” da loro ma anche questa sembra essere più frequente e più diffusa tra coloro che hanno lasciato famiglie, e/o parenti ammalati o lavori importanti e fissi.

Ben più importanti sono le preoccupazioni per “se stessi” e per “la famiglia” che vengono denunciate da gran parte degli ospiti (27 ospiti=75% del totale). Queste preoccupazioni rappresentano uno stato che denota il “sentimento di affetto e responsabilità” di questi soggetti che hanno dovuto abbandonare per forza maggiore quelli che erano le persone più care, parte del sostegno della loro vita. A ciò si associa una preoccupazione più o meno grande per se stessi perché molti, soli, senza conoscenza della lingua, a volte trattati non adeguatamente alla loro posizione sociale od emarginati o poco sostenuti nella difficoltà della loro iniziale vita in Italia, provano anche uno scoramento che può provocare diverse reazioni di “disagio psicologico”.

Il “sentirsi stanco” o “l’aver l’impressione di perdere le forze” (domanda D) è un fenomeno che colpisce circa un terzo delle persone che hanno risposto (11=30.55%) rendendo difficile il distinguere la sua causa. Vi può esser una stanchezza fisica dovuta al lungo peregrinare in condizioni di notevole difficoltà, alla mancanza o inadeguata quantità di cibo, all’assenza di alloggio che li ha costretti a vivere e dormire spesso sotto le stelle ed esposti alle intemperie, al girovagare in

cerca di qualcosa che potesse offrire loro un aggancio alla vita civile più tranquilla, a volte affetti da malattie sia pur transitorie che ne debilitano però l'organismo.

Vi può esser, poi, un vero e proprio "stress" psicologico secondario o non agli stress fisici prima accennati o riflesso delle sofferenze subite o che si stanno attraversando e che sono state la causa dell'abbandono della propria terra e dei propri affetti.

"Crede di aver bisogno di aiuto psicologico?" (domanda E). A questa domanda hanno risposto positivamente 16 persone (44.44%). Questa risposta finale che manifesta la spontanea volontà di aderire ad un sostegno psicologico, è la prova che gran parte delle categorie di persone accolte nei nostri centri dopo un particolare iter immigratorio, sofferenze passate, tribolazioni di ogni sorta, ritrovandosi in un Centro che tende a proteggerli, sia pure per un periodo più o meno breve, sente il bisogno di abbandonarsi e di chiedere un sostegno psicologico per sollevare quei pesi accumulatisi durante tutto il tragitto dall'inizio delle loro peripezie sino al momento del loro ingresso al Centro.

A questa risposta bisogna aggiungerne 5 (13.88%) di quegli ospiti che: uno (2.77%) afferma di non capire le domande, uno (2.77%) che riferisce di esser già seguito da altro psichiatra e tre (8.33%) di non aver risposto alle domande ritenendosi non interessati al problema.

## **Conclusioni**

Quale atteggiamento avere nei confronti di chi si avvicina per un colloquio per un sostegno psicologico?

Ci si è proposto questa domanda perché si è visto che sono vari i momenti in cui la persona può affrontare questo colloquio. In realtà l'intervento psicologico può esser effettuato in vari momenti dell'iter migratorio di ogni singolo ospite ed a secondo della sua storia, del suo particolare momento di sofferenze, del luogo ove il colloquio viene effettuato e quando, tempi, luoghi, modalità di contatti con lo psicologo sono molto differenti da quelli eventualmente effettuati in precedenza all'arrivo nella nazione ospitante, e così come nei nostri centri di accoglienza questi contatti possono esser meno traumatizzanti e più rilassanti aprendo le strade ad un contatto più tranquillo con lo psicologo. Così l'incontro con questo specialista può già avvenire sin dal primo giorno dell'ingresso in Italia, dopo qualche tempo breve o lungo, o presso un Centro di accoglienza dopo pochi giorni, settimane o mesi o presso un ufficio di polizia (Questura), o presso ospedale o altro presidio sanitario/o centro d'ascolto.

Dopo le esperienze effettuate gli anni scorsi (4) ci si è voluto imporre una certa regola per questo approccio che viene effettuato nel periodo della sua accoglienza presso il Centro. Vengono riportati i risultati di questi primi incontri, che aprono la porta al dialogo ospite-psicologo già con un atto formale di richiesta di aiuto, chiaro o velato di sintomi che quando presenti, cercano una risposta nel contatto con l'esperto.

Sembra risultato utile quest'approccio che pur avendo riscontrato in pochi una risposta negativa, in molti (44.4%) il desiderio di ricevere aiuto è stato palese ed ha dato la possibilità di esprimerlo con il "modulo" sgravandoli dal peso di richiesta verbale che sarebbe forse stato difficile fare.

Visto il risultato ottenuto con questo "modulo pilota" in questi primi mesi di osservazioni si è pensato di modificarlo ulteriormente, aggiungendo altre 4 domande, in modo d'aver altri dati che potranno esser utili per valutare meglio le condizioni delle persone che sono potenzialmente candidate al sostegno psicologico. Inoltre dall'esperienza acquisita il modulo potrà esser riempito con calma entro la prima settimana di permanenza al Centro onde dare la possibilità di avere risposte più ponderate e veritiere. Si crede che iniziato così l'incontro con l'ospite "con disagio psicologico" sia per un breve contatto tranquillizzante e sia per facilitare il rapporto "ospite-psicologo" per futuri incontri si possa poi renderli produttivi e possibilmente risolutivi.

## Bibliografia

1. Istanbul Protocol:Professional Training Series n°8-C. The psychological/psychiatric evaluation pag.47-56; United Nations June 2001
2. E.Zerbino: L'esperienza clinica con le vittime di tortura.Rivista Medica Vol.6, n°3-4, dic.2000, pag.105-121
3. I.Agnello: Psicoterapia della tortura. Rivista Medica Vol.6, n°3-4, dic.2000, pag.145-147
4. S.Pelargonio, M.S.Ricci, F.Ancona, A.Ciarmatori, E.Pelargonio: Disturbi psicologici e tortura psicologica: dove i limiti tra le vittime di tortura?. Atti VII Consensus Conference in collaboration with SIMM, 19-22 maggio 2002, Erice, Italy, pag.277-281
5. G.Profita, V.Lo Mauro: Setting, comunità, cura. Riflessioni sulla pratica clinica con pazienti migranti. Atti VII Consensus Conference in collaboration with SIMM, 19-22 maggio 2002, Erice, Italy, pag.287-295
6. G.Cardamone, S.Zorzetto, M.Da Prato, S.Inglese: Immigrati e servizi di salute mentale- Dati da un'indagine sull'accesso condotta a Prato. Atti VII Consensus Conference in collaboration with SIMM, 19-22 maggio 2002, Erice, Italy, pag.208-221
7. L.Lagi: Sostegno psicologico e sociale alle vittime di tortura. Rivista Medica, Vol.6, n°3-4, dis.2000, pag.141-144

## **IPOTESI DI MEDIAZIONE INTERCULTURALE QUALE POSSIBILE STRATEGIA DI REGOLAZIONE DEL FENOMENO DELLE MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI**

*Filomena Petrazzuolo*

### **Introduzione**

L'Italia conta attualmente 1.600.000 immigrati e il numero è destinato ad aumentare, inoltre è un paese di transito per migliaia di stranieri che arrivano in Europa.

Che le nostre società saranno multietniche, è un dato di fatto.

Per costruire una coabitazione pacifica bisogna puntare sull'integrazione degli immigrati in modo da valorizzare le opportunità offerte dalla loro presenza e prevenire i possibili conflitti.

In questo senso la Mediazione Interculturale potrebbe rappresentare una risorsa ed uno strumento fondamentale.

La Mediazione Interculturale è una pratica costruttiva che mira a facilitare il dialogo, è un processo che si attiva per favorire la comprensione e il riconoscimento reciproco, promuovendo la disponibilità all'incontro, incentivando il confronto dialettico nel rispetto delle reciproche diversità.

Incontro e confronto che con persone di culture diverse, porta in sé un potenziale creativo estremamente interessante, che può avere come effetto la ricerca di soluzioni innovative sul piano comunicativo e relazionale; ma perché ciò avvenga, sarà necessario mettere in atto condizioni che permettano ad ogni persona di esprimersi liberamente e pienamente.

Sarà necessario, quindi, aumentare la capacità di integrazione della comunità in modo da favorire scambi e relazioni interculturali a più livelli e sempre più profondi: non più solo pranzi multietnici, festival di musica etnica, ma nuove idee, nuovi modi di leggere la realtà, nuovi pensieri.

La Mediazione Interculturale allora sarà un esercizio maieutico, atto a far emergere con una visione del tutto diversa "il conflitto", visto in ultima analisi come fonte di ricchezza.

La nuova società si trova ad "ospitare" una molteplicità di tipologie di conflitto: conflitti soggettivi, conflitti intersoggettivi, conflitti tra gruppi etnici, ecc.

C'è insoddisfazione per come le modalità giuridiche risolvono, o spesso non risolvono, il conflitto, producendo leggi adattive non idonee, e a volte nemmeno quelle. Di fronte all'esplosione delle complessità sociali nasce il bisogno urgente di colmare i vuoti di tutela.

Questo lavoro quindi nasce anche dall'esigenza e dalla convinzione che la pratica della Mediazione Interculturale potrebbe dare un valido contributo alle risoluzioni di molti problemi, che sembrano invece essere senza soluzione, rendendo vani e impotenti gli assestamenti un tempo idonei, perché figli di un'unica cultura, dove il libero arbitrio, la legalità, e la democrazia sono messi fortemente in discussione.

Nell'analizzare ed approfondire il fenomeno delle Mutilazioni Genitali Femminili (MGF), pur sembrando un fenomeno di complessa soluzione, risulterebbero chiare le potenzialità della Mediazione Interculturale nella risoluzione di tale problematica. Prima di ravvedere le possibili soluzioni, però si è ritenuto importante, conoscere dettagliatamente tutte le sfaccettature e implicazioni che investono il fenomeno delle MGF, ed è per questo che si è preferito iniziare la trattazione del fenomeno partendo dalle sue origini, che sembrano essere millenarie, per poi conoscere i contesti, le condizioni, le funzioni e i ruoli nelle quali tali pratiche si consumano, questo per meglio poter sostenere e facilitare un'azione complessa, come potrebbe essere quella della Mediazione Interculturale.

L'aspetto interessante del lavoro si è focalizzato sull'interpretazione dei fattori innescenti la pratica, mossa dalle più svariate motivazioni quali quelle religiose, rivelatesi poi infondate; quelle economiche, per la ricchezza attribuita ad una donna mutilata; culturali e sociali, così radicate da giustificare l'esclusione e lo scherno se non ci si assoggetta; mitiche e ancestrali tali da credere che, solo con la mutilazione, una donna possa liberarsi della parte maschile di cui è portatrice dalla nascita.

Si è preferito proseguire con la trattazione dettagliata delle conseguenze sanitarie delle MGF, proprio per ravvedere l'urgenza della risoluzione, ed aggiungere a queste, tutte le informazioni giuridiche nazionali e internazionali al fine di poter meglio capire cosa è stato fatto, o è possibile fare, anche alla luce di una delle ultime conferenze internazionali svoltasi a Bruxelles il 10 e 11 Dicembre 2002, da cui, come vedremo in seguito, sono scaturite solo ipotesi e progetti embrionali basati sulla sola informazione-sensibilizzazione e su una più rigida applicazione delle leggi, nonostante la via legale fin ora sembri essere stata quella meno proficua, dovuta ad una scarsa applicazione e/o inadeguate sanzioni, senza tener conto, inoltre, che un asprimento sanzionatorio ha comportato la clandestinizzazione di tali pratiche.

In previsione di un ipotesi di intervento, si è ritenuto opportuno approfondire la conoscenza del fenomeno, attraverso l'articolazione di un questionario costruito ad hoc, e somministrato in occasione di un convegno sulle dinamiche e i rapporti tra vittime e carnefici, intravedendo l'esigenza di raccogliere alcuni dati ed informazioni circa la conoscenza, le opinioni ed eventuali ipotesi di intervento in merito al fenomeno delle MGF in Italia e nei paesi d'origine.

I risultati elaborati, sorprendentemente simili alle proposte avanzate a Bruxelles durante la Conferenza Internazionale "Stop FGM", hanno rilevato quanto il nostro campione rispondente, seppur esiguo e statisticamente inefficace, prevalentemente formato da donne laureate tra i 40 e i 50 anni, nate e residenti al sud Italia, abbia avanzato ipotesi d'intervento basate principalmente sull'informazione e sull'inasprimento legislativo, così come proposto a Bruxelles.

L'ipotesi di un eventuale intervento in ambito interculturale, è nata da constatazioni scaturite dall'approfondimento di alcune tematiche del fenomeno, che hanno messo in risalto l'inefficacia dell'applicazione legislativa, e dall'analisi interpretativa di

alcune testimonianze rilasciate da giovani uomini immigrati, principalmente mariti di donne mutilate, che comunicavano una presa di coscienza del tutto nuova rispetto al fenomeno, sia dal punto di vista sessuale, sia affettivo, che sanitario.

Ma, l'esigenza principale di un progetto di mediazione solitamente prevede l'individuazione delle parti in conflitto. Per quanto riguarda il fenomeno delle MGF, quali verrebbero ad essere le parti coinvolte?

- culture
- istituzioni
- operatori
- immigrati

Il progetto in ipotesi è stato strutturato in minicicli, interessando vari contesti:

1. Contesti scolastici, dalla scuola materna alla conclusione dell'obbligo, ma già cominciano ad essere interessati asili e la scuola media superiore;
2. Contesti socio – sanitari, dagli uffici di prenotazione alle aziende ospedaliere, passando per gli ambulatori e in prospettiva per i medici di base;
3. Realtà territoriali quali centri di accoglienza ed ascolto e sportelli;

e diverse categorie di persone:

- Tra singoli
- Tra singoli e gruppi
- Tra gruppi più o meno formali
- Tra singoli ed operatori
- Tra singoli ed organizzazioni (e rispettive culture e subculture)
- Tra singole e singoli

mentre Il metodo, potrebbe basarsi su quattro punti qualificanti:

- scindere le persone dal problema
- concentrarsi sugli interessi e non sulle posizioni
- generare una gamma di possibilità prima di decidere
- lavorare affinché i risultati possano essere misurati in modo og-

gettivo

Infine, la concretizzazione passerebbe attraverso forme di:

1. Presa di contatto linguistica



2. Contenimento ed assicurazione
3. Collegamento tra soggetti e servizi.

Fra tutte quelle possibili, pur non rinnegando gli sforzi in campo nazionale ed internazionale operati fin ora a vario titolo, si è ipotizzato un intervento che, non solo mettesse a confronto le parti che meno sono state coinvolte direttamente nel fenomeno, e che sembrano avere un ruolo preponderante nella perpetuazione di tale fenomeno: i giovani immigrati, ma soprattutto che alimentasse dubbi e seminasse incertezze, al fine di stimolare nuove risposte.

Da ciò, l'idea di poter tentare un intervento di Mediazione Interculturale sugli immigrati, non riscontrata ancora in letteratura e in progetti d'intervento europeo, focalizzata principalmente sulla trasformazione delle proprie convinzioni, dimostrate errate ed inopportune alla luce della cultura ospitante, e delle conseguenze sanitarie in cui le proprie donne incorrono. Tale ipotesi di intervento, ribadiamo, nuovo nell'ambito delle tecniche di mediazione interculturale, non avendo riscontrato altrove alcun tipo di ipotesi simile, sembrerebbe presuntuoso, volendo ipotizzare risoluzioni lì dove altre applicazioni maggiormente direttive, non avrebbero ancora dato risposte apprezzabili.

A nostro avviso, invece, un intervento fondato su tecniche di mediazione interculturale, andrebbe ad affiancarsi a quanto già in itinere, in nome di quell'approccio multidisciplinare, utile ad affrontare il problema.

Da quanto ipotizzato, muovendosi da un obiettivo di sensibilizzazione e informazione iniziale, si è prefisso di scendere "dentro", proponendo principalmente alle parti interessate, in questo caso gli uomini, un'apertura ad un mondo per loro "laterale".

Gli obiettivi del progetto non possono comunque pensarsi risolutivi. Sarebbe perciò inopportuno creare aspettative utopistiche, data l'inesistenza di esperienze simili e la non verificata applicazione pratica di quest'ultimo.

Infatti ciò che ci si prefigge non può essere finalizzato alla completa estinzione della pratica, e gli obiettivi sarebbero già da considerarsi raggiunti, qualora si potesse ottenere un dialogo, e l'adeguamento alla "cultura del minimo danno", prevedendo almeno il controllo sanitario della pratica o la sua simbolica sostituzione con equivalenti rituali di transizione meno dannosi.

## **Le MGF**

### **Il fenomeno**

Sono almeno 135 milioni, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, le ragazze e le bambine che hanno subito mutilazioni sessuali e ogni anno se ne aggiungono altri due milioni. Le MGF sono praticate soprattutto in Africa e in alcuni paesi del Medio Oriente (Egitto, Yemen Emirati Arabi). Vi sono anche casi di mutila-

zioni in alcune parti dell'Asia, nelle Americhe e in Europa - compresa l'Italia - all'interno delle comunità di immigrati.

### **Cosa sono le Mutilazioni Genitali**

Esistono tre tipi di mutilazioni genitali: la clitoridectomia in cui viene tolta tutta, o parte della clitoride; l'escissione che consiste nella asportazione della clitoride e delle piccole labbra; l'infibulazione, la forma più estrema, che prevede oltre alla clitoridectomia e all'escissione, anche il raschiamento delle grandi labbra che vengono poi fatte aderire e tenute assieme, così che, una volta cicatrizzate, ricoprono completamente l'apertura della vagina, a parte un piccolo orifizio che servirà a far defluire l'urina e il sangue mestruale.

Il tipo di mutilazione, l'età delle vittime e le modalità dipendono da molti fattori tra cui il gruppo etnico di appartenenza, il paese e la zona (rurale o urbana) in cui le ragazze vivono. Nel Tigray la mutilazione viene praticata sette giorni dopo la nascita, in altre zone alla prima gravidanza, ma nella maggior parte dei casi l'età è compresa tra i quattro e gli otto anni.

Per la mutilazione vengono anche usati vetri rotti, coperchi di lattine, forbici, rasoi o altri oggetti taglienti. Se ha luogo l'infibulazione, per assicurare l'aderenza delle grandi labbra vengono usate spine di acacia o fili di crine e poi le gambe sono tenute legate fra loro per un periodo di quaranta giorni. Per favorire la cicatrizzazione sulla ferita viene applicata una pasta a base di erbe, latte, uova, cenere e sterco.

### **Le origini storiche**

Questa pratica ha origine nell'antico Egitto. Secondo una leggenda gli dei erano dotati di una natura bisessuale, natura che viene ereditata anche dall'uomo. Segni di questa doppia natura sono il prepuzio nell'uomo e il clitoride nella donna. Solo eliminandoli, uomo e donna avrebbero recuperato la loro vera natura. Il clitoride resta comunque uno degli organi umani più demonizzati. Le leggende su di esso sono svariate e curiose. Per molte etnie africane ad esempio era considerato alla stregua di un fallo incompleto che avrebbe danneggiato l'unione sessuale ed un'eventuale bambino. Ma la ragione di tanto chiasso intorno a quest'organo era legato al piacere sessuale della donna. Già gli antichi romani praticavano l'escissione per impedire alle loro schiave di fornicare. In realtà l'escissione nasce come forma di controllo sulla donna. Privata del piacere sessuale, diminuiranno le possibilità che la donna tradisca il suo uomo. Ma oggi è molto difficile spiegare tutto questo. La pratica è ormai entrata nella tradizione, la si fa senza discussione.

### **Le conseguenze fisiche**

La mutilazione causa intenso dolore, provoca shock ed emorragie post-operatorie che possono portare a morte le bambine. Vi possono essere inoltre danni permanenti agli organi vicini, ascessi e tumori benigni ai nervi che innervavano la clitori-

de. L'uso di strumenti non sterilizzati, di spine di acacia e di crini provoca infezioni, e può essere veicolo di trasmissione di HIV.

Nelle città si è cercato di addolcire un po' la pratica adoperando l'anestesia. Inoltre le condizioni igieniche sono migliori rispetto all'area rurale. Le conseguenze sono le stesse, ma è risparmiato alla bambina il dolore iniziale.

Nel caso dell'infibulazione le complicanze sono più gravi. Infatti, a lungo andare la ritenzione di urina sviluppa infezioni che possono interessare sia il tratto urinario e i reni che la vagina. Il ristagno del flusso mestruale può provocare infezioni a carico all'apparato riproduttivo che possono portare alla sterilità. Quando le ragazze diverranno adulte il loro primo rapporto sessuale è molto doloroso e spesso si rende necessario praticare un taglio alle grandi labbra prima del rapporto sessuale. E così pure prima del parto, altrimenti il bambino non potrebbe uscire. Dopo il parto le donne sono spesso reinfibulate. L'allargamento e il restringimento dell'apertura vaginale ad ogni parto crea aderenze dolorose e cicatrici estese a tutta l'area genitale.

### **Le conseguenze psicologiche**

Gli effetti psicologici delle mutilazioni sono più difficili da studiare di quelli fisici. Tutte le testimonianze raccolte parlano di ansia, terrore, senso di umiliazione e di tradimento, che possono avere effetti a lungo termine. Alcuni esperti suggeriscono che lo shock e il trauma della operazione possono contribuire a rendere le donne "più calme" e "docili", qualità molte apprezzate nelle società che praticano le mutilazioni genitali.

### **Le motivazioni della pratica**

I motivi che portano a praticare le mutilazioni sessuali possono suddividersi in cinque gruppi principali.

### **Identità culturale**

in alcune società, la mutilazione stabilisce chi fa parte del gruppo sociale e la sua pratica viene mantenuta per salvaguardare l'identità culturale del gruppo.

### **Identità sessuale**

la mutilazione viene ritenuta necessaria perché una ragazza diventi una donna completa. La rimozione della clitoride e delle piccole labbra - "parte maschile" del corpo della donna - sono indispensabili per esaltare la femminilità, spesso sinonimo di docilità ed obbedienza.

### **Controllo della sessualità**

in molte società vi è la convinzione che le mutilazioni riducano il desiderio della donna per il sesso, riducendo quindi il rischio di rapporti sessuali al di fuori del matrimonio. Non si ritiene possibile che una donna non mutilata si mantenga fedele

per propria scelta. Nella pratica, le mutilazioni sessuali riducono la sensibilità, ma non il desiderio, che dipende dalla psiche.

### **Credenze sull'igiene, estetica e salute**

le ragioni igieniche portano a ritenere che i genitali femminili esterni siano "sporchi". In alcune culture si pensa che i genitali possano continuare a crescere fino ad arrivare a "pendere" tra le gambe, se la clitoride non viene recisa. Alcuni gruppi credono che il contatto della clitoride con il pene di un uomo ne causerebbe la morte; altri che se la clitoride toccasse la testa del neonato, durante il parto, esso morirebbe.

### **Religione**

la pratica delle mutilazioni genitali femminili è antecedente all'Islam e la maggior parte dei mussulmani non la usano. Tuttavia nel corso dei secoli questa consuetudine ha acquisito una dimensione religiosa e le popolazioni di fede islamica che la applicano adducano come motivo la religione. Il Corano non parla delle mutilazioni, esistono solo alcuni hadith (detti attribuiti al Profeta) che ne fanno cenno. In uno di essi si racconta che Maometto vedendo praticare una escissione abbia detto alla donna che la praticava: "Quando incidi non esagerare, così facendo il suo viso sarà splendente e il marito sarà estasiato". A conti fatti le mutilazioni genitali vengono praticate anche da cattolici, protestanti, animisti, copti e falasha (ebrei etiopi) nei vari paesi interessati.

### **La legislazione internazionale**

Gli sforzi internazionali per sradicare la mutilazione genitale femminile hanno una lunga storia, ma è solo in questo secolo, grazie anche alla crescente pressione delle organizzazioni femminili africane, che si sono raggiunti risultati concreti. La Commissione sui Diritti Umani delle Nazioni Unite sollevò il problema delle mutilazioni genitali femminili nel 1952 e questa questione fu a lungo oggetto di studi e di dibattito. Finalmente nel 1984 l'ONU creò a Dakar, un "Comitato interafricano sulle pratiche tradizionali pregiudizievoli per la salute delle donne e dei bambini" (IAC) per coordinare le attività delle *organizzazioni non governative* (ONG) africane. L'obiettivo principale dello IAC era dar vita a campagne di sensibilizzazione e formazione per attivisti locali, levatrici e membri autorevoli delle comunità locali.

A partire dagli anni '90 le mutilazioni genitali femminili vennero riconosciute dalla comunità internazionale come una grave violazione dei diritti delle donne e delle bambine. Nella "Dichiarazione sulla violenza contro le donne" del 1993, le MGF vennero dichiarate una forma di violenza nei confronti della donna e nel 1994 la collaborazione tra le agenzie dell'ONU e le ONG portò al varo di un Piano di azione per eliminare le pratiche tradizionali pregiudizievoli per la salute della donna e delle bambine. Questa intenzione venne poi riaffermata con la Conferenza di Pe-

chino nel 1995. Nel settembre 1997 lo IAC tenne un convegno per giuristi nella sede dell'Organizzazione per l'Unità Africana (OUA) ad Addis Abeba che elaborò la Carta di Addis Abeba, un documento che chiede a tutti i governi africani di adoperarsi per eradicare (o drasticamente ridurre) le mutilazioni genitali femminili entro il 2005.

### **L'infibulazione in Italia**

Nel nostro paese vivono circa 38mila donne infibulate o escisse e 20mila bambine "a rischio" in quanto appartenenti a comunità in cui vengono praticate tali mutilazioni. Questi sono i dati emersi da uno studio dei dottori Aldo Morrone e Gennaro Franco presentato nell'ambito del sesto incontro internazionale "Cultura, Salute, Immigrazione" svoltosi a Roma nel novembre 1999. Negli anni novanta sono arrivate in Italia molte donne da paesi (Egitto, Somalia, Etiopia, Eritrea) in cui l'infibulazione è la norma. Medici e ostetriche si trovano così di fronte a una nuova realtà. Molte donne chiedono al medico che le ha deinfibulate per farle partorire, di essere riciccate, come impone la tradizione del loro paese d'origine. In altri casi, ci si rivolge alle strutture sanitarie per riparare i danni dell'infibulazione. È questo il caso delle bambine adottate in Italia da piccole ma che avevano già subito l'infibulazione. In Italia, pur non essendoci una legislazione specifica, la pratica è implicitamente vietata (lesioni gravi, punite penalmente), ma il problema è soprattutto di carattere culturale. Per una donna legata alla propria comunità d'origine non essere ricucita dopo il parto è un marchio di vergogna, anche se vive a Roma o a Milano. Si tratta, dunque, di preparare i medici italiani a situazioni del genere, tenendo comunque ben presente che, nel rispetto delle diverse culture, vanno comunque salvaguardati i diritti fondamentali della persona. Un conto è, infatti, il chador, un altro è una mutilazione permanente.

### **Ipotesi di intervento di Mediazione interculturale nell'ambito delle MGF**

Attualmente, rispetto alla risoluzione delle MGF, sono stati previsti e realizzati progetti, tesi alla formazione, sensibilizzazione e prevenzione, ma soprattutto focalizzati sull'aspetto legislativo, operando con una maggiore legiferazione e penalizzazione.

Ma molti interrogativi sono ancora aperti in quanto ci si chiede quanto una legge possa essere propizia rispetto ad un fenomeno così radicato da preferire la pena pur di non contravvenire alla propria identità culturale, comportando in taluni casi anche situazioni di clandestinità. A livello parlamentare l'argomento è molto sentito e molti paesi si sono persuasi ad accettare la persona che rischia l'infibulazione come rifugiata politica. Come già detto il problema è ampio e complesso e nonostante gli innumerevoli interventi ci ritroviamo ancora col rischio che migliaia di bambine incorrano nel mgf.

Riteniamo fondamentale, vista la confusione che comunque aleggia sul fenomeno, riuscire ad improntare e/o importare una forma di comunicazione che promuova un'intesa almeno sul linguaggio e sul suo simbolismo.

Un valido esempio potrebbe essere quello che si è scoperto in letteratura, leggendo testimonianze di donne che, seppur reticenti, hanno accettato di sottoporsi a specifiche interviste. Ne risultava che ciò che per noi era infibulazione, taglio, sfregio, mutilazione, per loro era “la cucitura”. Ciò che per noi, giovani donne occidentali, è reato inammissibile, per loro rappresentava essere il risultato della loro “fioritura”.

La complessità della gestione di tale problema è ravvisata già dal tipo di approccio iniziale, considerato dalle stesse donne coinvolte come fortemente invasivo.

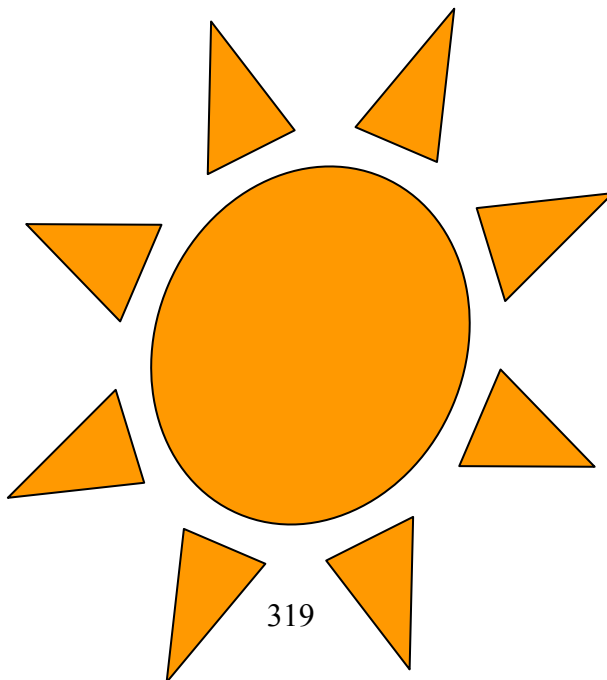
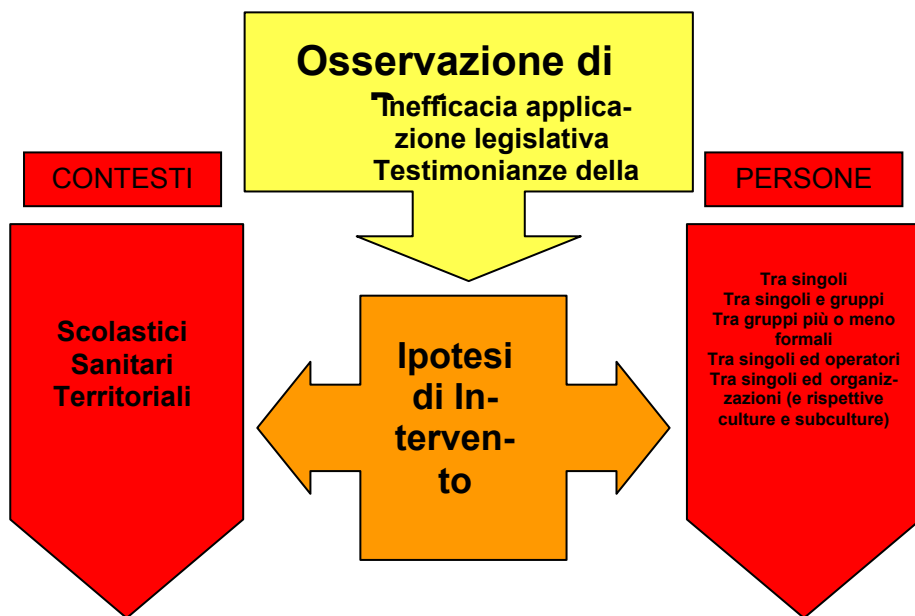
La sfera nella quale ci si muove è stata considerata per secoli da queste donne come inviolabile, e queste ultime hanno “sentito” gli interventi come veri e propri urli, violenze sulle violenze. Da qui si deduce tutta la delicatezza e la fragilità del tema che richiede tatto e vicinanza, comprensione, sostegno, e un confronto che non sia asimmetrico, etnocentrico, che aiuti a sostenere quel senso di colpa che nasce e invade le donne quando decidono di negare alle proprie figlie il dolore che esse per prima hanno provato.

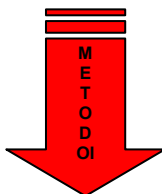
Interpretare e guardare senza condannare il vissuto di queste donne può essere la chiave di volta per aprirsi al confronto e a nuove soluzioni. Portare le donne a confidare i loro vissuti ai propri compagni senza vergogna né timore, potrebbe comportare un altro valido contributo. Un uomo che si affaccia alle sofferenze della propria donna si porrà seri interrogativi rispetto alla perpetuazione di tali pratiche e, non a caso, si è citato più volte “l'uomo” come una risorsa fondamentale per interrompere il ciclo generazionale rispetto alla obbligatorietà di tale pratica.

Da quanto detto, ci sembra che la mediazione, pur non negando i limiti e i suoi possibili fallimenti, risulti essere la pratica che meglio potrebbe rispondere alle esigenze di comunicazione empatica, di tatto, di simmetria, di negazione di giudizi aprioristici, di sostegno e di confronto “non urlato”.

Conquiste che si prefiggono obiettivi di tale portata, richiedono comunque processi lunghi e strutturati.

Il nostro progetto, infatti, è pensato in fasi e sottofasi che mirerebbero ad obiettivi via via sempre più complessi. Ci si è prefissato, allora, in una prima fase, di puntare sulla comunicazione, un semplice scambio dialettico connotato da un'unica regola, quella di porsi scevri da ogni pregiudizio. Una seconda fase mirerebbe ad estendere i contenuti espressi in quella precedente, analizzando le motivazioni e i vissuti sottesi. Una terza fase, poi, mirerebbe ancora ad incentivare proposte nate dalle stesse parti in confronto. Una quarta fase, infine, sarebbe tesa a verificare i possibili risultati.





**scindere le persone dal  
problema  
concentrarsi sugli interessi  
e non sulle posizioni  
generare una gamma di  
possibilità prima di decidere  
lavorare affinché i risultati  
possano essere misurati in  
modo oggettivo**





La configurazione di tale progetto permetterebbe per la sua “semplicità” di essere eventualmente applicato e, ovviamente tarato, a qualsiasi “parte” rappresentata, (operatori-immigrati-istituzioni-culture).

### **Indagine conoscitiva sul tema delle MGF**

Tali ipotesi di intervento sono state avvalorate e rafforzate sulla base dei risultati di una indagine conoscitiva circa il fenomeno delle MGF ed ipotesi di intervento (*vedi allegati*), appositamente costruita nell’ambito della realizzazione ed organizzazione di una Conferenza Nazionale di Studi, al quale si è partecipato all’interno della segreteria organizzativa, svoltosi i giorni 8 e 9 Novembre 2002 presso l’Ospedale Psichiatrico Giudiziario “Filippo Saporito” di Aversa, dal titolo “Vittime & Carnifici”, approfittando della grossa affluenza di pubblico ed addetti ai lavori prevista, tramite questionario a risposte chiuse ed aperte, somministrato agli intervenuti, dai quali si evinceva, al pari di quanto scaturito dall’ultimo Convegno Internazionale tenutosi il 10 e l’11 Dicembre 2002 a Bruxelles sul tema delle MGF dal titolo “Stop FGM” (*vedi allegato*), che possibili ipotesi di intervento venivano parimenti individuate in soli progetti di informazione in loco e negli stati ospitanti, e in decreti legislativi sempre più rigidi, atti a reprimere il fenomeno.

Nello specifico della nostra ricerca e dei dati elaborati sul campione rispondente di 141 soggetti, l’elaborazione statistica dei dati anagrafici ci ha mostrato una maggiore rappresentanza di donne nate e residenti nel sud dell’Italia, d’età compresa fra i 40 e 50 anni e con un titolo di studio universitario. Tale dato risulta fondamentale per l’interpretazione dei successivi, riguardo alla conoscenza del fenomeno, ma soprattutto alle ipotesi di intervento suggerite. Non a caso, un campione femminile, sembrerebbe maggiormente coinvolto e competente circa il tema in questione, pur non sottovalutando il campione maschile, rappresentato dal 39.6%. Circa la conoscenza del fenomeno, dato quantomai stupefacente perché non previsto, il campione rispondente è sembrato abbastanza informato circa il fenomeno delle MGF, fatta eccezione per le normative esistenti, che ipotizziamo conosciute e comprese almeno dal 10% dei soggetti rispondenti. Per quanto riguarda le motivazioni di tale pratica, poi, il 100% le attribuisce derivanti dalla cultura. Infine, la conoscenza “Sufficiente” del fenomeno, che il campione si attribuisce, ci sembra credibile, anche sulla base delle risposte successive.

Infine, riguardo alle più interessanti ipotesi di intervento suggerite dal nostro campione rispondente, come già accennato, il 90% circa è sembrato propenso per interventi di tipo informativo presso i paesi di origine, contro il 57% a favore dell’inasprimento legislativo. Di questi solo il 28% circa ha ritenuto interessante suggerire interventi di mediazione, consigliando inoltre liberamente: processi di

globalizzazione, ricambi generazionali, investimenti economici e crociate di culturizzazione occidentale. Per quanto riguarda le ipotesi di intervento sui territori ospitanti, ed in particolare nel nostro caso, in Italia, le ipotesi di interventi di tipo informativo sono scese al 65%, per far risalire quelle di inasprimento legislativo fino al 90.8%, mostrando una maggiore fiducia nel proprio sistema giuridico. Solo il 57% sembra aver consigliato interventi di mediazione interculturale, oltre all'istituzione di campagne di sensibilizzazione, controllo delle immigrazioni, interventi di acculturazione scolastica, comparazione delle rispettive culture e usanze.

All'unisono, le uniche parole ascoltate durante la Conferenza Internazionale "Stop FGM", grazie alla tecnologia Internet che ha permesso collegamenti in differita alle singole sezioni ed interventi ([www.stopfgm.org](http://www.stopfgm.org)), ipotizzavano interventi, sul luogo e in Europa, esclusivamente di natura legislativa ed informativa, senza mai menzionare, ne lontanamente ipotizzare, l'intervento della mediazione interculturale, alla luce dei risultati che tali interventi, già da tempo applicati, hanno portato.

Non ci siamo interrogati sul perché il tipo di ipotesi da noi avanzata non sia stata vagliata, ci piacerebbe pensare che forse non è stata presa in considerazione solo perché la "cultura" della mediazione è ancora poco sentita, perché si muove su terreni ancora poco battuti, perché la sua applicazione richiede movimenti abbastanza profondi, ma ci viene da pensare che è messa anche un po' al bando poiché esclude e sovverte posizioni e poteri.

## Conclusioni

Una possibilità a nostra disposizione, per poter almeno tentare di limitare il susseguirsi di tali pratiche, sembra infine risolversi nell'opera della Mediazione Interculturale muovendosi sul terreno del confronto, del dialogo e della crescita comune. Una strategia utile, anche nei paesi ospitanti, è sicuramente l'informazione, ossia *informare e formare* coloro i quali hanno quotidianamente a che fare con potenziali "soggetti a rischio", ossia gli operatori assistenziali (medici, volontari ecc.), le forze di polizia, gli insegnanti, ecc..

Sarà fondamentale quindi creare delle competenze in grado di fronteggiare una madre fortemente persuasa delle sue convinzioni, senza ricorrere alla minaccia legislativa che non avrebbe un grande riscontro se non forse quello di accrescere l'ostilità reciproca, e conseguentemente inasprire la difesa della propria essenza ed identità sociale. Così come sarà importante cercare un confronto anche con i futuri mariti (e padri) di queste bambine, poiché nessuna madre rinuncerà ad assicurare un futuro alla propria figlia, finché non esisteranno uomini che rifiuteranno la mutilazione genitale.

Questo è sicuramente un progetto a lungo termine, che potrà attuarsi soltanto attraverso un processo di mediazione che non criminalizzi il soggetto, ma lo porti a sentirsi il più possibile accolto, protetto e coinvolto nel nuovo contesto sociale,

anche senza essere stato privato di un bene così prezioso e importante come la propria sessualità.

Un argomento di tale portata e complessità, che richiama ad un approccio multidisciplinare, così come è stato affrontato, nel tentativo di inquadrarlo in una cornice di mediazione interculturale, nuova, sperimentale e priva di qualsiasi riferimento letterario o ipotesi strutturate e sperimentate prima ed altrove, non può certamente considerarsi esaustivo in una sintesi che necessariamente rimanda al lavoro da cui deriva, forse più completo e ricco di allegati ed approfondimenti atti a delucidarne ed elaborarne tutti gli aspetti.

## Bibliografia

1. Abu Sahlieh S.A., *To mutilate in the name of Jehovah or Allah: Legitimization of male and female circumcision*. Int. J. Med. Law, 1994, 13: 575–622.
2. ACOG, *Task Force on Female Circumcision/Female Genital Mutilation: Female Circumcision/Female Genital Mutilation*, Clinical Management of Circumcised Women. 1999, pp 51
3. Althaus FA, *Female circumcision: Rite of passage or violation of rights?*, Int Fam Plann Perspect 1997; 23:130
4. J-L. Amselle, *Logiche meticce*, Bollati Boringhieri, Torino, 1999
5. Apena A., *Female circumcision in Africa and the problem of cross-cultural perspective*, Africa Update, 1996, III: 2
6. Aziz FA, *Gynecologic and obstetric complications of female circumcision*, Int J Gynaecol Obstet 1980; 17:560
7. Baasher T, *Psychological aspects of female circumcision*. In: Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children. WHO/EMRO technical publication no. 2. Alexandria, World Health Organization, 1979, pp 71–105
8. Badri B. et al., *Female circumcision: Attitudes and practices*. Africa Series Women, Law Develop. 1990, 4: 217–233.
9. Belpiede A. (a cura di), *Mediazione culturale : esperienze e percorsi formativi*, Torino : UTET libreria, 2002
10. Carlini G. e Cormagi C. (a cura di), *Luoghi e non luoghi dell'incontro : problematiche dell'esclusione e della mediazione culturale*, Genova : COEDIT, 2001
11. Castiglioni M., *La mediazione linguistico - culturale: principi, strategie, esperienze*, Milano, F. Angeli, 1997
12. Cirillo E. (a cura di), *La salute delle donne e le mutilazioni sessuali: un problema della società multietnica*, in «Politica del Diritto», marzo 1992
13. Cook R., *Damage to physical health from Pharaonic circumcision infibulation of females*, a review of the medical literature. WHO/EMRO 1979: 53-69.
14. CSA, Centro Piemontese di Studi Africani (a cura di), *Infibulazione tra diritti umani e identità culturale*, Associazione Frantz Fanon, Istituto Avogadro, Torino, 1998
15. Dire M, Lindmark G, *Female circumcision in Somalia and women's motives*. Acta Obstet Gynecol Scand 1991; 70:581
16. Dirie W., *Fiore del deserto. Storia di una donna*, Garzanti Editore, 2000

17. Dorkenoo E., *Cutting the rose: Female genital mutilation. The practice and its prevention*. Minority Rights Publications, London, 1995
18. Down J., and Langden, H., *Influence of Sewing Machine on Female Health*, New Orleans Med Surg J 20:359-360, 1867-1868.
19. Duffy, J., *Masturbation and Clitoridectomy*. The Journal of The American Medical Association. October 19, 1963, Vol. 186, pp. 246-248.
20. Farinelli F., *I corpi mutilati delle donne*, Edizioni Rocca, 1999
21. Fiorucci M., *La mediazione culturale : strategie per l'incontro*, Roma : Armando, 2000
22. Giusti M., *Fenomenologia della mediazione: materiali e idee per la comunicazione interculturale*, Torino, Theleme, 2001
23. Grassivaro Gallo P. (a cura di), *Figlie d'Africa mutilate. Indagini epidemiologiche sull'escissione in Italia*, Editrice L'Harmattan Italia, 1998
24. Haller J. S., Robin M., *The Physician and Sexuality in Victorian America*, Urbana, Chicago, and London, 1974, pp.195, 207-209.
25. Hassan, Sirad Salad, *La donna mutilata: la mutilazione genitale femminile l'infibulazione*, Firenze, Loggia de' Lanzi, 1999
26. Horowitz CR, Jackson JC, *Female circumcision, African women confront American medicine*. J Gen Intern Med 1997; 12:491
27. Hoskin F, *The Hoskin Report: Genital and Sexual Mutilation of Females*. Lexington, MA, Women's Int Network News, 1994
28. Koso-Thomas O. (a cura di), *The circumcision of women, a strategy for eradication*, Zed Books Ltd, London
29. Lightfoot-Klein H., *Prisoners of Ritual: An Odyssey into Female Genital Mutilation in Africa*. Harworth Press, Binghampton, N.Y., 1989
30. Lightfoot-Klein H., *The sexual experience and marital adjustment of genitally circumcised and infibulated females in the Sudan*. J. Sex Res. 1989, 26: 375–392.
31. Lightfoot-Klein H., *Special needs of ritually circumcised female patients*. J. Obstetrics Neonatal Nursing, 1990, 20: 102–107.
32. Lightfoot-Klein H, Shaw E, *Special needs of ritually circumcised women patients*. J Obstet Gynecol Nurs 1991; 201-202
33. Mazzetti M. (a cura di), *Senza le ali : le mutilazioni genitali femminili*, Milano, F. Angeli, 2000
34. Missailidis K., Gebre-Medhin M., *Female genital mutilation in eastern Ethiopia*, THE LANCET, Vol 356, July 8, 2000, 137
35. Murer B. (a cura di), *La mediazione culturale in emigrazione: (note critiche sul discorso della intermediazione linguistico-culturale)*, Milano : Comune di Milano, stampa 2001
36. Paige, K., *The Ritual of Circumcision*, Human Nature, May 1978: p. 40-48.

37. Pasquinelli C. (a cura di), *Antropologia delle mutilazioni dei genitali femminili, una ricerca in Italia*, Aidos 1999
38. Pitch T., *La legge giusta: il trattamento giuridico delle mutilazioni dei genitali femminili*, [Roma] : Aidos, 2000
39. Rushwan HM et al., *Female circumcision in the Sudan, prevalence, complications, attitudes and changes*. University of Khartoum, 1983.
40. Rushwan H., *Female genital mutilation FGM management during pregnancy, childbirth and the postpartum period*, International Journal of Gynecology & Obstetrics 70, 2000, 99-104
41. Sami A., *To Mutilate in the Name of Jehovah or Allah: Legitimization of Male and Female Circumcision*, Medicine and Law, Volume 13, Number 7-8: Pages 575-622, July 1994
42. Scaglione D., Vergnani P., *Manuale di sopravvivenza al conflitto*, FULL VISION, Bologna, 2000
43. Scarduelli P. (a cura di), *Antropologia del rito*, Bollati Boringhieri, Torino, 2000
44. Shandall A, El Futuh A., *Circumcision and infibulation of females. A general consideration of the problem and a clinical study of the complications in Sudanese Women*. Sudan Med J 1967: 178.
45. Suliman M., *The impact of social and economic changes in female circumcision*. Proceedings of the Third Congress of Obstetrics and Gynaecology. Sudan Medical Association. Khartoum: Khartoum University Press, 1974: 242-254.
46. Tola V., Scassellati G., *Mutilazioni genitali femminili: dimensioni culturali e problematiche socioassistenziali*, Gaggiano : Poletto, 2001
47. Tonini G., *La mediazione culturale: l'idea, le fonti, il dibattito*, Roma : AVE, 1985
48. Toubia N, *Female circumcision as a public health issue*. N Engl J Med 1994; 331:712
49. Unali L., *Regina D'Africa: incanto dell'infanzia nomadica, infibulazione, matrimonio, guerra civile nelle boscaglie della somalia*, Roma, Sun Moon Lake, 2000
50. Zabus C., *Writing Women's Rites: Excision In Experiential African Literature*, Women's Studies International Forum, Vol. 24, No. 3/4, Pp. 335–345, 2001.

## Internet Links

1. Amnesty International: [www.amnesty.org/ailib/intcam/femgen/fgm1.htm](http://www.amnesty.org/ailib/intcam/femgen/fgm1.htm)
2. Center for Reproductive Law and Policy (CRLP):  
[www.crlp.org/pub\\_fac\\_fgmicpd.html](http://www.crlp.org/pub_fac_fgmicpd.html)
3. Equality Now: <http://www.equalitynow.org/>
4. Female Genital Mutilation Education and Networking Project:  
<http://www.fgmnetwork.org/>
5. FORWARD - Foundation for Women's Health, Research and Development: <http://www.forward.dircon.co.uk/>
6. International Planned Parenthood Federation (IPPF):  
<http://www.ippf.org/fgm/>
7. Johns Hopkins University Center for Communication Programs, Media/Materials Clearinghouse M/MC:  
<http://www.jhuccp.org/mmc/fgm/index.stm>
8. National Organization of Circumcision Information Resource Centers (NOCIRC): <http://www.nocirc.org/>
9. PATH - Program for Appropriate technology in Health:  
[www.path.org/programs/p-chi/female\\_genital\\_mutilation.htm](http://www.path.org/programs/p-chi/female_genital_mutilation.htm)
10. Promotion of Initiatives to Eradicate Female Genital Mutilation (FGM):  
[www.gtz.de/fgm](http://www.gtz.de/fgm)
11. Reproductive Health Outlook (RHO): <http://www.rho.org/html/hthps.htm#>
12. Rising Daughters Aware: <http://www.fgm.org/>
13. Stop FGM: [www.stopfgm.org](http://www.stopfgm.org)
14. Tostan <http://www.tostan.org/>
15. United Nations Development Fund for Women:  
[www.unifem.undp.org/fgm.htm](http://www.unifem.undp.org/fgm.htm)
16. United Nations Population Fund (UNFPA):  
[www.unfpa.org/tpd/gender/fgm.htm](http://www.unfpa.org/tpd/gender/fgm.htm)
17. US-Uganda Godparents Association: <http://www.godparents.cc/>
18. World Health Organization: [www.who.int/frh-whd/FGM/index.htm](http://www.who.int/frh-whd/FGM/index.htm)

## **ACCESSO AI SERVIZI PER PAZIENTI EXTRACOMUNITARI: SOFTWARE DEDICATO PER LA GESTIONE DELLE INFORMAZIONI E LA PROGETTAZIONE DEGLI INTERVENTI**

*M. Raspagliesi<sup>1</sup>, A. Agodi<sup>2</sup>, F. Milana<sup>1</sup>, M. Barchitta<sup>2</sup>, A. Casciaro<sup>4</sup>, T. Consoli<sup>4</sup>,  
S. Cosentino<sup>3</sup>, L. Mariani<sup>3</sup>, F. Mazzeo Rinaldi<sup>4</sup>, P. Di Gregorio<sup>1</sup>, C. Pennisi<sup>4</sup>.*

<sup>1</sup>U.O. Malattie Infettive Az. Osp. Cannizzaro Catania, <sup>2</sup>Dipartimento di Scienze Biologiche Università di Catania, <sup>3</sup>U.O. Malattie Tropicali Università di Catania  
<sup>4</sup>Dipartimento di Sociologia Università di Catania

### **Introduzione**

La presenza sempre più rilevante nel nostro paese di popolazione immigrata, proveniente principalmente da Paesi in via di sviluppo, porterà nel futuro ad una programmazione che terrà conto della necessità strutturale dell'immigrazione, come già in atto negli Stati Uniti, in Canada, ed in alcuni Paesi europei (Germania). Il vero problema, quindi, non è il numero degli immigrati, bensì la mancanza di politiche che riescano ad essere inclusive nei loro confronti.

Pertanto comprendere la migrazione con tutti i disagi e le difficoltà che si presentano in molti ambiti della vita quotidiana può portare al miglior inserimento sociale del soggetto immigrato.

Il DPR 394/99 prevede che anche ai cittadini stranieri privi di permesso di soggiorno siano assicurate le cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio e gli interventi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva e che l'erogazione di tali prestazioni avvenga con il rilascio del codice STP (Straniero Temporaneamente Presente).

Attualmente la disinformazione dei servizi sanitari nei confronti della normativa rende frammentaria e disomogenea la risposta al bisogno di salute del cittadino straniero. Soprattutto manca un adeguato flusso informativo di dati che permetta di monitorare il fenomeno e mancano gli strumenti di controllo necessari per la verifica dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni e dei servizi offerti.

I dati statistici più recenti sulle patologie più frequenti degli immigrati sono fornite dal primo rapporto nazionale sui ricoveri ospedalieri degli stranieri in Italia (ASI 3/2000) e dal rapporto statistico del Ministero della Salute (2003) che riportano dati estrapolati dalle SDO (Schede di Dimissione Ospedaliera) delle strutture sanitarie, sia pubbliche che private che risalgono rispettivamente agli anni 1998 e 2000.

L'obiettivo prioritario del Piano Sanitario Nazionale è quello di migliorare l'accesso alle strutture sanitarie, garantendo trattamenti di natura preventiva, curativa e riabilitativa.

Pertanto un grosso problema della medicina dell'immigrazione è proprio rappresentato dall'accesso ai servizi da parte del cittadino straniero. Questo è fortemente condizionato da una molteplicità di fattori culturali, giuridici e psicologici; tra questi



assumono un ruolo importante: il grado di integrazione nel Paese ospite, la condizione sociale, la conoscenza della lingua, l'eventuale stato di clandestinità e la fiducia nella medicina occidentale. Infine una particolare attenzione deve essere rivolta ai sintomi ed alla percezione del dolore indicati come elemento centrale su cui si basa il ricorso ai servizi sanitari.

La malattia ed ogni evento che implica l'ospedalizzazione o il rapporto con il servizio sanitario aprono dei problemi che vanno dall'accessibilità fisica al servizio, a quella sociale e culturale.

Nei servizi-socio sanitari nasce quindi la necessità di conoscere più a fondo gli aspetti culturali dell'utenza straniera, di attivare modalità comunicative adeguate e di arrivare ad una lettura comune dei bisogni presentati da questa specifica utenza, al fine di attivare risposte mirate e predisporre servizi rispondenti ai bisogni presentati in modo da migliorare il sistema di assistenza socio-sanitaria.

Quindi incoraggiare il processo di accesso significa ridefinire non soltanto i servizi sanitari importanti su scala nazionale ma anche la politica di integrazione dei servizi sanitari e sociali con la rete dei partner sociali

### **Obiettivi**

L'obiettivo che ci siamo proposti è quello di qualificare le modalità di accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari rispetto alla promozione della salute intesa come processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla.

Il problema dell'accesso rappresenta quindi una dimensione operativa attraverso cui implementare strategie di promozione della salute, che si strutturano, così come delineato nella Carta di Ottawa (1986), in *andare oltre la mera assistenza sanitaria, riorientare i servizi e sviluppare percorsi di apprendimento favorendo un collegamento permanente con la scuola, l'ambiente di lavoro, le associazioni e le risorse comunitarie; sviluppare le capacità personali valorizzando le competenze di cui il cliente è portatore e fornendo informazioni ed istruzione sul problema della salute.*

Gli obiettivi specifici che ci siamo prefissati sono quelli di facilitare l'accesso ai servizi attraverso l'omogeneizzazione, la riqualificazione dei servizi e la qualificazione della domanda; la sperimentazione di forme di "governo della rete" che integrano le competenze degli Ospedali, delle ASL, dei Comuni, dei Servizi Sociali e del Volontariato; aumentare le informazioni sulle malattie e le strategie di prevenzione; individuare percorsi specifici volti a facilitare l'accesso ai Servizi Sanitari per offrire un servizio di assistenza sanitaria di base e specialistica ai cittadini stranieri non iscritti al SSN e che necessitano di interventi specifici.

## **Metodologia**

Dall'Ottobre 2002 il Laboratorio di Politiche Servizi Sociali (LAPOSS) dell'Università di Catania ha creato un tavolo di concertazione finalizzato a incoraggiare l'accesso ai servizi sanitari insieme al Comune, alla Croce Rossa Italiana (CRI) e agli enti Ospedalieri locali ( Az. Ospedaliera Cannizzaro, Az. Ospedaliera Vitt. Emanuele). Questo tavolo ha definito una metodologia di pianificazione per questi tipi di interventi, uno strumento computerizzato finalizzato ad unificare il sondaggio delle informazioni fra tutte le istituzioni nei campi sanitari e socio-economico. Tutti questi dati integrano un data-base continuamente aggiornato mediante contatti con le istituzioni locali e che rappresenta una opportunità di ricerca. E' stato organizzato un ambulatorio medico decentrato per la popolazione immigrata gestito dalle Aziende Ospedaliere concepito come il luogo in cui oltre l'accettazione del paziente e la compilazione della cartella clinica si valuti il rischio correlato alle abitudini di vita.

## **La gestione dati**

Per poter creare la rete che ci siamo proposti dovevamo creare un data-base che ci permettesse la raccolta e la pronta fruibilità dei dati relativi ai singoli pazienti, ma anche l'automatizzazione di procedure di verifica, di controllo che sarebbe impossibile con il solo utilizzo delle cartelle cartacee.

Le esigenze prioritarie che gli attori si sono posti per realizzare il software gestionale sono state:

- Facile inserimento dei dati che permettano la scelta rapida e precisa dell'elemento da inserire specialmente per quanto riguarda i dati anagrafici, la provenienza, etc., e che fosse visibile da tutti gli attori interessati al progetto e che l'utente inserito fosse codificato con numerazione uguale per tutti.
- Il corretto ed univoco inserimento e la successiva esatta ricerca ed identificazione dell'utente già incluso nel data-base.
- L'identificazione immediata dell'Azienda Sanitaria ha cui si è rivolto con relativa identificazione del numero della cartella clinica
- Facile inserimento di dati usufruibili dal punto di vista epidemiologico
- La pronta verifica e consultazione dei precedenti clinici del paziente, delle diagnosi poste, degli esami effettuati e delle terapie effettuate.
- Il rilascio in automatico o in manuale del codice STP relativo alle Aziende interessate, con relativa stampa della dichiarazione di indigenza e del tesserino come da legge.
- La produzione di report che consentano di valutare, non solo il numero totale degli utenti ma anche il numero dei pazienti che anno usufruito delle prestazioni sanitarie e in quale Azienda sanitaria sono state eseguite.

- La creazione di file “condivisi” che permette di poter visualizzare da parte degli operatori sanitari dei servizi interessati le cartelle cliniche dei pazienti
- La possibilità di accesso, indipendente, simultaneo e da stazioni di lavoro diverse, al programma informatico, da parte dei diversi operatori inseriti nelle diverse attività dei servizi ( Medici, Infermieri, Assistenti Sociali, Mediatori culturali, Biologi), in modo da poter svolgere e registrare contemporaneamente funzioni differenti quali ad esempio, la raccolta dati per apertura della cartella clinica, rilascio del codice STP, registrazione dei risultati delle visite o degli esami di laboratorio, etc.

Il software in avanzata fase di elaborazione, sebbene ancora sottoposto a continue revisioni, merita di essere descritto schematicamente.

Il programma è stato scritto in ambiente Windows su base dati Access.

Il programma è utilizzato in rete da tutti gli attori e utilizzato dagli operatori da più stazioni di lavoro.

La maschera di apertura del programma consente l’inserimento della password che permetterà l’accesso diversificato a secondo dell’operatore e della struttura in modo da proteggere i dati sanitari, e il successivo ingresso ai dati pazienti

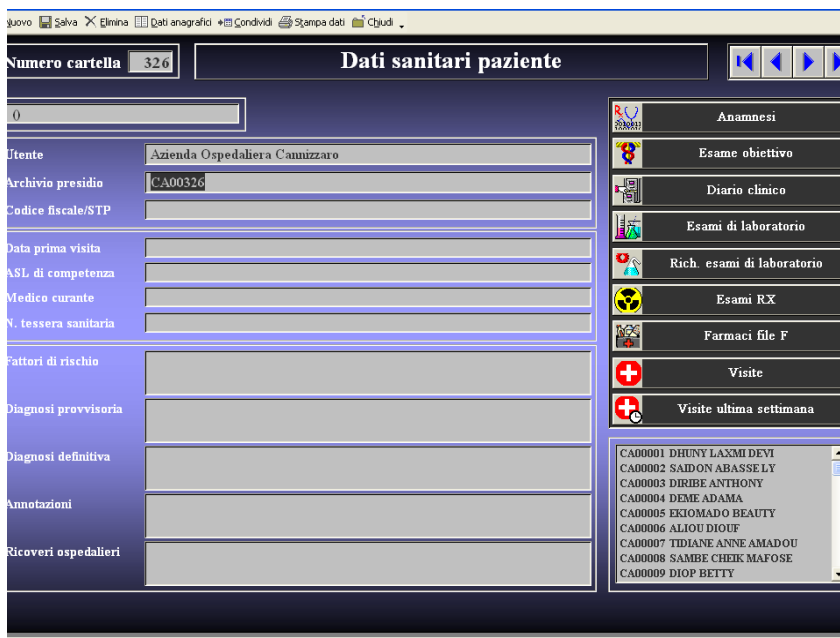


La seconda maschera permette di identificare il soggetto, con l’inserimento dei dati anagrafici e successivo rilascio del codice STP in automatico o se in possesso di permesso di soggiorno l’archiviazione del giorno di rilascio, della motivazione e della questura che lo ha rilasciato.

Inoltre sono stati inseriti i dati familiari (possibili gruppi familiari presenti nel territorio) la situazione lavorativa, la situazione abitativa etc.

La successiva maschera ci permetterà di entrare nella cartella informatizzata dei dati sanitari, con ingresso diversificato per ogni Azienda Ospedaliera partecipante al progetto.

La maschera permette di visualizzare la data di prima visita, i fattori di rischio, la diagnosi provvisoria e quella definitiva, i ricoveri ospedalieri effettuati, e successivo ingresso tramite pulsanti all’anamnesi, esame obiettivo, diario clinico, richiesta ed archiviazione esami di laboratorio, richiesta ed archiviazione degli esami radiografici ed ecografici, e la possibilità di dispensare ambulatorialmente i farmaci da inserire nel file F di rendicontazione regionale con codifica CODIFA.



## Conclusioni

Le dimensioni del problema dell'accesso che sono state prese in considerazione definiscono una situazione in cui l'utente è caratterizzato da una 'distanza' dai servizi sociosanitari che ne condiziona il suo stato di salute e da una difficoltà degli operatori a controllare i cambiamenti professionali indotti da tale nuova situazione. Tale situazione si specifica in relazione alle relative condizioni di separazione e di marginalità, caratterizzate dalla ipotizzata maggiore presenza di disuguaglianze sociali tra gli immigrati rispetto agli autoctoni, aggravata dalla difficoltà di adattamento culturale.

In particolar modo, la scarsa conoscenza per un verso dell'epidemiologia e dei fattori di rischio delle diverse patologie, e per un altro, dei meccanismi che strutturano la fiducia e la paura del contatto (quest'ultima soprattutto per gli irregolari) con le istituzioni, influenzano negativamente la possibilità di progettazione di servizi adeguati a ridurre tale 'distanza'.

L'esperienza può essere considerato un approccio nuovo di comunicazione fra le istituzioni e i cittadini che può portare ad una innovazione ed esperienza specifiche nell'ambito delle attività di ogni partner coinvolto.

Inoltre il data-base realizzato non è soltanto una cartella informatizzata ma si è voluto dare una impostazione in senso "globale" in modo da implementare il lavoro in rete. Questo ci permette di poter avere, se utilizzato a vari livelli (Comunale, Regionale, Nazionale) dati statistici dal punto di vista socio-sanitario che possano

colmare l'attuale mancanza e poter valutare l'evoluzione dell'immigrazione nel nostro paese.

## Bibliografia

1. Geraci S.- Immigrazione e salute in Italia. – Immigrazione. Dossier Statistico 2001 . XI Rapporto. Nuova Anterem , Roma 2001: 241-250
2. Geraci S. – Salute e immigrati in Italia: non più esclusivi ma ancora “fragili” – Immigrazione. Dossier Statistico 2003 - XIII Rapporto sull’immigrazione Nuova Anterem, Roma 2003 :183-192
3. 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, 29Marzo 2001:30-46
4. Geraci S., Marceca M. – Le politiche regionali per la promozione della salute degli immigrati - In Agenzia Sanitaria Italiana (ASI) 2001 (1/2). 37-41
5. Fortino A., Pennazza F., Boldrini R., Randazzo M., Marceca M., Geraci S. – Rapporto nazionale sui ricoveri ospedalieri degli stranieri in Italia – Agenzia Sanitaria Italiana (ASI) n.18 - 6 Marzo 2001
6. McDaniel J.G.. – Improving system quality through software evaluation. - Computers in Biology and Medicine Vol. (issue): 32(3) 2002 p.127-140
7. Pincirolì F., Combi C., Pozzi G., Battistella M., Pedrotti M. – A database for the medical public-domain software: D-MePS. In: SAFRAN, C. (ed), 17. annual symposium on computer applications in medical care. New York Mc. Graw-Hill, 1993, p.897
8. Pincirolì F., Combi C., Pozzi G. – A database schema for the public-domain medical software. Computers in Biology and Medicine, 1994, vol. 24, n.4, p. 243-254
9. Il ricovero ospedaliero degli stranieri in Italia – Rapporto dell’Ufficio Statistica del Ministero della Salute – Anno 2003

*Si ringrazia Fabrizio Merlino per la collaborazione nella realizzazione del software*

## **IL LINGUAGGIO DELLA COMUNICAZIONE NELLA VALUTAZIONE PSICOLOGICA DELL'OSPITE STRANIERO.**

*\*M.S.Ricci, \*\*M.D'Angelo, \*\*D.Sibilia, \*E.Pelargonio*

*\*ACISEL (Associazione Cooperazione Internazionale Studi E Lavoro), Roma*

*\*\*ITER (Istituto Terapeutico Romano), Roma*

Mutamenti della psiche di ognuno di noi sono presenti sin dal momento della nostra presa di coscienza dei nostri contatti socio-ambientali, mutamenti che possono progredire oltre una soglia di normalità proprio quando questi contatti diventano penosi e fortemente contrastanti alterando l'equilibrio che si era creato per vivere una vita definita "ottimale".

La popolazione che è affidata alle nostre cure, consistente in immigrati, richiedenti asilo politico e minori non accompagnati senza fissa dimora, è da considerarsi a "rischio" anche per quel che riguarda le condizioni psicologiche, rese delicate proprio da questa sua sia pur temporanea situazione di "persone fragili".

Si è iniziato a trattare quest'argomento già da tempo e le prime osservazioni sono già state espresse in precedenti lavori (1-2-3-4-5-6-7).

Ci si è resi conto che queste modificazioni psicologiche sono quelle che pur avendo avuto ripercussioni sul soggetto considerato, possono continuare al di là della durata delle sofferenze fisiche che possono esser curate o sopite da trattamenti medici o scomparire spontaneamente. Ed è a questo residuo di "disagio" o di vero e proprio "distress psicologico" che ora ci si sta soffermando cercando di offrire il massimo sostegno a coloro, che nella nostra sfera di assistenza, ne avessero bisogno (1-5).

La nostra esperienza è in continua evoluzione e per ora viene riferita così com'è giunta sino a questo momento, con quel che ci si è proposti di fare, quel che è stato fatto e che si sta facendo e quel che ci si propone di fare.

### **Materiale e metodo**

I centri di assistenza per immigrati dell'ACISEL, già denominati di prima accoglienza e di pronta accoglienza per minori stranieri non accompagnati senza fissa dimora, hanno accolto ed assistito in questi anni (novembre 1997-marzo 2004 ) un totale di 2392 persone. Le osservazioni riportate in questo lavoro fanno riferimento ai centri di accoglienza per soli uomini e non considerando i nuclei familiari ed i minori.

Dal primo settembre 2002, inizio dello studio, al 31 luglio 2003, sono stati presi in considerazione 19 ospiti, che si ritenevano potessero aver bisogno di un sostegno psicologico. Essi sono stati presi in carico da due psicologhe che indipendentemente l'una dall'altra e sotto la guida di un medico internista e psichiatra hanno condotto i loro colloqui riferendo periodicamente i loro risultati e consultando i medici per completare l'assistenza ove necessaria.



## **Risultati**

Di questi 19 ospiti, la maggior parte richiedente asilo (tab.1), 5 (26,31 %) erano di nazionalità liberiana, 3 (15,78 %) eritrea, 2 (10,52 %) turco-curda ed 1 (5,26 %) era rispettivamente dell'Iran, del Ruanda, Albania, Kosovo, Etiopia, Guinea, Bangladesh, Tunisia e del Benin. La loro età variava dai 22 ai 40 anni. Gli incontri effettuati con le psicologhe son variati da uno a 15. Le lingue utilizzate sono state oltre l'italiano, l'inglese (46,36 %), il francese (5,26 %) e l'arabo (5,26 %), a volte miste tra di loro.

Il disagio psicologico è stato valutato scarso in un caso (5,26 %), lieve in 5 (26,31 %), moderato in 9 (47,36 %) e forte in 4 (21,05 %). Due di quest'ultimi risultavano esser stati torturati.

Alcuni sintomi clinici per i quali gli ospiti si erano rivolti ai medici del centro, sono stati considerati una componente del loro disagio psicologico quali sintomi gastroenterici in 3 di essi (15,78%), agitazione in 1 (5,26 %), frattura in 1 (5,26 %), cefalea in 4 (21,05 %), dolori articolari in 1 (5.26%), stress in 1 (5.26%), inappetenza in 1 (5.26%), vomito in 1 (5.26%), dolori post-traumatici da tortura in 2 (10.52%) e timore delle "uniformi" per torture subite da militari in 1 (5.26%).

Ospite	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Nazione	Liberia	Iran	Ruanda	Liberia	Albania	T.K.	Kos.	Etiopia	Liberia	T.K.	Eritrea/It	Guinea	Bangl.	Liberia	Tunisia	Benin	Eritrea	Liberia	Eritrea
Età	30	—	—	18	24	24	40	26	38	25	27	26	25	22	39	34	34	—	—
Incontri	15	1	1	2	2	2	2	2	2	9	1	5	1	1	2	1	1	1	1
Lingua	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Colloquio	Ingl.-It.	It.+	It.+	It.+ +	It.+ +	It.+ +	It.+ /-	Ingl.	Ingl.	It.	Arabo	It.+ /Fr.	Ingl.	Ingl.	It.	Ingl.	Ingl.+ /-	Ingl.+ /-	Ingl.+ +
Disagio	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Psicologico	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Componente	gstr.	stato di agit.	—	frattura	cefalea	—	dolore	gastralgia	—	d T-p.	cefalea	emicra	—	—	—	cefalea,	—	—	—
Medica	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Preoccupazio	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
ni	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ansia	+/-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Tristezza	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Pianto	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Depressione	—	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Famiglia(pre	—	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
o c.)	—	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Economia(pre	—	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
o c.)	—	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Non si integra	+	+	?	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Insomnia	—	+	?	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Sogni	—	+	?	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Ricorrenti	—	+	?	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Sogni Tortura	—	+	?	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Stato	—	+	?	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Agitazione	—	+	?	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Discorsi	—	+	?	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Scomnessi	—	+	?	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Disturbi del	—	+	?	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Comport.	—	+	?	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Inappetenza	—	+	?	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Parla da solo	—	+	?	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Prigione	—	+	?	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Atteggiament	—	+	?	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
o nel colloquio	—	+	?	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
disint.	—	+	?	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
arrabbiato	—	+	?	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
buono	—	+	?	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
con	—	+	?	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
medici ed	—	+	?	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
assistenza	—	+	?	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
in Italia	—	+	?	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
insofferen	—	+	?	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
te leggi	—	+	?	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
italiane	—	+	?	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
/collabora	—	+	?	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
torre	—	+	?	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

Ospite	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Richiesta visita psicolo.	M	M	M	NV	M	M	M	M	sé	M	?	M	sé	sé	M-O	M	M	ss	ss
TEST	D	cd.	cd.	cd.	cd.	cd.	cd.	cd.	cd.	cd.	cd.	cd.	cd.	cd.	cd.	cd.	cd.	cd.	cd.
Abbandono Colloquio	lavoro	reimpatrio	sp.	sp.	sp.	sp.	sp.	lavoro	lavoro	sp.	sp.	lavoro	sp.	sp.	sp.	sp.	sp.	sp.	sp.
Miglioramento	+	+	-	NV	-	NV	NV	NV	NV	+	NV	NV	+	+	+	-	-	-	-
Corsi Formazione	ssald.	-	rifiuta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
OSPEDALE	-	15gg ps	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sposato	No	?	SI	No	No	No	?	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	SI
Moglie	-	-	Uganda	NV	-	-	?	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	SI
Figli	-	-	Ruanda	NV	-	-	?	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	SI
Parenti	-	SI	padre+t	NV	padre m	sparsi.	?	-	-	-	-	-	-	SI	-	-	-	uccisi	-
Tempo in Italia	?	14anni	?	?	?	?	14anni	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

**LEGENDA:**

coll.= collaborazione	gen.=genitali	N=normale	O=operatore
cq.=colloquio	ins.=insonnia	dis.=disertore	ss=servizio sociale
ql.=qualunque	in.=inappetenza	s.cit.=senza cittadinanza	D=disegno
mec.=meccanico	m.=malattie	n.i.=non interessato	sp.=spontaneo
NV=non valutabile	don.=donne	suff.=sufficiente	ps=cura psichiatrica
T=tortura	nost.=nostalgia	analf.=analfabeta	
d.T=dolori post tortura	preoc.=preoccupazioni	s.u.=studente universitario	
p.unif.=paure uniformi	comport.=comportamento	ins.e.=insegnante elementare	
d=dolori	disint.=disinteressato	M=medico	

La “preoccupazione” per le condizioni di disagio passate, presenti e future erano lievi in 8 soggetti (42.10%), moderate in 2 (10.52%) e gravi in 3 (15.78%). In un soggetto (5.26%) non era valutabile.

Pur ritenendo l’ansia una condizione presente quasi in tutti i soggetti solo 9 (47,37%) degli ospiti ne erano affetti. Uno di essi (5.26%) presentava un’ansia di scarsa entità, 5 (26,31%) lieve, 2 (10.52%) moderata, 1 (5.26%) grave ed 1 (5.26%) non valutabile.

La tristezza, spesso accompagnata alla nostalgia, era lievemente accusata da 3 ospiti (15.78%), modicamente da 5 (22,31%), non valutabile da 1 (5.26%).

La depressione si è riscontrata in modo lieve in 1 (5.26%), grave in 2 (10.52%), non valutabile in 1 (5.26%).

Frequente e quasi ovvia la preoccupazione per la famiglia lasciata in patria o fuggita in altre nazioni: di modica entità in 3 ospiti (15.78%), forte in 5 (26.31%), non valutabile in 1 (5.26%).

La preoccupazione economica affligge quasi tutti, ma solo 6 (31.57%) la ritengono un piccolo problema e 1 (5.26%) effettivamente importante. Non valutabile la posizione di uno degli ospiti (5.26%).

L’integrazione non è ancora completa per molti degli ospiti: 7 (36.84%) la ritengono ancora un po’ difficile ed 1 (5.26%) modicamente difficile.

L’insonnia è un sintoma risultato lievemente presente in 4 (21.05%) e marcata in 2 (10.52%). In 2 soggetti (10.52%) non è stato possibile valutarla.

Sogni ricorrenti della vita trascorsa si presentavano in modo lieve in 1 soggetto (5.26%) mentre in 1 torturato ricorrevano i tragici momenti della tortura.

Due soggetti (10.52%) presentavano uno scarso stato di agitazione, 3 (15.78%) lieve e 2 (10.52%) modico. In 1 (5.26%) non era valutabile.

Discorsi scarsamente incoerenti e sconnessi erano fatti da 1 soggetto (5.26%) ed in un modo più accentuato da un altro (5.26%).

Lievi disturbi del comportamento si sono riscontrati in 2 ospiti (10.52%) e modici disturbi in 1 (5.26%).

L'inappetenza come conseguenza del disagio psicologico era lievemente presente in 1 (5.26%) e grave in un altro (5.26%).

Un ospite (5.26%) si è ritrovato a parlare da solo, più volte, quand'era in autobus.

La "prigione" come causa del disagio psicologico poteva essere riconosciuta in 3 (15.78%) soggetti ed in altri 3 (15.78%) che erano stati anche torturati.

Osservando l'atteggiamento durante il colloquio con la psicologa, 1 (5.26%) si mostrava sorridente, 13 (68.42%) collaboranti, 1 (5.26%) agitato, 1 (5.26%) disinteressato, un altro (5.26%) adirato con alcune istituzioni e persone (medici) ma collabora e sorride, 1 (5.26%) avvilito e sfiduciato ed un altro ancora (5.26%) ostile e con atteggiamento di sfida.

Per quel che riguarda alcuni motivi che hanno contribuito a provocare il disagio psicologico, quelli politici sono dominanti: lievemente in 8 (42.10%), modicamente in 2 (10.52%), non valutabile in 1 (5.26%).

La guerra è stata la causa prima in 4 ospiti (21.05%), la persecuzione fisica (tortura) lieve in 2 (10.52%), moderata in altri 2 (10.52%) e non valutabile in 1 (5.26%).

La persecuzione psicologica era la causa, lieve in 3 (15.78%), moderata in 3 (15.78%), grave in 1 (5.26%), non valutabile in 1 (5.26%).

La mancanza di lavoro è lamentata da 4 ospiti (21.05%).

Un soggetto (5.26%) era già seguito per problemi psicologici da un Centro di Igiene Mentale.

L'apprendimento della lingua italiana era seguita da 3 (15.78%) ospiti, 1 (5.26%) si era ritirato, 2 (10.52%) già la conoscevano mentre 1 (5.26%) era analfabeta ed ancora non riusciva ad andare a scuola.

Degli ospiti che hanno usufruito di almeno un colloquio con la psicologa, 12 (63.15%) sono stati inviati su suggerimento dei medici del Centro, 2 (10.52%) del servizio sociale e degli operatori del Centro e 5 (26.31%) hanno chiesto loro stessi un sostegno psicologico.

Il test psicologico che è stato utilizzato è stato per 18 di essi (94.73%) attraverso il colloquio e per 1 (5.26%) si è ricorsi anche al disegno.

La sospensione del colloquio è stato spontaneo per 14 (73.68%) di loro, per ragioni di lavoro per 4 ospiti (21.05%) e per 1 (5.26%) per rientro in patria.

Per quel che riguarda l'esito dei colloqui, in un soggetto (5.26%) il disagio psicologico è risultato lievemente migliorato, in 3 (15.78%) modicamente ed in 8 (42.10%) non è stato possibile valutarlo. In 6 (31.57%) il colloquio si è interrotto al primo incontro. Uno di essi (5.26%) era stato ricoverato per cura psichiatrica durante il periodo di osservazione psicologica.

Un corso di formazione per un ospite (5.26%) è stato elemento di contentezza e tranquillità psichica, mentre un altro (5.26%) ha rifiutato un corso a lui confacente.

Due ospiti (10.52%) avevano lasciato in patria la moglie, 1 (5.26%) i figli e 6 (31.57%) i parenti stretti.

## Commento sui 19 ospiti riferiti al servizio psicologico

Ospite n°:

1. esito positivo: rinate le speranze, fiducia, forza di vivere, integrazione (psicoterapia prolungata).
2. contento perché ritorna in patria. Affidato alla famiglia tramite servizio sociale ed amico connazionale vivente in città. Consigliato dal servizio sociale di continuare cure mediche e controllo psichiatrico. Mancano i servizi sociali adeguati nel paese di origine.
3. rifiuta corso d'italiano ("si impara lavorando"). Colloquio brevissimo, incompleto.
4. rifiuta ogni assistenza e stampelle (frattura), per orgoglio: non vuol farsi vedere sofferente dalle "ragazze" alla stazione Termini ove si riuniscono tutti i gruppi stranieri.
5. 18enne: preoccupato per il padre cardiopatico, operato in Italia e che ora non può tornare per controllo dal suo paese, per difficoltà economiche.
6. disturbi psichici perché costretto a fare il militare, disertato, 5 giorni in prigione, torturato, riabilitato e rimandato in servizio. Fuggito. Undici mesi in Germania, curato da psichiatri con medicine: ma lui aveva bisogno di parlare!
7. scontento di tutto. Conosce tutti i diritti degli immigrati e li vuole riconosciuti! Torna la seconda volta solo per chiedere lavoro.
8. (9 e 10) non valutabili per brevità del periodo di ascolto.
9. sfiduciato, avvilito, si sente rifiutato sia in Eritrea che in Italia per le sue origini italiane (il nonno era italiano). Si aspettava di più dall'Italia. Provato dal lungo peregrinare (2 anni).
10. nostalgia ed insicurezza che vuole condividere con lo psicologo. Emicrania non da attribuire al suo disagio psicologico.
11. ansia e preoccupazione per il "non riconoscimento di nazionalità" (nato in Pakistan da genitori Bengalesi, rifiutata la cittadinanza da ambedue i paesi).
12. ossessionato: afferma di star male e che "i medici non gli credono". Sarebbe contento di trovarne uno che gli creda. Nonostante questo è contento di stare in Italia.
13. molto provato dai lunghi anni in prigionia, tortura fisica e psicologica. Scrive poesie e spera di essere riconosciuto come poeta per il suo talento. Delusione amorosa per il tradimento della sua compagna. Conseguente reazione negativa verso le donne che considera traditrici. Imbarazzo e reazioni emotive alla loro presenza. Seguito anche da psichiatra : "migliora anche per l'ambiente amichevole e comprensivo del Centro, di tutti i suoi operatori" (dichiarazione dell'ospite). Torna ancora a ringraziare dopo essere stato dimesso dal centro di accoglienza.

14. tutti i sintomi comparsi una settimana prima del colloquio con lo psicologo, quando dopo 7-8 mesi di attesa gli rimandano l'incontro con la Commissione Centrale. Teme che vi sia qualcosa che non va! E tutto gira intorno a questo!
15. difficile il colloquio. Interrotto dall'ospite, probabilmente per incomunicabilità linguistica.
16. ostile e con atteggiamento di sfida nega aver tenuto questo comportamento anche verso gli operatori del Centro. Mostra di esser provato dagli avvenimenti, insicurezza per il lavoro, preoccupazioni per la famiglia.
17. militare, costretto a cambiar credo religioso, ma non cedendo è stato sempre discriminato anche in Sudan e Libia ove si era rifugiato. Impotente ad aiutare la sua piccola figlia che ha un ritardo psicomotorio: pensa che potrebbe esser curata, ma non ha il denaro per poterlo fare e ciò lo tormenta.

### **Discussione**

I problemi inerenti al disagio psichico nell'immigrato o rifugiato oltre ad esser sostenuti da questo status particolare da fuggiasco a rifugiato sono mantenuti vivi da varie concause che sono già state considerate da altri autori, ma che sono sempre all'origine di una più estesa difficoltà di approccio, di reciproca fiducia e di terapia. Questo iter è abbastanza arduo e da ambo le parti deve essere spianato cercando di entrare nell'ordine di idee di entrambi, cercando di capire qual è il pensiero nella terra di origine dell'ospite, come esso viene interpretato e vissuto da loro stessi e di comprendere che certi atteggiamenti siano radicati per tradizioni, cultura, religione, abitudini comportamentali. Senza approfondire ogni argomento che può essere alla base del disagio psicologico, influenzando in maniera più o meno incisiva sul soggetto preso in esame, quelli riscontrati nei casi considerati in questo studio, vengono elencati nelle tabelle seguenti solo per ricordare quanti essi possano essere (tab.2) e perché sia facile che un soggetto ne possa subire un'influenza negativa.

Tab.2

Cause del distress psicologico

(Come ricavati dai casi considerati)

Tortura  
Persecuzione  
Parenti o amici uccisi  
Viaggio lungo  
Preoccupazioni per famiglia  
Paura del futuro

Tab.3

Interrogativi al sostegno psicologico

NECESSARIO

E' valido?

E' sufficiente?

E' comprensibile?

E' irritante?

Può essere prolungato sino a  
miglioramento o guarigione?

Sarà l'ospite cosciente di continuare?

Come può essere continuato alla dimissione  
dell'accoglienza alloggiativa?

CREARE SEDI E/O INDIRIZZARE a luoghi  
di riferimento anche per il dopo accoglienza

La tab. 3 pone gli interrogativi inerenti al sostegno psicologico, alle sue difficoltà per lo straniero, per l'intervista e per come continuare onde giungere al traguardo del miglioramento.

Si è voluto in questo lavoro continuare ad affrontare la necessità di quest'approccio al disagio psicologico che è quello che rimane prepotentemente velato o non nell'immigrato o nel rifugiato anche dopo anni dal suo scatenarsi. Ne è la prova l'assistenza fatta nel follow-up dei sopravvissuti alla tortura e negli immigrati nelle varie parti del mondo ove il fenomeno viene tenuto sotto osservazione.

Anche nelle vecchie emigrazioni italiane, quando la scienza della psicologia e della psicoterapia non esistevano ancora, il disagio psicologico, emotivo e nostalgico si manifestava nelle canzoni

come "Santa Lucia luntana" e "La porti un bacione a Firenze" ed altre che esprimevano tutto il dramma dell'animo dell'emigrante lontano dalla famiglia, dalla patria, e nel costante desiderio di ritornare definitivamente o più volte sino al limite delle possibilità fisiche per affrontare questi lunghi viaggi e non rompere i legami della terra lontana.

L'approccio al soggetto straniero con disagio psicologico è più difficile di quanto sembri. Si frappone alla sua "distensione" :



- la difficoltà della lingua, il colloquio, l'interpretazione a volte effettuate attraverso una terza persona quale il mediatore culturale, che ne conosce e comprende o non il background culturale, religioso e tradizionalistico del territorio di provenienza del soggetto e la sua preparazione culturale, l'importanza che egli dà a questi fattori, la quantità e qualità di comprensione di essi da parte dell'operatore;
- l'età ed il sesso dell'operatore in rapporto a quelli del soggetto; il rapporto umano posto in atto dall'operatore; come viene recepito il contatto ed il dialogo da parte del soggetto e come influiranno sulla loro continuità o interruzione in qualunque momento del percorso; l'utilità che il soggetto crede e vede di ottenere con questi colloqui;
- l'auspicabile collaborazione con un'equipe medica che potrebbe fornire aiuto farmacologico sia per i sintomi fisici che psicologici, (migliorando quelli fisici possono migliorare quelli psicologici); riferimento a superspecialisti psichiatrici volontari e del CIM.

Il rapporto a due è sempre quello preferibile e sia dall'una che dall'altra parte si dovrà cercare di far cadere al più presto possibile queste barriere per aprire le porte ad un dialogo più aperto e più efficace. Si è provata anche una psicoterapia di gruppo, che nella nostra esperienza, per ora, è naufragata.

In passato nei nostri centri si era affrontato il problema con l'aiuto di psicologi senza un piano metodologico se non quello tradizionale, perfezionandolo nel tempo, cercando di modellarlo all'esigenza dei soggetti riceventi l'assistenza psicologica.

In questo lavoro si è voluto presentare l'approccio modificato sforzandosi di tener in considerazione i fattori sopra elencati.

Due esperienze vengono riportate: quella di una psicologa basata sul colloquio e quella di un'altra psicologa che oltre al colloquio ha cercato con "il disegno" di abbattere la barriera della lingua che ha dato la possibilità al soggetto di esprimersi più apertamente, di aver fiducia nell'operatrice, migliorando nel tempo le proprie conoscenze linguistiche così che l'hanno spinto a proseguire per molto tempo ed in modo soddisfacente gli incontri. In parte ha contribuito il carattere e la buona volontà del soggetto che ha subito capito che poteva beneficiare di questi incontri, mostrando la massima collaborazione.

Gli ospiti dei nostri Centri hanno vissuto e vivono una particolare esperienza rispetto ad alcuni che devono recarsi per il “colloquio” “in una determinata sede ed a quell’ora” ove tutto si esaurisce in un tempo definito.

Gli psicologi dei nostri Centri effettuano i loro colloqui presso il Centro in orari “più aderenti alle esigenze” dei riceventi. Questi, sia prima che dopo il colloquio e durante tutto il periodo della loro assistenza al Centro (dai 9 ai 12 mesi) sono a contatto diretto con i vari operatori del Centro che sono sempre presenti, sono a conoscenza della frequenza delle sedute con gli psicologi e pertanto sensibilizzati a questi problemi. Il loro lavoro di comunicazione, di amicizia e di sostegno che e-largiscono spontaneamente e consci dell’aiuto che il soggetto richiede, fa in modo che vi sia un’assistenza “psicologica” seppur non specialistica ma di comprensione e di umanità, continuativa, che crea un ambiente favorevole e protetto per il soggetto. Il vivere poi in comunità ed in compagnia di altri nella stanza, rende meno grave il disagio psicologico che si accentua quando il soggetto è solo, pensieroso, triste e la notte quando ricorrono i ricordi e la nostalgia dei beni affettivi che gli mancano.

A coronamento di questo “benessere” ambientale un gruppo di medici volontari è presente nel Centro più giorni la settimana, per cui il soggetto vi ricorre e si sente appoggiato sia per le sue necessità fisiche che psicologiche, ricevendo farmaci necessari, quando indicati, per affrontare meglio il suo disagio psicologico (es. tranquillanti, analgesici ecc.). Il dialogo con ogni operatore del Centro, il contatto umano, la frase gentile interessata allo svolgimento della sua vita nel Centro e fuori, il vedere intorno persone che si mostrano amiche, facilita e diventa parte integrante di questi successi psicologici.

Pertanto crediamo che più che come lavoro statistico le nostre esperienze qui presentate ci propongono metodi di approccio psicologico da effettuarsi a secondo dell’ospite, tenendo in considerazione tutti quei fattori soggettivi ed ambientali che determinano sia positivamente che negativamente il suo status psicologico. Inoltre confermano, ove possibile, che questo colloquio “psicologico” deve continuare nell’ambiente dove vive e che l’ambiente stesso deve fargli sentire il calore, l’umanità e la protezione che costantemente prestate, sia pur per un breve periodo di tempo (9-12 mesi), può aiutarlo a venir fuori dalla dipendenza assoluta ed esser più libero e capace di affrontare la sua vita post assistenza.

Alcuni potranno continuare ad utilizzare le unità psicologiche del SSN, per i casi più gravi si cercheranno delle case famiglia o centri adeguati, altri, se vorranno, potranno usufruire ancora del servizio psicologico dei Centri ove sono stati assistiti per non interrompere quei fragili rapporti che l’hanno aiutato a venir fuori dal suo disagio psicologico. In casi specifici, che potrebbero perdersi nei meandri di paesi e città dell’Europa e/o del mondo, si consiglierà di continuare, in loco, ad aver rapporti con gli specialisti per poter affrontare sempre meglio la vita.

Alcuni casi più gravi sono stati trattati in modo particolare, assiduo, con attenzione, a volte superprotettivo per il periodo di reazioni gravi od estreme già avvenute in

passato. Per uno si è favorito il ritorno in patria, per vie legali, perché il soggetto era venuto coscientemente a chiederlo ed in questi casi ci si è assicurati che potesse avere aiuto al suo ritorno nella terra natia, confermato anche dopo il suo arrivo.

Per altri ancora si è cercato un alloggio più o meno protetto, uno è tornato a ringraziarci ed uno, che era ancora in fase di “trattamento” e prossimo in uscita per termine del periodo di assistenza, chiedeva di rimanere ancora nel Centro, perché “aveva visto che altri bisognosi come lui, erano migliorati con l’assistenza prestatagli e con l’atmosfera del Centro ed anch’egli pertanto desiderava e credeva di migliorare sul posto”.

### **Conclusione**

La ricerca di un approccio appropriato per valutare ed aiutare un “disagiato psicologico” lungi dall’essere il migliore e l’unico, ci ha spinti ad adottare varie metodologie, applicate a secondo dei soggetti interessati e delle singole problematiche incontrate. Inoltre è apparso che se pur le linee fondamentali da esse seguite erano state concordate con gli psicologi interessati al momento dei colloqui, ciascuno di essi ha scelto vie e mezzi differenti per raggiungere quel traguardo unico per tutti. E’ risultato pertanto che ogni variabile emotiva, clinica, personale, ambientale, riferentesi sia al passato che al presente, ha richiesto l’intervento dello psicologo secondo la sua preparazione e le sue capacità investigative e di rapporto interpersonale.

Non si è trattato in questo lavoro di tutto il bagaglio di preparazione, di conoscenze teoriche e/o pratiche che lo psicologo deve utilizzare ogni qualvolta si trovi di fronte a persone che cercano aiuto. Il risultato pratico è che lo psicologo deve mettere in atto tutte quelle conoscenze e capacità che gli rendono più penetrante e convincente il suo intervento, suscitando la fiducia e l’apertura dell’ospite al colloquio ed all’aiuto che gli viene offerto. Egli dovrà cercare la metodologia che sembrerà più adatta al momento, pronta a cambiarla appena si rende conto che non è più valida e che rischia di far naufragare il risultato raggiunto sino allora. Le metodologie di approccio utilizzate a tutt’oggi nei nostri centri, ne sono la prova pur essendo consci che, come numerosi siano i soggetti che si sottopongono a questa valutazione, tanto numerosi e mutevoli sono i fattori coinvolti che consigliano lo psicologo a cambiar metodologia e rotta.

Ogni singolo individuo è un essere a se stante e non eguale all’altro, cosa che rende più impegnativo l’intervento dello psicologo, che dovrà esser pronto ad accettare questa sfida per raggiungere il massimo risultato ed il miglior benessere psicologico per colui che si è affidato alle sue cure.

I risultati di questo studio, sia pur limitati, spingono a continuare su questa strada, migliorandola dove e quando necessario, perché l’attenzione psicologica che si potrebbe donare a queste persone è tale da dare dei buoni frutti e potrebbe essere estesa ad un notevole numero di persone.

## Bibliografia

1. Istanbul Protocol:Professional Training Series n°8-C. The psychological/psychiatric evaluation pag.47-56; United Nations June 2001
2. E.Zerbino: L'esperienza clinica con le vittime di tortura.Rivista Medica Vol.6, n°3-4, dic.2000, pag.105-121
3. I.Agnello: Psicoterapia della tortura. Rivista Medica Vol.6, n°3-4, dic.2000, pag.145-147
4. S.Pelargonio, M.S.Ricci, F.Ancona, A.Ciarmatori, E.Pelargonio: Disturbi psicologici e tortura psicologica: dove i limiti tra le vittime di tortura?. Atti VII Consensus Conference in collaboration with SIMM, 19-22 maggio 2002, Erice, Italy, pag.277-281
5. G.Profita, V.Lo Mauro: Setting, comunità, cura. Riflessioni sulla pratica clinica con pazienti migranti. Atti VII Consensus Conference in collaboration with SIMM, 19-22 maggio 2002, Erice, Italy, pag.287-295
6. G.Cardamone, S.Zorzetto, M.Da Prato, S.Inglese: Immigrati e servizi di salute mentale- Dati da un'indagine sull'accesso condotta a Prato. Atti VII Consensus Conference in collaboration with SIMM, 19-22 maggio 2002, Erice, Italy, pag.208-221
7. L.Lagi: Sostegno psicologico e sociale alle vittime di tortura. Rivista Medica, Vol.6, n°3-4, dis.2000, pag.141-144

## **INDAGINE PRELIMINARE CAMPIONE SUGLI EMERGENTI PROBLEMI DELL'ANZIANO IMMIGRATO**

*M.S. Ricci, E. Pelargonio, A. Mefstahi, M. Sgaramella, S. Pelargonio*

ACISEL (Associazione Cooperazione Internazionale Studi E Lavoro)

Nelle linee programmatiche del SIMM del 2000-2004 si segnalava l'opportunità che tutti i soci si impegnassero in alcuni ambiti di crescente rilevanza tra cui "le problematiche legate all'invecchiamento degli immigrati". Tale fenomeno è da prendere in considerazione poiché il numero degli anziani, intendendo per anziani le persone che hanno superato il sessantacinquesimo anno di età, nella popolazione generale è in aumento e aumenterà ancor più negli anni futuri per l'ulteriore protrarsi dell'aspettativa di vita nella nostra società. Se si considera il fenomeno dell'immigrazione emergente in questi ultimi decenni connesso all'arrivo anche di persone che chiedono l'asilo politico, ci si deve chiedere quale possa essere la condizione futura di coloro che vengono in Italia in età ancora giovane e che quivi invecchiano e nel contempo di coloro che vi giungono già in età matura per motivi prevalentemente legati alle situazioni politiche del paese d'origine.

E' presumibile che le difficoltà d'inserimento sociale e lavorativo in quest'ultima situazione aumentino tanto da rendere ancor più precaria la condizione di vita. Gli immigrati ed i richiedenti asilo provengono dai paesi dell'Est-europeo, dal Medio Oriente e dall'Africa; le differenze socio-politiche-culturali di queste diverse etnie non permettono di equiparare la loro condizione, ma il comune denominatore è rappresentato dalla necessità di adattarsi al modo di vita, alle esigenze della nostra società, comprendendo gli ingranaggi che regolano il nostro modo di vivere. D'altro canto è necessario che il Paese che li accoglie individui le modalità e gli strumenti idonei a favorirne la piena integrazione nel tessuto sociale.

Lo studio presente è stato condotto fra gli ospiti di età più avanzata del Centro di Accoglienza per Immigrati e Richiedenti asilo dell'ACISEL al fine di conoscere complessivamente la loro situazione e coglierne le problematiche essenziali.

### **Materiale e metodo**

Sono stati analizzati i dati ricavati dalle cartelle mediche e/o quelli raccolti nel corso delle interviste fatte dagli operatori del servizio sociale del Centro d'Accoglienza, relativi agli immigrati e ai richiedenti asilo ospitati, di età pari o superiore ai cinquant'anni ed assistiti per un massimo di 9 mesi, nel periodo di tempo compreso fra il novembre 1997 ed il dicembre 2003. In totale il numero degli ospiti, tutti di sesso maschile, assistiti presso il Centro è stato di 1428, mentre quello preso in considerazione, per questo studio, è stato di 48 (3,36%). Di costoro, 19 (39,58%) hanno risposto all'intervista del servizio sociale ed hanno effettuato visite mediche, 6(12,50%) hanno effettuato solo le visite mediche, 9(18,75%) hanno soltanto risposto all'intervista del servizio sociale. Di 14(29,16%) le informazioni risultano incomplete.

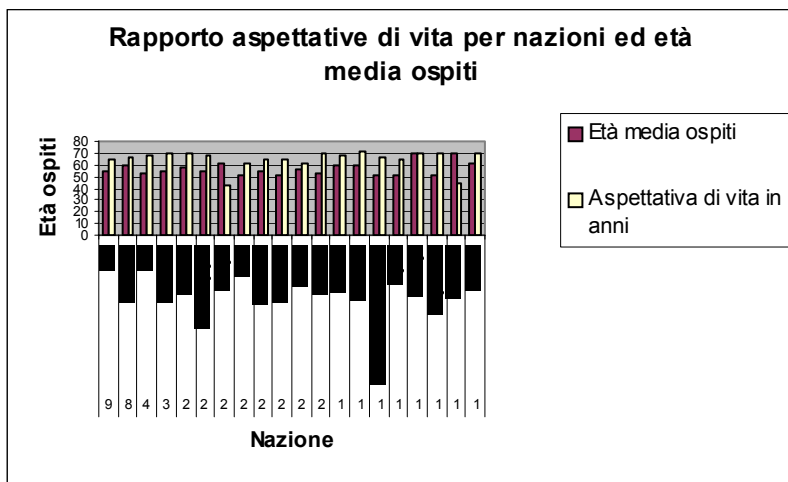
L'intervista condotta dal servizio sociale concerneva le motivazioni che avevano determinato la partenza dal paese d'origine, lo stato di famiglia, la preparazione culturale, il lavoro svolto, le aspettative per il futuro.

Per due o più ospiti della stessa nazionalità è stata considerata la loro età media che è servita per rapportarla all'aspettativa di vita "maschile" dei rispettivi paesi (tab.)

### Risultati

I 48 ospiti che si consideravano "pre-anziani" erano così suddivisi per nazionalità: 9(18,75%) presentando un'età media di 55 anni, provenivano dall'Iraq; 8 (16,66%) dal Marocco, con età media di 59,5 anni; 4 (8,33%) con età media di 52,4 anni dall'Iran; 3(6,25%) con età media di 54 anni, dalla Romania; 2 (4,16%) rispettivamente: dall'Albania con età media di 58,7 anni, dall'Azerbaygian (54,6 anni), dall'Etiopia (60,7 anni), dall'India (50,7 anni), dalla Moldavia (54,7 anni), dal Pakistan (50,5 anni), dalla Russia (56,5 anni), dalla Turchia (52,5 anni) ed 1 (2,08%) rispettivamente dall'Algeria (58,8 anni), Armenia (59,4 anni), Capoverde (50,4 anni), Egitto (51,2 anni), Georgia (70,2 anni), Jugoslavia (50,3 anni), Somalia (70,2 anni), Tunisia (61,4 anni) (tabelle).

<b>ETA' MEDIA OSPITI ED ASPETTATIVA DI VITA NAZIONALE</b>			
<b>N° ospiti</b>	<b>Nazione</b>	<b>Età Media</b>	<b>Aspettative di vita</b>
9	Iraq	55	65
8	Marocco	59,5	67
4	Iran	52,4	68
3	Romania	54	70
2	Albania	58,7	70
2	Azerbaygian	54,6	68
2	Etiopia	60,7	42
2	India	50,7	62
2	Moldavia	54,7	64
2	Pakistan	50,5	64
2	Russia	56,5	62
2	Turchia	52,2	70
1	Algeria	58,8	68
1	Armenia	59,4	71
1	Capoverde(Portogallo)	50,4	67
1	Egitto	51,2	65
1	Georgia	70,2	69
1	Yugoslavia	50,3	70
1	Somalia	70,2	45
1	Tunisia	61,4	70



La data d'ingresso in Italia riferita da 29 ospiti (60,41%) è stata del 1967 per 1 (2,08%) di essi, fra il 1980-85 per 3 (6,25%), fra il 1986-90 per 9 (18,15%), fra il 1991-95 per 2 (4,16%) e fra il 1996-2000 per 14 (29,16%) ospiti.

Quindici (31,25%) hanno indicato di appartenere: 5 (10,41%) alla religione Musulmana, 5(10,41%) alla Cristiano-ortodossa, 3(6,25%) alla Cattolica, uno (2,08%) alla Cristiana ed uno (2,08%) si professava ateo.

Venticinque (32,08%) ospiti presentavano documenti di riconoscimento anche italiani: 4(8,33%) avevano un passaporto della loro nazione, 4 (8,33%) una carta d'identità italiana, 17 (35,41%) un permesso di soggiorno ed 1 (2,08%) la patente di guida.

Non tutti questi ospiti erano in Italia dal loro arrivo in Europa: essi avevano soggiornato 1(2,08%) in Francia, 2(4,16%) in Olanda, 3(8,33%) in Germania ed 1 (2,08%) era stato in più di una nazione europea.

I motivi per cui 29(60,41%) degli ospiti aveva lasciato il proprio paese, era per ricerca di lavoro per 9(18,75%) di loro, per motivi politici per 16(33,33%), per motivi politici ed economici per 3(6,25%) ed 1 (2,08%) dava risposte non classificabili come "causa di forza maggiore".

Due (4,16%) avevano subito torture fisiche nel loro paese d'origine, 3(6,25%) torture psicologiche e 2(4,16%) torture fisiche e psicologiche.

Cinque di essi (10,41%) avevano richiesto asilo politico, 1(2,08%) l'aveva ottenuto ed 1 (2,08%) era stato respinto.

Lo stato di famiglia per 27(56,25%) degli ospiti era così risultato: 18(37,50%) coniugati e dei quali 1(2,08%) bigamo ma riconosciuto dalla legge del suo paese, 1(2,08%) separato, 1(2,08%) divorziato, 7(14,58%) celibi. Diciotto(37,50%) avevano figli, 8(16,66%) più di tre figli, 8(16,66%) figli studenti. Quattro (8,33%) ospiti avevano mogli e/o figli in Italia o in altri paesi dell'U.E..

Due (4,16%) di essi non avevano più notizie dei familiari.

Il livello culturale risultava così distribuito tra 29(60,41%) ospiti: 8(16,66%) analfabeti, 4(8,33%) scuola primaria, 4(8,33%) scuola media inferiore, 1(2,08%) scuola superiore, 5(10,41%) diploma di scuola superiore, 3(6,25%) diploma di scuola professionale, 1(2,08%) corso universitario e 3 (6,25%) laurea.

Il lavoro svolto prima dell'arrivo in Italia era rappresentato da: agricoltore 2(4,16%), operaio 8(16,66%), commerciante 2(4,16%) ed 1(2,08%) rispettivamente: operatore turistico, infermiere, insegnante di scuole medie, docente universitario, dirigente amministrativo, medico, psicologo, avvocato, disoccupato ed altri 4(8,33%) non chiari.

In Italia dichiaravano di lavorare 28(58,33%) ospiti : 3(6,25%) come venditore ambulante, 12(25%) operaio (manovale, fabbro ecc.), 2(4,16%) commerciante ed inseriti in un programma lavorativo ACISEL 2 ospiti (4,16%). Tre(6,25%) svolgevano lavori saltuari e 6(12,5%) non avevano mai lavorato.

Oltre la lingua madre 23(47,91%) conoscevano altre lingue: 15(31,25%) l'italiano, 11(22,95%) l'inglese, 3(6,25%) il francese, 3(6,25%) il tedesco ed 1(2,08%) rispettivamente lo spagnolo, il russo, il romeno, l'arabo e tre (6,25%) il turco. Dieci(20,83%) di essi conoscevano più di una lingua oltre quella madre.

Alla richiesta di un loro programma per il futuro rispondevano 21(43,75%) di loro 8(16,66%) dei quali desideravano il ricongiungimento familiare, 8(16,66%) volevano frequentare un corso d'italiano e altri 8(16,66%) volevano frequentare un corso professionale.

Per quel che riguardava il lavoro 12(25%) volevano intraprendere qualsiasi lavoro, 3(6,25%) fare l'operaio, 2(4,16%) il meccanico, 2(4,16%) il muratore, 1(2,08%) l'autista di taxi, 1(2,08%) l'insegnante.

Con quale bagaglio di patologie gli immigrati o rifugiati si presentano alla soglia dell'età pensionabile? Nel presente studio 25(52,08%) di loro presentavano patologie di vario genere. Una (2,08%) sola persona era affetta per ogni singola patologia quale: alcolismo, bradicardia sinusale, bronchite asmatica, dermatite allergica, deviazione del setto nasale, depressione, ematemesi in ulcera duodenale, enfisema polmonare, enterite, ernia iatale, fibrillazione striale, frattura di femore, gastrite, impotenza, infezioni delle vie urinarie, ipertiroidismo, litiasi biliare, litiasi renale, malocclusione dentaria, neuropatia arti inferiori, psoriasi, ustione pregressa della pianta dei piedi (tortura).

Due (4,16%) persone erano affette da: ansia, diabete mellito, epatomegalia, esofagite, Tbc polmonare pregressa, vertigini.

Tre (6,25%) presentavano artrosi e cefalea. Quattro (8,33%) faringite acuta ricorrente e sciatalgia.

Durante la permanenza nel Centro 6(12,50%) ospiti sono stati curati per una o più malattie o sintomi sopra descritti.



## Discussione

Nello studio presente le persone, tutte di sesso maschile, prese in considerazione, hanno età pari o superiore a 50 anni, soltanto 2 soggetti (4,16%) hanno età superiore a 65 anni, considerata nelle nostre regioni come inizio della senilità; pertanto si possono definire di età matura ma non anziani. E' peraltro da tener presente che l'aspettativa di vita nei paesi d'origine può essere notevolmente inferiore a quella delle popolazioni europee (tabelle), per cui è ipotizzabile che anche l'invecchiamento psico-fisico sia anticipato.

Sono emersi due gruppi di ospiti del Centro di Accoglienza, un primo gruppo costituito da 9(18,75%) persone venute in Italia esclusivamente per motivi di lavoro ed un secondo gruppo costituito da 19(29,58%) persone che hanno lasciato il loro paese per motivi politici (3 di essi 6,25% hanno indicato anche motivi economici); 5 (10,41%) non hanno dato una chiara motivazione ma dalle nazioni di provenienza per 2 (4,16%) che vengono dalla Jugoslavia e dall' Iran, si può pensare a ragioni politiche e per 3(6,25%) dall'India, Marocco e Capoverde, si possono ipotizzare ragioni economiche. Gli ospiti del 1° gruppo di età tra 52 e 66,5 anni, sono arrivati in Italia nel periodo di tempo che va dal 1967 al 1990, quindi ancora in età giovanile; 6(12,50%) sono analfabeti, hanno svolto in Italia lavori saltuari, 4(8,33%) al momento sono disoccupati.

La condizione complessiva di costoro appare alquanto precaria per la difficoltà alla loro età di trovare o conservare un lavoro; non hanno ancora un alloggio stabile; soltanto 4(8,33%) di essi possono contare su un sostegno familiare; per qualcuno lo stato di salute pone problemi di assistenza sanitaria.

Non avendo svolto un lavoro continuativo con regolare versamento dei contributi previdenziali non hanno possibilità di accedere al trattamento pensionistico; è quindi da prevedere che in futuro potranno nella migliore delle ipotesi, essere accolti per periodi di tempo limitati nei vari centri di accoglienza, con sempre maggior deterioramento della loro situazione. Per evitare che con il passare degli anni cadano nell'accattonaggio, si potrebbe estendere agli immigrati che si trovano in simile stato, dopo molti anni di permanenza in Italia, il diritto all' "assegno sociale", generalmente corrisposto ai cittadini italiani in stato di bisogno, senza altre pensioni e che abbiano compiuto i 65 anni di età.

L'analfabetismo è senza dubbio un importante fattore negativo per l'inserimento sociale e lavorativo e si pone quindi il bisogno di offrire un'ampia possibilità di frequentare corsi di alfabetizzazione a quanti si trovino in tale condizione.

Alcuni disturbi prevalentemente lamentati da questi ospiti sono patologie da mettere in relazione al tipo di vita condotto ai lavori svolti. Particolarmente compromesso è risultato lo stato di salute di un ospite, già affetto da Tbc polmonare cavitaria, curata presso un ospedale, che per richiamare l'attenzione sulla sua situazione, ha iniziato lo sciopero della fame nel corso del quale è stato colto da ematemesi e ricoverato in ospedale dove è stata riscontrata presenza di esofagite, ernia iatale, ulcera duodenale.

Gli ospiti del 2° gruppo, che hanno lasciato il loro paese per motivi politici, sono arrivati in Italia quasi tutti (n°14 - 29,16%) dopo il 1995; solo 2 sono analfabeti, gli altri hanno un grado d'istruzione variabile dalla scuola primaria alla laurea; conoscono una o più lingue oltre la lingua madre; in Italia hanno svolto per lo più lavori saltuari di manovalanza, non conformi alla loro preparazione culturale; alcuni di essi vorrebbero chiedere il ricongiungimento familiare. Per costoro, una volta che sia stato loro riconosciuto lo status di rifugiato, è necessario trovare un inserimento lavorativo che metta a frutto le specifiche competenze, con particolare considerazione delle conoscenze linguistiche che potrebbe essere utile, ad esempio, per svolgere l'attività di mediatori culturali.

Poiché anche per loro si profila un futuro molto incerto, potendo lavorare in Italia per un numero di anni non sufficiente per la pensione, è auspicabile che possano ottenere il ricongiungimento familiare, in modo da avere un sostegno oltre che affettivo anche economico da parte dei figli quando raggiungeranno l'età della senilità.

Le patologie presentate dagli ospiti di questo gruppo sono per lo più simili a quelle di soggetti della stessa età delle nostre regioni, ma le traversie che hanno affrontato hanno in taluni casi aggravato le condizioni: durante la permanenza nel Centro sono stati ricoverati in ospedale due di essi per diabete mellito scompensato, uno per fibrillazione atriale, sottoposto a cardioversione elettrica, uno per ipertensione arteriosa con elevata variabilità pressoria, uno per accertamenti nel sospetto di riattivazione di Tbc polmonare pregressa: in totale 5 persone di cui uno ricoverato due volte. Anche per esse è da ritenere che il protrarsi di condizioni di vita difficile porti con facilità ad un ulteriore peggioramento dello stato di salute.

Lungi dal ricavare delle cifre statisticamente significative, questo studio vuol essere un primo approccio al problema dell'immigrato e del rifugiato che diventa anziano e che entra in una categoria ove molteplici sono i fenomeni che si possono registrare.

Prima di giungere alla soluzione dei vari problemi che si presenteranno è necessario fare delle considerazioni che riguardano la popolazione anziana. Essa è già in continuo aumento e, come già si sa, l'Italia è considerata un paese ad alto tasso di anziani che già suscita discussioni anche a livello governativo e legislativo in previsione di grossi problemi che si prospettano abbastanza gravi per l'economia del paese. Questo è favorito dal fatto che la durata della vita si è allungata, che il cittadino italiano usufruisce di un'assistenza sanitaria relativamente buona rispetto ad altri paesi e che le condizioni di vita sono migliorate.

Per il cittadino immigrato o rifugiato il quadro è ben diverso: innanzi tutto l'aspettativa della vita nel singolo paese può essere di gran lunga minore di quella europea; spesso non esiste un sistema previdenziale per la vecchiaia che si può costruire durante la vita; alcuni sistemi sanitari sono carenti per strutture, personale ed assistenza adeguata. Anche se alcune di queste esigenze possono essere o vengono affrontate, manca poi la continuità del trattamento per alcune malattie croni-

che e, la qualità della vita igienico- ambientale, non favorisce la protezione per queste persone più fragili.

E' da prevedere che coloro che sono giunti quasi in età pensionabile in Italia, saranno quelli che avranno maggiori disagi economici, mentre i più giovani, entrando tardivamente in tale zona, avranno la possibilità di vivere meglio la propria vecchiaia. Pertanto incomincia ad esser urgente il problema per i più anziani, che se pur pochi, già sin da oggi cominciano a presentarsi alla ribalta.

Prese come campione, le 48 persone considerate sono già in questa categoria e qualcuno ha iniziato ad usufruire di benefici, pur non avendovi contribuito.

Il problema della salute non si pone, perché le leggi sanitarie italiane prevedono già eguale assistenza a quella contemplata per i cittadini italiani, usufruendo anche dei benefici riservati alle persone disagiate (disoccupati o lavoratori a basso reddito, anziani indigenti ecc.).

Per altri aspetti il problema dell'alloggio dell'anziano immigrato può esser simile a quello di alcuni anziani italiani. Se non ricongiunti al nucleo familiare si troveranno ad esser isolati, senza lavoro per l'impossibilità fisica di svolgerlo e pertanto esser costretti, per ragioni economiche, a vivere in condizioni alloggiative precarie. In tali situazioni dovranno dipendere dall'assistenza cittadina e dalla solidarietà di altri, che se pur porta sollievo, non sostituisce un tenore di vita più soddisfacente ed affettivo, aggravato dalla nostalgia e tristezza per la lontananza dai familiari e dalla propria terra che li accompagnerà sino alla morte. Se a qualcuno sarà data la possibilità di un ricongiungimento familiare, l'ultimo periodo della vita sarà più sereno, allietato dalla presenza dei propri cari, dei nipotini e dall'affetto e rispetto per l'anziano che è ancora molto vivo nelle famiglie delle nazioni dalle quali molti immigrati rifugiati provengono. L'aver come sostegno un nucleo familiare lavorativo renderà meno grave l'esistenza dell'anziano.

## **Conclusioni**

Sulla base delle osservazioni effettuate sui "pre-anziani" del Centro ACISEL e sulle prospettive considerate, si crede che siano questi i problemi che dovranno essere affrontati per gli immigrati ed i rifugiati, oggi anziani, e per quelli dei tempi futuri. Tali problematiche dovranno essere affrontate e risolte dalle autorità competenti nell'ambito prima delle leggi migratorie e poi nell'ambito generale delle leggi sulla previdenza e sanità, che periodicamente vengono dibattute dal governo e dagli organi competenti a favore dei cittadini italiani. E' da ricordare che non appena ricevuto un permesso di soggiorno o la cittadinanza, tutti entrano a far parte a pieno titolo dei diritti e doveri dei cittadini italiani e pertanto la distinzione, tra di essi, che si era tenuta in piedi sino a quel punto, si annulla ed il problema delle "differenze" non esiste più.

Si auspica pertanto che già sin da oggi si cominci a prender coscienza di questi problemi e che i legislatori inizino ad appianare la via in questa che può essere

considerata un'integrazione socio-economica-previdenziale per l'odierno immigrato e rifugiato.

### **Bibliografia**

1-CARITAS: Immigrazione: XIII Rapporto sull'immigrazione. Dossier Statistico 2003

## **STUDIO EPIDEMIOLOGICO MULTICENTRICO SIMIT SULLA PREVALENZA DI MALATTIE INFETTIVE IN PAZIENTI IMMIGRATI OSPEDALIZZATI NEL 2002.**

*G. Scotto<sup>1,2</sup>, A. Saracino<sup>1,2</sup>, R. Pempiniello<sup>1</sup>, I. El Hamad<sup>1</sup>, S. Geraci<sup>1</sup>, E. Palumbo<sup>2</sup>, D.C. Cibelli<sup>2</sup>, P.E. Conte<sup>2</sup>, G. Angarano<sup>2</sup>.*

<sup>1</sup>Simit (Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali) Commissione per lo studio delle malattie infettive negli immigrati

<sup>2</sup>Clinica di Malattie Infettive, Università di Foggia

### **Obiettivi**

Nell'ambito del programma della Commissione SIMIT sulle "Problematiche dell'immigrazione ed assistenza agli extracomunitari" è stato condotto uno studio epidemiologico multicentrico di tipo retrospettivo per indagare la prevalenza e le cause di ospedalizzazione di pazienti immigrati nelle U.O. di Malattie Infettive nell'anno 2002.

### **Pazienti e metodi**

L'indagine è stata realizzata mediante la compilazione da parte dei centri di un questionario predisposto relativo al numero e tipologia di ricoveri effettuati in regime ordinario e di day hospital, alla provenienza, età, sesso e stato giuridico dei pazienti immigrati ricoverati; tali dati erano ottenuti mediante consultazione dei registri di ricovero dell'anno 2002.

**RISULTATI:** All'indagine hanno aderito 46 U.O. di Malattie Infettive per un totale di 2255 pazienti screenati, di cui 1571 in regime di ricovero ordinario (RO), corrispondente al 6.8% dell'intera popolazione ospedalizzata e 684 in day-hospital (6.7%- DH).

La maggior parte dei pazienti era di sesso maschile (63%), e la fascia d'età più rappresentata era quella compresa tra i 16 e 40 anni (63.4% dei casi); il 71% degli immigrati erano provvisti di regolare permesso di soggiorno ed iscritti al Servizio Sanitario Nazionale. In relazione alla provenienza, il continente più rappresentato era quello africano (44.3%), mentre il 21.7% dei pazienti proveniva dai Paesi dell'Est-Europa, il 19.7% dall'Asia, il 13.4% dal Sud-America e il restante 0.7% dall'Oceania. Le patologie infettive più frequenti nella popolazione da noi studiata erano l'infezione da HIV (16%), la tubercolosi (13.4%), le epatiti virali (12.5%), le infezioni gastrointestinali (8%) e quelle respiratorie (7%), mentre le malattie più propriamente tropicali costituivano solo il 5.9% del totale. Nell'ambito dei soggetti affetti da HIV, il 24.6% presentavano un AIDS conclamato e le infezioni opportunistiche più frequentemente riscontrate erano la tubercolosi (31.2%), seguita da toxoplasmosi (11%), pneumocistosi (8%) e linfoma non-Hodgkin (8%). Tra le forme tubercolari quella prevalente era la polmonare (71%), seguita dalla forma linfoghiandolare (19%). Le epatiti virali erano così suddivise: 76.6% erano le forme croniche e 23.4% erano acute ed in entrambi i gruppi la eziologia prevalente era

quella HBV-correlata. Le patologie tropicali rappresentavano una limitata proporzione di casi rispetto al totale, con una netta prevalenza della malaria (95 casi), riscontrata soprattutto in pazienti di origine africana. Non sono state riscontrate sostanziali differenze nella distribuzione delle patologie per fasce di età e per sesso; l'infezione da HIV interessava nel 48% dei casi soggetti di sesso femminile. In relazione all'area di provenienza i soggetti di origine africana mostravano una maggiore prevalenza rispetto a quelli provenienti da altre aree geografiche sia per l'infezione da HIV (62.1% di tutti i casi di infezione) che per la tubercolosi (47.5%), mentre sovrapponibili erano i dati per le epatiti, tranne che per i pazienti americani nei quali la prevalenza era modesta.

### **Conclusioni**

Alla luce di questi dati si può concludere che: 1) l'età di ricovero dei pazienti immigrati è tendenzialmente bassa; 2) l'alta prevalenza di patologie quali la malattia tubercolare riflette le scadenti condizioni igienico-sanitarie in cui spesso questi pazienti vivono 3) la percentuale di malattie tropicali riscontrata è estremamente bassa, contraddicendo il luogo comune che considerare l'immigrato come portatore di patologie endemiche nel paese di origine.

## **ASSISTENZA SANITARIA E PROTEZIONE SOCIALE INTERVENTO INTEGRATO PER PROSTITUTE CLANDESTINE**

*Camillo Smacchia\**

### **Servizio Tossicodipendenze\***

*Candida Arzillo, M.Lorena Cordioli, Nicoletta Makovec, Paola Paon, Antonio Pa-  
rolin, Margherita Residori*

### **Consultorio Ginecologico e familiare**

*M.Lucia Gios, Antonella Pietropoli, Therese Shine, Paola Tommasi*

### **Servizio di Coordinamento Stranieri**

*Sofia Di Bella, Gabriella Franzon, Paolo Giavoni*

In Italia e in Europa dalla fine degli anni '80 il fenomeno della prostituzione ha assunto connotazioni diverse dal passato.

Il mercato del sesso ha accolto l'arrivo massiccio di donne immigrate e clandestine di varie nazionalità spesso vittime del traffico di esseri umani a scopo di sfruttamento.

Anche sul territorio dell'ULSS N. 22 si è manifestato in misura crescente il fenomeno della prostituzione migrante straniera, soprattutto in alcuni paesi del lago di Garda e lungo la "tristemente nota" Statale n. 11, strada che, costeggiando il sud-ovest di questo lago, collega Verona a Brescia.

Nel 1996 l'ULSS 22 è intervenuta in modo specifico, innanzitutto promuovendo incontri formativi frutto della collaborazione tra personale della nostra ULSS e operatori del Comitato per i Diritti Civili delle prostitute e rivolto a informare e sensibilizzare quelle strutture istituzionali impegnate in attività di medicina territoriale. In un secondo tempo è stato attivato un ambulatorio per l'assistenza sanitaria, attraverso il progetto denominato "Benessere donna straniera" che aveva lo scopo di prevenire e curare le malattie a trasmissione sessuale, tutelare la maternità e prevenire gli aborti clandestini, garantendo la riservatezza delle utenti attraverso l'anonimato e la gratuità delle prestazioni sanitarie erogate.

Il progetto è tutt'ora operante, vede la partecipazione di un'equipe formata da alcuni operatori professionali del Sert e del Consultorio Ginecologico di Villafranca, nello specifico un medico internista, due infermiere professionali, un medico ginecologa, un'ostetrica, una educatrice e una mediatrice culturale

L'ambulatorio è aperto il martedì pomeriggio dalle ore 13.00 alle ore 16.00; per tutte le pazienti viene compilata una cartella informatizzata concernente dati personali, anagrafici, demografici, modalità di lavoro e registrati gli interventi sanitari.

A tutte le donne viene proposta indagine ematica per la ricerca di eventuali patologie diffusibili (HIV, Epatiti, Sifilide), viene offerta visita medica, visita ginecologica e la tessera sanitaria STP in accordo con le normative regionali.

A tutt'oggi si conta un afflusso al Servizio di circa 650 donne immigrate clandestine, con più di 2300 accessi complessivi, provenienti soprattutto dalla Nigeria, Albania, ex URSS e dagli altri Paesi dell'est europeo.

Nel corso del tempo abbiamo vissuto però con disagio la parzialità della nostra risposta, poichè ci sostituivamo empiricamente ad organi istituzionali vacanti, per colmare la mancanza di iniziative sanitarie e sociali a favore di una popolazione formalmente non riconosciuta e quindi senza diritti.

Per rispondere ai bisogni che via via emergevano abbiamo fatto riferimento a gruppi del privato sociale e del volontariato, soprattutto quando i problemi sollevati si dimostravano particolarmente gravi e pressanti.

Abbiamo avvertito pertanto l'esigenza di raccordarci con figure professionali già coinvolte nell'intervento a persone immigrate e clandestine.

Il passo successivo è stato quello di organizzare incontri con il Servizio di Coordinamento Socio Sanitario per stranieri della nostra ULSS che già si stava attivando, avendo esso recepito le disposizioni legislative dell'articolo 18 del Testo Unico sull'immigrazione.

Si è creato così un gruppo allargato a livello provinciale che ci ha permesso di sviluppare una più fitta rete di collegamento con altre figure istituzionali e un reciproco appoggio, formalizzato dalla stesura e relativa attuazione di un progetto, denominato Artemide, che combina l'assistenza medica e l'intervento di protezione sociale.

Dopo 2 anni di attivazione di questa collaborazione, possiamo affermare che abbiamo innanzi tutto consolidato l'intreccio di un percorso sanitario alla protezione e promozione sociale e umana.

La nostra formazione è risultata pianificata e programmata al fine di contemplare i vari aspetti multidisciplinari e specifici del nostro lavoro con percorsi formativi comuni.

Il progetto Artemide ha inoltre permesso un'osservazione del fenomeno direttamente sulla strada, grazie alla presenza di unità mobili che avvicinano e informano le sex workers con un nuovo incremento degli invii al nostro ambulatorio.

Le nostre utenti, quando oggi entrano nel programma di protezione, sono accolte da una varietà di strutture articolate fra di loro che le garantisce e le rassicura; vivono così con consapevolezza il loro percorso di autonomia ed emancipazione personale, grazie al fatto che è un percorso più completo.

Questo progetto sottolinea la possibilità della fattiva collaborazione tra l'Istituzione pubblica e il privato sociale, ne riconosce le reciproche valenze e ricchezze e la molteplicità di risorse che ne vengono così attivate.

Auspichiamo infine che, esperienze come queste, non rimangano fine a sè stesse sull'onda di una particolare emergenza, ma rappresentino l'esempio per attivare nuove iniziative, non solo rivolte alla tutela della salute, ma anche alla difesa dei diritti umani, contro una schiavitù sempre più intensa, allargata e strisciante, come la nostra coscienza civile ci impone.



Nel corso della presentazione dei lavori congressuali della Consensus Conference di Lampedusa, maggio 2004, verranno comunicati i dati epidemiologici rilevati in questi 8 anni complessivi di attività e le risultanze dei 2 anni relativi all'intervento sociale per le donne che hanno chiesto protezione e uscita dal giro della prostituzione.

Un personale ringraziamento infine alla preziosa disponibilità e fine competenza dei colleghi Riccardo Raiteri e Giovanni Di Perri della Clinica di Malattie Infettive dell'Università di Torino, Antonio Boschini della Comunità di San Patrignano e Diego Serraino dell'INMI Spallanzani di Roma, che hanno permesso l'elaborazione e la stesura dei dati raccolti in questi anni.

## **RICERCA SUL DISAGIO PSICO-SOCIALE NEGLI IMMIGRATI AFFERENTI AD UN CENTRO DI SALUTE INTERNAZIONALE DELL'ASL DI BRESCIA: OSSERVAZIONI PRELIMINARI**

*S. Antonelli\**, *M.C. Pezzoli\*<sup>o</sup>*, *C. Scarcella\**, *A.M. Indelicato\**, *M. Mazzetti<sup>^</sup>*,  
*D. Cecchi\**, *W. Ielasi\**, *I. El-Hamad\*<sup>o</sup>*

\*Centro di Salute Internazionale e di Medicina Transculturale dell'ASL di Brescia  
<sup>o</sup> Dipartimento di Malattie Infettive, Spedali Civili di Brescia  
<sup>^</sup> Servizio di etnopsichiatria, associazione "Terrenuove", Milano

### **Introduzione**

La complessità del percorso migratorio, lo stress da transculturazione, la lontananza dagli affetti, la mancanza di reti sociali di riferimento e le difficili condizioni di vita potrebbero costituire, nel soggetto immigrato, una vulnerabilità psicologica e sociale con eventuale rischio di evoluzione in disagio psichico e/o emarginazione sociale. La mancanza di punti di riferimento tende ad isolare i soggetti immigrati, a ritardarne l'integrazione sociale e la parità di fruizione dei servizi socio-sanitari (spesso sotto-utilizzati) fra italiani e stranieri. La condizione di irregolarità giuridica o di clandestinità può presentarsi inoltre, come ulteriore fattore aggravante il benessere generale di tale popolazione. Di recente è stata inclusa, nell'organico del Centro di Salute Internazionale dell'ASL di Brescia, dedicato prevalentemente agli immigrati irregolari e clandestini, la figura professionale dello psicologo ed istituita un'indagine specifica rivolta alla rilevazione delle componenti psicosociali dell'utenza afferente.

### **Obiettivi:**

- Raccogliere in modo completo e strutturato dati e conoscenze sulle caratteristiche psicosociali relative all'utenza.
- Identificare possibili fattori di rischio per la salute psicofisica della popolazione immigrata afferente al servizio.
- Ricavare indicatori in grado di suggerire strumenti per migliorare e accrescere il contatto con l'utenza, nell'ottica di un approccio transculturale e interdisciplinare.

### **Materiale e metodi**

Si tratta di uno studio su popolazione aperta, reclutata in modo casuale tra gli utenti dell'ambulatorio del Centro di Salute Internazionale. Ipotizzando che il soggetto immigrato, irregolare e clandestino, versi in difficili condizioni socioeconomiche e che tali elementi, associati alla difficoltà di far fronte al progetto migratorio e alle dure condizioni di vita possano condurre ad un disagio psicosociale, ci si propone di rilevare tali aspetti in un quadro organico e strutturato che tenga conto di: alcune caratteristiche socio-

demografiche (nazione di provenienza, percorso migratorio, grado d'istruzione, condizione lavorativa e familiare), alcune caratteristiche psico-socio-sanitarie (progetto migratorio, processo di acculturazione, il credo religioso, l'accesso ai servizi sanitari) e alcuni indici di malessere psicologico. Al fine di costruire tali conoscenze, a tutti i pazienti afferenti al CSI a partire dal 7 gennaio 2004, è stata proposta ad opera di una psicologa, un'intervista strutturata (costruita *ad hoc*), denominata IPSI-BS-40, di rilevazione degli aspetti psico-socio-sanitari e uno strumento di valutazione del malessere psicologico, il Self Reporting Questionnaire (SRQ). L'SRQ, costituito da 20 item, è uno strumento di screening per la rilevazione del rischio di morbidità psichiatrica utilizzato in indagini cross-culturali e ideato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Esso, nella versione utilizzata, indaga sintomatologie di tipo depressivo, d'ansia e di somatizzazione. I dati che presentiamo costituiscono un'elaborazione preliminare dei primi, parziali rilevamenti. Verranno pertanto di seguito riportati, oltre alle generali caratteristiche del gruppo dei partecipanti allo studio, solo alcuni fra i dati, relativi a specifiche aree di indagine, considerate maggiormente significative, a questo punto del percorso di ricerca. L'analisi dei dati è stata effettuata mediante l'utilizzo del programma di analisi statistica SPSS versione 11.5.

## **Risultati**

Nel periodo compreso tra gennaio e aprile 2004 sono stati arruolati 180 soggetti. Il 47.2% di questi è di genere maschile e il 52.8% di genere femminile (tabella 1), conferma dell'ormai omogenea distribuzione degli immigrati fra i due sessi. L'età dei soggetti si distribuisce in gran parte nella fascia tra i 20-29 anni (42%) e in quella tra i 30-39 anni (38%) (tabella 2). Le aree di provenienza maggiormente rappresentate sono: Europa dell'Est (38%), Africa sub-sahariana (36%, principalmente Senegal e Nigeria), Nord-Africa (11 %), Asia (9%, soprattutto Pakistan) e Centro-Sud America (6%) (tabella 3). Il periodo di immigrazione non è complessivamente breve (media totale: 25 mesi, mediana 15,40 mesi): 40% sono i soggetti in Italia da un periodo fra i 6 e i 18 mesi, ma rilevante è il gruppo di coloro che sono da poco emigrati (< 6 mesi, 21%), così come quello di coloro che sono in Italia da più tempo (18-36 mesi, 25%, > 36 mesi 14%) (tabella 4).

La popolazione si colloca ad un livello di scolarità elevato, avendo, il 42%, frequentato dai 9 ai 12 anni di scuola e il 26% più di 12 anni: il 68% ha quindi una scolarizzazione di livello medio-superiore o universitario (tabella 5). La maggioranza non è coniugata (celibe/nubile 52%; coniugato/a 42%) (tabella 6). Fra i coniugati alta è la percentuale di chi vive separato dalla famiglia e solo un quinto circa degli intervistati coniugati, infatti, convive in Italia con il proprio nucleo fami-

liare (tabella 7). Da tale situazione, percepita come difficoltosa deriva il desiderio di poter attuare un ricongiungimento familiare, espresso dal 30% dei soggetti.

Alla precarietà della condizione familiare va addizionata quella lavorativa (tabella 9): la maggior parte dei soggetti infatti è disoccupata (63%), il 26% dichiara di avere un'occupazione fissa e solo il 5% può far riferimento ad un'occupazione precaria.

Un altro dato degno di interesse riguarda la presenza di un 24% dei partecipanti all'indagine in possesso di permesso di soggiorno valido o in corso di rinnovo che avrebbero quindi diritto all'iscrizione al SSN; di questi soltanto 4 (2,2%) risultano effettivamente iscritti, denunciando perciò una consistente difficoltà ad avvalersi di un diritto riconosciuto (tabella 8).

Il progetto migratorio risulta essere per la grande maggioranza degli stranieri di tipo economico (70%), cui vanno però aggiunti per un complessivo 16,1% ragioni legate alla presenza di familiari (7,8%) o di ricongiungimento familiare (8,3%). Se all'inizio del percorso migratorio, la maggioranza dei partecipanti pensava di fermarsi in Italia temporaneamente (“meno di 2 anni” 33,9%; “meno di 10 anni” 28,9%) e solo il 21% desiderava fermarsi “per sempre”, al momento dell'intervista 85 (47,2%) sono gli stranieri che intendono fermarsi in Italia, mentre 65 (36,1%) desiderano tornare nel proprio paese: sembrerebbe avvenuta perciò una ristrutturazione del progetto migratorio, alla luce dell'esperienza di vita fatta in Italia.

Degne di nota risultano essere le ragioni che motivano la scelta di Brescia come città di residenza: per il 37% tali motivi sarebbero connessi alla presenza di amici, così come di familiari per un altro 37%. L'esistenza di tali relazioni è indice della costruzione di reti di riferimento fra connazionali che sembrano attualmente muovere e orientare, in gran parte, i flussi e sono quindi il segno di una ormai avvenuta strutturazione del fenomeno migratorio. Sempre questa rete, familiare e amicale, va considerata come primario riferimento, all'ingresso nella città ospitante (aiuti all'arrivo a Brescia: 40% familiari, 38% amici).

Relativamente alla percezione delle condizioni di salute rispetto alla partenza, si pone in rilievo come essa sia considerata dal 49% dei soggetti peggiorata, migliorata dal 14% e rimasta invariata dal 37% (tabella 10). Queste rilevazioni correlano con i punteggi del SRQ: vi è infatti una differenza statisticamente significativa tra i risultati di coloro che considerano peggiorate le proprie condizioni di salute e quelli di chi le percepisce come rimaste identiche ( $p. < 0,0001$ ). Un indice di significatività si ricava anche riguardo alla percezione di un'eventuale variazione delle personali condizioni psicologiche (peggiorate 56%; rimaste identiche 18%; migliorate 26%), in particolare nei punteggi di coloro che stanno psicologicamente peggio, maggiori sia di chi non avverte variazioni ( $p. < 0,0001$ ), che di chi le percepisce migliorate ( $p. < 0,006$ ) (tabella 11). Il punteggio dello strumento psicodiagnostico è inoltre significativamente maggiore tra chi percepisce la realtà incontrata in Italia peggiore, in relazione alle proprie aspettative (58,9%), rispetto a chi la giudica uguale (18,3%) o migliore (19,4%) ( $p. < 0,0001$ ), e tra chi evidenzia una percezione

negativa del proprio cambiamento in Italia (25%) rispetto a chi non si sente cambiato ( $p < 0,003$ ) o cambiato in meglio ( $p < 0,049$ ) (Tabella 12 e 13).

### **Discussione**

Da una prima analisi, si può osservare che il gruppo dei soggetti considerato è caratterizzato in gran parte da irregolarità giuridica, versa in condizioni per lo più di disoccupazione o precarietà lavorativa e di importante separazione dal proprio nucleo familiare, fattori generalmente considerati di rischio per la salute psichica. Un altro fattore riconosciuto come elemento di rischio è la prolungata permanenza in condizioni di irregolarità, che interessa una quota importante del campione.

Tra gli elementi riconosciuti come protettivi dalla letteratura, viceversa, è da considerare l'elevata scolarizzazione media degli intervistati e la presenza di consistenti reti di sostegno: la fase pionieristica dell'immigrazione è da considerarsi ormai superata, e questi dati del territorio bresciano sembrano pienamente confermarlo.

Un segnale di particolare rilievo per quanto riguarda il diritto alla salute viene dall'ampia quota di intervistati che, pur avendone pieno diritto, non risultano iscritti al Sistema Sanitario Nazionale: dato allarmante che suggerisce la necessità di iniziative attive per favorire l'inclusione di tutti in percorsi virtuosi per la salvaguardia della salute.

I risultati degli incroci tra alcune variabili e il SRQ, infine, evidenziano come i punteggi di quest'ultimo correlino positivamente e significativamente con la percezione soggettiva di malessere psicologico, e con altri indicatori che possono essere un segnale indiretto (la percezione della realtà italiana, ad esempio). Queste osservazioni sembrano suggerire l'efficacia dello strumento come indicatore (sia pure generico) delle condizioni di salute psichica. E' verosimilmente auspicabile quindi che, con l'aumento della dimensione campionaria, possano aumentare anche le correlazioni statisticamente significative con altri parametri considerati.

I dati preliminari sin qui considerati sembrano quindi da un lato confermare alcune premesse presenti nel rationale dell'indagine, e dall'altro suggerire che il disegno sperimentale costruito possa effettivamente essere in grado di misurare, quando verrà raggiunta la dimensione campionaria prevista, almeno alcuni dei fattori in grado di influire sulla salute psicologica degli intervistati. Promettono inoltre di poter indicare elementi di tipo socio-demografico in grado di far luce sulle condizioni di vita dei pazienti afferenti all'ambulatorio, e di suggerire quindi opportuni interventi di tutela.

**Tabelle: Indagine sul disagio psico-sociale, C.S.I. ASL di Brescia (Gennaio-Aprile 2004)**

**N = 180 soggetti**

**Tab.1 Distribuzione per genere**

	<i>N° Risposte</i>	<i>Percentuale %</i>
F	95	52,8
M	85	47,2
Totale	180	100,0

**Tab. 2 Classi di età**

	<i>N° Risposte</i>	<i>Percentuale %</i>
< 19 anni	6	3
20-29 anni	75	42
30-39 anni	68	38
40-49 anni	20	11
> 50 anni	10	6
Totale	180	100,0

**Tab. 3 Area provenienza**

	<i>N° Risposte</i>	<i>Percentuale %</i>
Est Europa	68	38
Africa sub-sahariana	64	36
Nord- Africa	21	11
Asia	17	9
Centro-Sud America	10	6
Totale	180	100,0

**Tab 4 Tempo trascorso dall'emigrazione dal paese di origine**

	<i>N° Risposte</i>	<i>Percentuale %</i>
< 6 mesi	37	21
6-18 mesi	73	40
18-36 mesi	45	25
> 36 mesi	25	14
Totale	180	100,0

**Tab 5 Anni di scolarità**

	<i>N° Risposte</i>	<i>Percentuale %</i>
0-5 anni	16	9
6-8 anni	41	23
9-12 anni	76	42
> 13 anni	47	26
Totale	180	100,0

**Tab. 6 Stato civile**

	<i>N° Risposte</i>	<i>Percentuale %</i>
Celibe/nubile	93	52
Coniugato/a	76	42
Divorziato/separato	8	4
Vedovo/a	3	2
Totale	180	100,0

**Tab.7 Condizione familiare**

	<i>N° Risposte</i>	<i>Percentuale %</i>
Coniuge e figli altra città italiana	3	4
Coniuge e figli in patria	54	72
Coniuge in un altro paese	1	1
Vive con coniuge	13	17
Vive con coniuge e figli	4	5
Vive con i genitori	1	1
Totale	76	100.0

**Tab.8 Condizione giuridica e Iscrizione SSN**

	<i>N° Risposte</i>	<i>Percentuale %</i>		<i>N° Risposte</i>	<i>Percent.</i>
Irregolare	129	72	Non iscritto	162	90
P. soggiorno va- lido	32	18	Tessera scadu- ta	13	7
Ricevuta p.sogg.	10	5	Iscritto	4	3
P. soggiorno scaduto	9	5			
Totale	180	100,0	Totale	180	100.0

**Tab. 9 Condizione lavorativa**

	<i>N° Risposte</i>	<i>Percentuale %</i>	<i>Media SRQ</i>
Disoccupato	98	54	7,09
Occupazione fissa	32	17	7,38
Occupazione precaria	49	27	7,67
Altro	2	1	8,50
Totale	180	100,0	

**Tab. 10 Relazione tra SRQ e condizioni fisiche**

	<i>N° Risposte</i>	<i>Percentuale %</i>	<i>Media SRQ</i>	<i>- p value-</i>
Peggiorate	89	49	8,46	migliorate 0,404 rimaste identiche 0,000
Rimaste identiche	66	37	5,84	peggiorate 0,000 migliorate 0,276
Migliorate	25	14	7,29	peggiorate 0,404 rimaste identiche 0,276
Totale	180	100,0	/	

**Tab.11 Relazione tra SRQ e condizioni psicologiche**

	<i>N° Risposte</i>	<i>Percentuale %</i>	<i>Media SRQ</i>	<i>- p value-</i>
Peggiorate	102	56,0	8,47	migliorate 0,008 rimaste identiche 0,000
Rimaste identiche	32	18	5,19	peggiorate 0,000 migliorate 0,395
Migliorate	46	26	6,23	peggiorate 0,008 rimaste identiche 0,395
Totale	180	100,0	/	



**Tab 12 Relazione tra SRQ e differenza con le aspettative di vita in Italia**

	<i>N° Risposte</i>	<i>Percentuale %</i>	<i>Media SRQ</i>	<i>- p value-</i>
Vita peggiore aspettative	106	58,9	8,23	migliore asp. .215 uguale asp. 0,000
Vita uguale a- spettative	33	18,3	5,09	peggiore asp. ,000 migliore asp. ,128
Vita migliore a- spettative	35	19,4	6,94	peggiore asp. 0,215 uguale asp. 0,128
Totale	174	100,0	/	

**Tab. 13 Relazione tra SRQ e percezione di cambiamento personale**

	<i>N° Risposte</i>	<i>Percentuale %</i>	<i>Media SRQ</i>	<i>- p value-</i>
Si, in peggio	45	25,0	8,96	migliorate 0,049 rimaste identiche 0,003
No	58	32,2	6,29	peggiorate 0,003 migliorate 0,445
Si, in meglio	71	39,4	7,15	peggiorate 0,049 rimaste identiche 0,445
Totale	174	100,0	/	

## **ESPERIENZA DI MEDIAZIONE INTERCULTURALE ED ORIENTAMENTO SOCIO-SANITARIO AL CENTRO DI SALUTE INTERNAZIONALE E MEDICINA TRANSCULTURALE DELL'ASL DI BRESCIA**

*G. Ilaria\**, *M.C. Pezzoli\*<sup>o</sup>*, *I. El-Hamad\*<sup>o</sup>*, *A.M. Indelicato\**, *F. Kalim Siddiqui\**,  
*E. Nchuinang Ngassa\**, *C. Scolari\**, *C. Scarcella\**

\*Centro di Salute Internazionale e di Medicina Transculturale dell'ASL di Brescia  
<sup>o</sup> Dipartimento di Malattie Infettive-Spedali Civili di Brescia

### **Introduzione**

Le strutture e gli operatori socio-sanitari nel nostro paese hanno dovuto confrontarsi con l'afflusso sempre più crescente di pazienti stranieri. L'accesso e l'uso dei servizi da parte degli immigrati, pone agli operatori nel luogo d'incontro temi di riflessione inediti. Le interazioni che si stabiliscono quotidianamente tra operatori e strutture sanitarie da una parte e gli immigrati sia regolari che irregolari dall'altra, presentano indubbiamente numerose difficoltà a diversi livelli. Oltre a quelle di carattere socio-culturale e linguistico-comunicative, si registrano di sovente altre problematiche legate alla applicazione delle norme legislative concernenti l'assistenza sanitaria agli immigrati e alla conoscenza del profilo sanitario e dei fattori di rischio per la salute del migrante. In questo settore, la mediazione interculturale ha svolto senza dubbio un ruolo importante, tuttavia permangono ancora molti punti critici e, nonostante gli evidenti progressi conquistati negli ultimi anni, l'integrazione socio-sanitaria del migrante appare oggi una sfida ancora da vincere.

### **Obiettivo**

Illustrare l'esperienza di mediazione ed orientamento socio-sanitario svolta al Centro di Salute Internazionale e di Medicina Transculturale dell'ASL di Brescia (CSI) e valutazione del ruolo dei mediatori linguistico-culturali nella complessa tematica di gestione dell'accesso alle strutture e della fruizione delle prestazioni sanitarie da parte dei pazienti immigrati.

### **Materiali e metodi**

A partire dal 01 aprile 2002, le attività del Centro di Salute Internazionale e di Medicina Transculturale dell'ASL di Brescia, hanno previsto l'offerta di un servizio di mediazione linguistico-culturale (MLC) permanente. La scelta dei mediatori utilizzati con contratto a progetto, è stata effettuata in base delle esigenze emerse in rapporto alla tipologia e provenienza dei pazienti utenti del Centro. I tre MLC attualmente in servizio sono in grado di esprimersi in italiano, inglese, francese, arabo, urdu, punjabi e cinese, e per la loro formazione specifica, è stato realizzato un apposito corso di aggiornamento della durata di 20 ore, in tema di "mediazione interculturale in ambito socio-sanitario". L'attività di mediazione è stata condotta in

stretta collaborazione con gli altri operatori sanitari della struttura ed è stata articolata in tre fasi interconnesse:

- fase iniziale di accoglienza, verifica della posizione giuridico-sanitaria e della iscrivibilità del soggetto al Sistema Sanitario Nazionale/Regionale (SSN/R) e offerta di informazioni socio-sanitarie di carattere generale e sui meccanismi di accesso e funzionamento del CSI;
- fase intermedia di vera e propria mediazione interculturale durante l'accettazione infermieristica e la visita medica, su richiesta del paziente o dell'operatore sanitario;
- fase finale di orientamento socio-sanitario e legale amministrativo, volta a favorire l'iscrizione al SSN/R ed incrementare le conoscenze dei pazienti sulle caratteristiche e modalità di funzionamento della strutture sanitarie per agevolare i successivi percorsi diagnostico-terapeutici. In questa fase sono state utilizzate le linee guida per l'iscrizione al SSN/R dei soggetti stranieri prodotte dall'Azienda Sanitaria di Brescia.

Per la rilevazione quantitativa e qualitativa della attività e per la valutazione del ruolo dei MLC, è stata predisposta una scheda raccolta dati, successivamente archiviata in uno specifico database elettronico (mediante il sistema informatico di Microsoft Access 2000), connesso funzionalmente all'archivio centrale della struttura. L'intervento dei MLC è stato offerto a tutti i soggetti osservati e la scheda di raccolta dati è stata compilata soltanto per i soggetti che hanno accettato l'offerta, esprimendo un consenso informato verbale. I dati ottenuti sono stati analizzati, mediante il programma di analisi statistica SPSS versione 11.5, in riferimento ai seguenti parametri: data e luogo di nascita, sesso, epoca d'immigrazione in Italia, condizione giuridica, precedente iscrizione al SSN, modalità di accesso al CSI, informazioni richieste dal paziente ed azione mediatrice effettuata.

## **Risultati**

Tra i 5391 pazienti osservati al CSI negli ultimi due anni, i destinatari dell'intervento dei MLC sono stati 2.402 soggetti (46%), di cui 1.410 maschi (58,7%) e 992 femmine (41,3%), con una età mediana di 29 anni e un tempo mediano di permanenza in Italia di 17 mesi. Le aree di provenienza (tabella 1) sono state: Africa nel 46,6%, Europa nel 31,9%, Asia nel 16,3% e centro-sud America nel 5,2% dei casi. I primi dieci paesi di provenienza sono stati (grafico 1): Senegal (16,3%), Ucraina (10,1%), Nigeria (9,9%), Pakistan (8,3%), Romania (7%), Moldavia (6,9%), Egitto (5,8%), Marocco (5,4%), Albania (4,2%), Ghana (2,7%). La maggioranza delle donne (54,2%) proveniva dall'Europa dell'Est; in particolare Ucraina, Moldavia e Romania, mentre quella degli uomini (56,7%) dall'Africa; soprattutto Senegal e Pakistan (grafico 2). La lingua maggiormente utilizzata nell'incontro è stata l'italiano (72,6% dei casi). Solo il 57,2% dei pazienti era effettivamente non in possesso di un regolare permesso di soggiorno, mentre pressoché la totalità (94,1% dei casi) non era iscritto al SSN. La maggior parte dei soggetti (68%) è venuto a

conoscenza del CSI da amici e/o parenti, mentre il 25,8% è stato inviato da Ospedali o da altre strutture assistenziali pubbliche e/o private. Per quanto riguarda le informazioni maggiormente richieste durante la prima fase di mediazione, la totalità degli immigrati (100%) hanno espresso il desiderio di conoscere meglio le modalità di accesso e fruizione delle strutture socio-sanitarie di Brescia e Provincia, il 16,2% ha ricevuto chiarimenti sulla iscrizione/reiscrizione al SSN/R, il 26,5% sulle problematiche di carattere sociale e legale e solo il 3,3% ha richiesto una mediazione linguistico-culturale. Complessivamente il 71,6% del tempo-lavoro dei MLC è stato dedicato all'attività di orientamento socio-sanitario e legale amministrativo, mentre il 22,4% è stata utilizzato per la mediazione linguistico-culturale.

**Tabella 1: attività di mediazione interculturale**

<b>Scheda rilevazione attività di mediazione interculturale Aprile 2002 - Aprile 2004</b>	
Numero soggetti contattati	2.402
Sesso	Maschi = 1.410 (58,7%) - Femmine = 992 (41,3%)
Tempo mediano in Italia	17 mesi (range 3 – 82)
Lingua usata nell'incontro	Italiano = 72,6%, Francese = 9,2%, Arabo = 7,3%, Inglese = 7,3%, Urdu = 2%, Punjabi = 0,4%, Cinese = 0,7%, altro = 0,5%
Provenienza	Africa = 1.116 (46,6%), Europa = 764 (31,9%) Asia = 391 (16,3%) Centro – Sud America = 126 (5,2%), Medio Oriente = 5 (0,2%)
Stato giuridico del soggetto	Clandestino = 57,2% In possesso di regolare permesso di soggiorno = 12,1% In attesa di primo/rinnovo premesso di soggiorno = 29,6% Altro = 1%
Iscrizione SSN	Non iscritto = 1.718 (94,1% su 2294?) Iscritto = 43 (1,8%) Tessera sanitaria scaduta = 92 (4% su 2294)
Inviato all'Ambulatorio da	1) Amici e/o Parenti = 1.634 (68%) 2) Strutture assistenziali: 621 (25,8%), di cui: Ospedali e strutture sanitarie = 570 (91,8%), Enti pubblici = 24 (3,9%), Enti sociali = 27 (4,3%) 3) Datore di lavoro = 48 (2%) 4) Da solo = 89 (4%) 5) Altro = 10 (0,4%)
Tipo di informazione richiesta	Modalità di iscrizione al SSN/rinnovo tessera sanitaria = 16,2% Orientamento sanitario e fruizione dei servizi sanitari = 100% Orientamento sociale-legale = 26,5% Mediazione linguistico-culturale = 3,3%
Tempo mediazione	Orientamento ai servizi del SSN e all'iscrizione/reiscrizione al SSN = 71,6% Mediazione linguistico – culturale = 22,4 %

### Primi 10 paesi di provenienza. Tot. 2402 pazienti

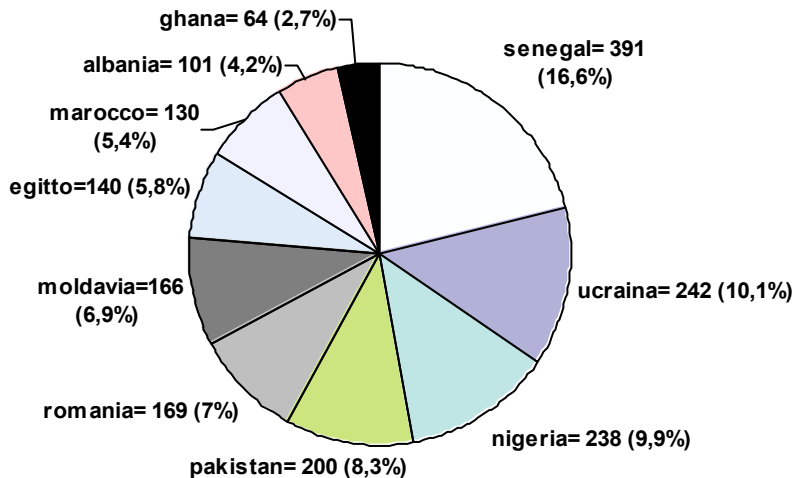


Grafico 1

### Sesso: stratificazione per continente

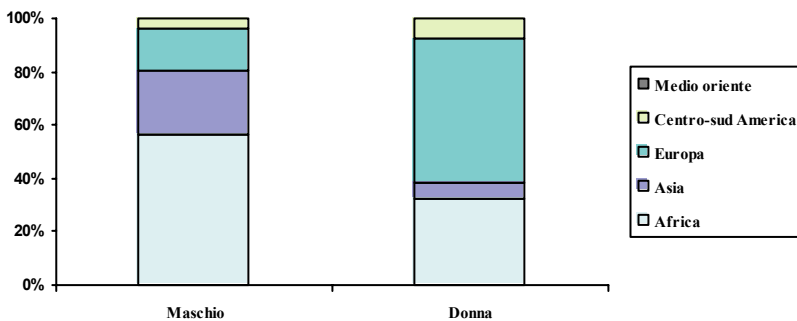


Grafico 2

## **Commenti**

Pur con i limiti imposti dalla difficoltà di definizione del ruolo della mediazione interculturale in ambito socio-sanitario e dal carattere preliminare dell'analisi di questi dati, i risultati dell'indagine permettono alcune considerazioni. In primo luogo, il profilo dell'utenza che accede al nostro servizio di mediazione è caratterizzato da soggetti giovani, di entrambi i sessi, con un periodo di permanenza in Italia relativamente lungo, in grado di comprendere e parlare la lingua italiana e vive in condizioni di clandestinità sanitaria. L'intervento dei mediatori culturali nella struttura sanitaria, espressamente richiesto da circa la metà dei pazienti, appare utile e può esercitare un effetto di richiamo sulla popolazione immigrata potenzialmente raggiungibile. Tuttavia nella nostra esperienza, la fonte principale dell'informazione circa la sua esistenza non è rappresentata dai canali ufficiali della struttura pubblica, ma dal "passa parola" tra gli immigrati stessi e dai contatti a livello intracomunitario. Di conseguenza, una migliore diffusione dell'informazione e maggiore utilizzo dei MLC, può contribuire ad incrementare l'afflusso dei pazienti e migliorare l'azione filtro delle strutture territoriali, con ripercussioni positive dal punto di vista della qualità e dei costi dell'assistenza sanitaria. Infine, la complessità del fenomeno migratorio e le persistenti difficoltà nell'applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria agli immigrati giustificano l'utilizzo, almeno in fase iniziale, della figura professionale del consulente-orientatore al corretto e razionale uso delle strutture sanitarie, con sicuro impatto sulla riduzione della clandestinità sanitaria.

## **ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA AGLI IMMIGRATI A BRESCIA: IL CENTRO DI SALUTE INTERNAZIONALE E MEDICINA TRANSCULTURALE DELL'ASL DI BRESCIA**

*C. Scarcella\**, *A.M. Indelicato\**, *F. Lonati\**, *D. Cecchi\**, *G. Valenti*<sup>o</sup>, *C. Scolari\**,  
*F. Roda\**, *G. Boschi\**, *M.C. Pezzoli\**<sup>^</sup>, *I. El-Hamad\**<sup>^</sup>

\*Azienda Sanitaria Locale di Brescia

<sup>^</sup>Dipartimento di Malattie Infettive - Spedali Civili di Brescia

<sup>o</sup>Comune di Brescia - Ufficio stranieri

### **Introduzione**

Nel panorama nazionale, la Provincia di Brescia rappresenta attualmente un'area ad alta pressione migratoria. Si stima infatti che circa 130.000 immigrati siano attualmente presenti sul territorio provinciale, con una prevalenza sulla popolazione generale superiore al 10%, di gran lunga superiore la dato nazionale (4.2%). Nella Città di Brescia, dopo l'ultima regolarizzazione, la percentuale di immigrati sulla popolazione totale è aumentata ulteriormente senza includere gli immigrati ancora in condizioni di clandestinità. L'area bresciana continuerà a rappresentare nei prossimi anni un polo di attrazione preferenziale per i flussi migratori a causa delle migliori condizioni economico-finanziarie e delle maggiori opportunità di lavoro. La grande mobilità umana e lo spostamento dell'economia dalla scala nazionale a quella mondiale ha prodotto modificazioni di grande portata anche sul piano della salute. La "produzione" di salute dovrebbe essere portata avanti da uno sforzo organizzato della società che inizia a livello locale per finire a livello globale. Per poter affrontare e vincere le sfide della globalizzazione della salute, è necessario delineare i nuovi modelli organizzativi dei servizi, le specifiche competenze degli operatori, le modalità operative, le priorità delle attività da svolgere. Ma, al di là delle misure organizzative, si avverte la necessità di una nuova cultura in ambito di salute pubblica, non solo nelle sue basi scientifiche, quanto nella presenza di uno spirito di servizio tendente verso il miglioramento delle condizioni sanitarie e sociali per tutta la popolazione, in particolare nelle società multietniche occidentali, fortemente investite da crescenti movimenti migratori e continui processi di trasformazione.

### **Quadro normativo e assistenza sanitaria agli immigrati a Brescia.**

Nonostante la legislazione italiana in tema di immigrazione abbia recentemente regolamentato le modalità di assistenza sanitaria, sia per gli immigrati regolari sia per gli immigrati irregolari "Stranieri Temporaneamente Presenti" (STP), si registra attualmente una situazione di problematico o inappropriato utilizzo delle strutture sanitarie. Ciò è verosimilmente in relazione alla persistenza di una realtà di bassa iscrizione al Sistema Sanitario Nazionale (SSN) da parte degli immigrati regolari ed alla difficoltosa applicazione della normativa concernente l'assistenza agli immigrati irregolari o comunque non iscritti al SSN. Entrambe le tipologie di immigrati non sono state oggetto di specifiche campagne di informazione mirate a far

conoscere i contenuti della nuova normativa e le modalità di iscrizione e fruizione dei servizi sanitari. Inoltre, non sono state intraprese negli ultimi anni sufficienti iniziative di adeguamento delle stesse strutture sanitarie alla nuova utenza e di informazione e formazione degli operatori e del personale coinvolti nelle tematiche di assistenza socio - sanitaria agli immigrati.

Secondo la normativa nazionale, l'assistenza sanitaria alle persone straniere presenti sul territorio nazionale italiano è regolamentata dalla Legge n. 40 del 6 marzo 1998 poi confluita nel D.L. 286 del 25 luglio 1998 "*Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero*". I principi e le disposizioni contenute in questo Decreto hanno poi trovato maggiore concretezza applicativa con l'emanazione del DPR n. 394 del 31 agosto 1999 e con la Circolare del Ministero della Salute n. 5 datata 24 marzo 2000. Anche il Piano Sanitario Nazionale 2002 – 2004, dedica uno spazio specifico al tema della salute degli stranieri immigrati e, al pari dei documenti programmatici relativi alla politica dell'immigrazione e degli stranieri, predisposti dal Governo, enfatizza l'importanza dell'accessibilità ai Servizi Sanitari come elemento chiave per una progressiva integrazione sociale. Infine, la stessa legge Bossi-Fini sull'immigrazione ha mantenuto intatti gli articoli contenuti nelle precedenti leggi riguardanti l'assistenza sanitaria agli immigrati. Le disposizioni di legge, che garantiscono a parità di condizione con il cittadino italiano, il diritto all'assistenza per tutti i soggetti stranieri iscritti al Sistema Sanitario Nazionale (stranieri regolarmente soggiornanti con regolari attività lavorative o di studio) e per i loro familiari, disciplinano al contempo la tipologia di prestazioni sanitarie erogabili al soggetto straniero non regolarmente iscritto al Sistema Sanitario Nazionale. Il complesso di tali norme stabilisce che ai cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale, *non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno*, sono assicurate, nei presidi pubblici ed accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva. Sono, in particolare garantiti: la tutela sociale della gravidanza e della maternità, a parità di trattamento con le cittadine italiane, ai sensi delle leggi 29 luglio 1975, n. 405, e 22 maggio 1978, n. 194, e del decreto del Ministro della sanità 6 marzo 1995, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 87 del 13 aprile 1995, a parità di trattamento con i cittadini italiani; a) la tutela della salute del minore in esecuzione della Convenzione sui diritti del fanciullo del 20 novembre 1989, ratificata e resa esecutiva ai sensi della legge 27 maggio 1991, n. 176; b) le vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di campagne di prevenzione collettiva autorizzati dalle regioni; c) gli interventi di profilassi internazionale; d) la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai.

L'esperienza di molte strutture operanti da anni in questo campo ci dimostra che gli immigrati sono persone sostanzialmente in buona salute all'arrivo, in ragione di una naturale selezione al momento della partenza. Tra tutti i potenziali migranti nel



paese d'origine, partono quelli che sono in grado di sopportare il costo fisico, economico, affettivo e psicologico del progetto. Si tratta quindi generalmente di soggetti sani, giovani, motivati, istruiti e in grado di parlare o apprendere più lingue. Tale osservazione è indirettamente confermata anche dalla constatazione che, nella maggior parte dei casi, la prima richiesta di assistenza sanitaria da parte degli immigrati viene espressa in un momento nettamente distinto dall'arrivo in Italia. Si tratta del cosiddetto "intervallo di benessere", che nelle diverse esperienze nazionali risulta non inferiore mediamente ai 12-18 mesi. Tuttavia, l'assistenza sanitaria è un bisogno che non tarda a manifestarsi negli immigrati, così che 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, più o meno latenti, nella fase precedente la migrazione, altri vengono acquisiti successivamente e a causa della migrazione stessa.

A livello nazionale, l'assistenza socio-sanitaria agli immigrati non iscritti al SSN è stata fornita con modalità ed esperienze molto diversificate. In questo ambito è stato fondamentale il ruolo svolto dalle strutture del volontariato sociale e le associazioni non profit, da sole o in collaborazione con la struttura pubblica. A livello locale, per quanto riguarda Brescia, l'allora denominata USSL (Unità Socio-Sanitaria Locale) di Brescia ha attivato a partire dal 1990, in collaborazione con la Clinica di Malattie Infettive e Tropicali dell'Università di Brescia, una struttura ambulatoriale per la prevenzione sanitaria e la cura dei soggetti immigrati irregolari o comunque non altrimenti assistiti. L'istituzione di tale ambulatorio ha preceduto di molti anni l'emanazione della prima normativa nazionale che permetteva forme di assistenza sanitaria agli immigrati irregolari (Decreto Dini del 1996 e successive reiterazioni e Legge Turco-Napolitano) ed ha rappresentato indubbiamente una risposta concreta e lungimirante ad una problematica già da allora in evidente espansione. La sua realizzazione è stata possibile grazie alla collaborazione di molti soggetti locali particolarmente sensibili a questa tematica e al coinvolgimento delle organizzazioni del volontariato sociale, dei sindacati e degli Enti Locali. Tale ambulatorio ha costituito una importante struttura di riferimento nell'ambito dell'attività di prevenzione primaria e secondaria, educazione sanitaria ed assistenza medica di primo livello per diverse migliaia di soggetti stranieri privi di altre forme di assistenza sanitaria. Il target iniziale di questo intervento era rappresentato essenzialmente dagli immigrati clandestini, tuttavia una quota non trascurabile dei pazienti che si sono rivolti all'ambulatorio negli ultimi anni era costituita da soggetti regolarmente soggiornanti, ma non ancora in grado di iscriversi al Sistema Sanitario Nazionale (SSN) o da soggetti in via di regolarizzazione della loro posizione giuridica.

Lo scenario attuale dell'immigrazione nella Provincia di Brescia risulta tuttavia notevolmente cambiato, sia dal punto di vista quantitativo sia da quello qualitativo, rispetto a quello esistente al momento della attivazione dell'ambulatorio. Il numero degli immigrati è notevolmente aumentato: alla fine del 2003 risultavano infatti re-

golarmente iscritti al SSR presso l'ASL di Brescia 84.435 stranieri, pari al 7,88% della popolazione totale assistita, con un incremento del 44,96% rispetto al 2002 e del 89,89 rispetto al 2001.

A fronte di ciò, va comunque tenuto presente che le crescenti difficoltà ad ottenere in tempi brevi il rilascio del permesso di soggiorno, che è condizione essenziale per iscriversi al SSN, hanno determinato un ulteriore incremento del numero di soggetti immigrati potenzialmente regolarizzabili, ma di fatto non in grado di ottenere la tessera sanitaria: nella provincia di Brescia, sempre alla fine del 2003, la Questura di Brescia segnalava che il numero di stranieri in attesa di permesso di soggiorno era di 54.390 soggetti, pari al 102,77% in più rispetto al 2002.

Inoltre, la tipologia della domanda sanitaria da parte della popolazione immigrata ha assunto sempre di più caratteristiche complesse e variegate, in rapporto alla dinamicità ed eterogeneità dei flussi migratori nell'area bresciana. Appare più evidente oggi che in questo ambito, una risposta sanitaria efficace, sia sul piano individuale sia in termini di sanità pubblica, presuppone un approccio appropriato, in grado di tenere conto delle diversità socio-sanitarie, culturali, linguistiche e religiose del paziente straniero e delle potenziali difficoltà relazionali tra operatori sanitari ed utenza immigrata.

### **Il Centro di Salute Internazionale e di Medicina Transculturale dell'ASL di Brescia**

In questo contesto e per fare fronte alle nuove esigenze in ambito socio-sanitario, è stato recentemente istituito il *Centro di Salute Internazionale (CSI) e di Medicina Transculturale della ASL di Brescia*, con l'obiettivo di garantire una risposta adeguata alle problematiche sanitarie connesse ai cambiamenti avvenuti negli ultimi anni in riferimento all'universo migratorio, al fenomeno dei viaggi internazionali e della mobilità umana in genere. Il CSI rappresenta una struttura moderna, più elastica e attenta, sia alle novità legislative introdotte nel nostro Paese in tema di assistenza sanitaria agli stranieri, sia alle necessità di ottimizzare le risorse in ambito sanitario e favorire un largo accesso ed un utilizzo più corretto e razionale delle strutture sanitarie.

La nuova struttura si configura come una Unità Operativa del Servizio Assistenza Specialistica e Percorsi Sanitari Territoriali del Dipartimento Cure Primarie dell'ASL di Brescia; ha valenza sovra-distrettuale essendo le sue funzioni rivolte indistintamente a fasce di popolazione straniera presenti su tutto l'ambito di competenza; talune funzioni assumono carattere interdipartimentale con: il Dipartimento di Prevenzione, per tematiche di salute pubblica (vaccinazioni, profilassi dei viaggiatori, medicina scolastica, ecc), il Dipartimento ASSI, per aspetti di carattere socio sanitario riferibili all'utenza migratoria, il Servizio Educazione alla Salute e Comunicazione e il Servizio Formazione. Le specifiche funzioni della Unità Operativa comportano accordi di collaborazione con organismi esterni: Istituto Superiore di Sanità, Università e Strutture Sanitarie; Enti Locali; Organizzazioni impe-

gnate nelle problematiche sociali e di assistenza sanitaria agli immigrati, operanti a livello locale, nazionale e internazionale. Le aree di competenza del Centro sono rappresentate essenzialmente dalla Medicina delle Migrazioni, Medicina dei viaggi e del turismo e dalle tematiche connesse alle Infezioni e Malattie a Trasmissione Sessuale. Inoltre, il CSI è al centro di una rete territoriale di servizi coinvolti nell'assistenza socio-sanitaria agli immigrati e, oltre alla mediazione interculturale e al servizio di orientamento all'utilizzo delle strutture sanitarie nel territorio, dispone di una farmacia interna per la somministrazione dei farmaci essenziali e di un minimo strumentario per l'esecuzione di piccole manovre mediche ambulatoriali e medicazioni chirurgiche. Le prestazioni sanitarie sono erogate senza oneri a carico dei soggetti immigrati, qualora privi di risorse economiche, salvo le quote di partecipazione alla spesa sanitaria per le prestazioni specialistiche, secondo la normativa attualmente vigente in materia.

Gli obiettivi programmatici del Centro di Salute Internazionale sono rappresentate essenzialmente da:

1. Implementazione delle pratiche di erogazione di assistenza sanitaria ai cittadini italiani all'estero, nelle modalità previste dalla normativa vigente concernenti quanto è di competenza dell'ASL di Brescia.
2. Fornire assistenza socio-sanitaria di I° livello agli stranieri non altrimenti assistiti mediante:
  - Accoglienza ed informazione all'utilizzo ed accesso alle strutture sanitarie
  - Orientamento socio-sanitario volto a favorire l'iscrizione al SSN e la fruizione dei servizi esistenti a livello del territorio
  - Raccolta dei dati anagrafico-clinici di tutti i soggetti immigrati che per qualsiasi motivo afferiscono al centro
  - Prevenzione pubblica ed educazione sanitaria in tema di tutela della salute individuale e collettiva, con particolare riferimento alle patologie di larga diffusione e a quelle potenzialmente trasmissibili
  - Verifica del calendario vaccinale ed indicazioni di carattere preventivo ed igienico-sanitario
  - Diagnosi e cura delle patologie urgenti ed essenziali secondo la normativa vigente
  - Attivazione di ambulatori satelliti in altri punti di maggiore pressione migratoria nella Provincia di Brescia
3. Collaborazione con i Medici di Medicina Generale e le altre strutture socio-sanitarie territoriali alla gestione del paziente straniero "difficile"
4. Sorveglianza, monitoraggio e prevenzione delle malattie infettive, con particolare attenzione alle malattie infettive diffuse ed a quelle eventualmente da importazione
5. Effettuazione di Indagini epidemiologiche e studi osservazionali sulla presenza e distribuzione all'interno della popolazione target di patologie con-

siderate a rischio per i soggetti immigrati e valutazione e cura del disagio psico-sociale

6. Analisi dei dati clinico-epidemiologici allo scopo di studiare la dinamica del profilo socio-sanitario della popolazione immigrata a Brescia e la sua evoluzione nel tempo
7. Elaborazione ed attuazione di protocolli di ricerca mirati a specifiche patologie come la tubercolosi, le malattie a trasmissione sessuale (MTS) con particolare attenzione all'infezione da HIV, la malaria e le parassitosi intestinali
8. Redazione e pubblicazione di lavori scientifici su riviste nazionali ed internazionali e partecipazione ad incontri e convegni in tema di migrazione e salute.
9. Gestione pratica ed applicazione di linee guida in campo di. MTS, profilassi internazionale e di Medicina dei viaggi e del turismo in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione dell'ASL di Brescia
10. Implementazione di specifici progetti di formazione, aggiornamento ed insegnamento dei principi della medicina delle migrazioni e delle basi fondamentali dell'approccio transculturale al paziente straniero attraverso: a) corsi di formazione per operatori sanitari; b) corsi di formazione per mediatori culturali; c) convegni in tema di salute e migrazione; d) pacchetto didattico su migrazione e salute per le scuole; e) collaborazione con Università per moduli di insegnamento nelle facoltà mediche ed infermieristiche; f) specifica formazione per il personale operante nel centro che include la partecipazione attiva a corsi e convegni nazionali ed internazionali e stage all'estero presso istituti internazionali con nota esperienza nei temi di interesse del centro, nonché la partecipazione ad esperienze lavorative nei paesi in via sviluppo all'interno di programmi di cooperazione internazionale
11. Partecipazione e gestione di progetti ed interventi socio-sanitari nei paesi in via di sviluppo nell'ambito di programmi di cooperazione internazionale, anche in collaborazione con altri enti, istituzioni ed organizzazioni non governative.

Il Centro di salute Internazionale, conosciuto ed apprezzato dalla popolazione straniera in tutto l'ambito provinciale, è situato in una zona al centro della Città a poca distanza dal più grande nosocomio cittadino "Azienda Spedali Civili di Brescia". Esso è composto da una sala di attesa pazienti munita di un regolatore numerico per l'accesso alle successive viste, uno spazio-sportello per mediazione-orientamento socio-sanitario, un punto accettazione amministrativa e registrazione elettronica dei dati generali, uno spazio ambulatoriale, una sala colloquio ed intervista psicologica ed un farmacia interna. Gli spazi medici sono distinti in un ambulatorio di medicina generale ed un altro dedicato alcuni ambiti specialistici di secondo livello. Questi ultimi comprendono gli ambulatori per le malattie sessual-

mente trasmesse, la tubercolosi e la profilassi ed i viaggi internazionali. L'accesso alla struttura è libero, senza prenotazione ed è consentito a tutti gli immigrati non iscritti al Sistema Sanitario nazionale con orari di apertura nella fascia pomeridiana di tutti i giorni feriali dalle 13.30 alle 16.30. le prestazioni sanitarie di primo livello sono erogate senza oneri a carico dei soggetti immigrati, mentre quelle specialistiche che prevedono l'invio presso altre struttura prevedono le quote di partecipazione alla spesa sanitaria secondo la normativa attualmente vigente in materia.

Recentemente e grazie alla realizzazione di specifici progetti finanziati dalla Regione Lombardia in collaborazione con il Comune di Brescia, è stato possibile attivare nella struttura un *Osservatorio Epidemiologico Locale sul fenomeno migratorio*, con la creazione di una banca dati informatizzata in riferimento alle caratteristiche socio-demografiche e sanitarie della popolazione afferente all'ambulatorio. I risultati del lavoro svolto dall'osservatorio sarà oggetto di una specifica comunicazione a questa Consensus conference.

Negli ultimi due anni il CSI ha potuto contare anche sul contributo dei mediatori linguistico-culturali. L'attività di mediazione è generalmente svolta in stretta collaborazione con gli altri operatori sanitari, sia al momento del primo contatto degli utenti con la struttura in una sala distinta dal punto di accettazione pazienti, mediante un colloquio ed un'intervista comprendete un apposito questionario, sia su richiesta durante la visita medica. Essa ha riguardato tutti gli aspetti della mediazione interculturale ed è stata maggiormente indirizzata verso la conoscenza dei contenuti della normativa nazionale in tema di assistenza agli immigrati. Al termine della consultazione sanitaria, i mediatori svolgono prevalentemente una azione di orientamento socio-sanitario volto a favorire il razionale e corretto utilizzo delle strutture di primo e secondo livello. Per la rilevazione e l'analisi dell'attività di mediazione è stata utilizzata una scheda di raccolta dati cartacea. I dati raccolti sono stati successivamente trasferiti in uno specifico archivio elettronico, appositamente creato e connesso funzionalmente alla banca dati centrale della struttura. Una valenza particolare assume inoltre, l'inserimento nel centro, a partire da questo anno, della figura professionale dello psicologo, che oltre a svolgere attività di cura della patologie di competenza, si incarica della effettuazione di una specifica indagine conoscitiva del disagio psicologico nei pazienti immigrati.

Tra le altre attività del CSI è prevista la produzione di materiale illustrativo e didattico da utilizzare in corsi di formazione in ambito scolastico a diversi livelli in tema di medicina transculturale. E' stato approntato ed utilizzato uno specifico pacchetto didattico con un set di diapositive e materiale stampato sui temi più importanti della medicina delle migrazioni, con particolare riferimento ai principi fondamentali della educazione alla salute, alla prevenzione in ambito sanitario e alle patologie infettive diffusibili. Inoltre, gli operatori del Centro, in collaborazione con il dipartimento di Malattie Infettive di Brescia, partecipano attivamente ogni anno alla realizzazione di un corso universitario opzionale di salute internazionale e medicina dei viaggi e delle migrazione per gli studenti della Facoltà di Medicina

dell'Università di Brescia. E' stato inoltre realizzato all'inizio del 2004 un corso di formazione per mediatori culturali, operatori socio-sanitari e personale amministrativo sul tema di "salute degli immigrati e mediazione interculturale in ambito socio-sanitario". Il corso è stato frequentato da 60 partecipanti ed ha avuto una durata di 40 ore complessive suddivise in 8 incontri di 5 ore ciascuno sui seguenti temi: 1) lo stato italiano, normativa e principi della costituzione italiana; 2) dimensioni e caratteristiche del fenomeno migratorio; 3) profilo sanitario del paziente immigrato; 4) aree critiche in tema di salute degli immigrati; 5) Malattie infettive a rischio: prevenzione e controllo; 6) Sistema Sanitario Italiano: organizzazione, modalità di accesso e di fruizione dei servizi; 7) normativa in ambito sanitario; normative nel mondo del lavoro e della cooperazione; 8) associazionismo e no-profit; percorsi di integrazione ed educazione civica; permesso e carta di soggiorno. Infine, il piano aziendale di formazione ed aggiornamento del personale sanitario prevede entro la fine del 2004 la realizzazione di altri due corsi di formazione ECM sugli aspetti legislativi in tema di assistenza sanitaria agli immigrati, inquadramento normativa e linee guida dell'ASL di Brescia e sulle patologie infettive emergenti e flussi migratori.

### **Conclusioni**

Attualmente una quota non trascurabile degli immigrati presenti in Italia non accede regolarmente alle socio-strutture sanitarie. Tale segmento di popolazione è costituito non solo dagli immigrati clandestini, ma anche da soggetti stranieri regolarmente soggiornanti o in attesa di regolarizzazione della propria posizione giuridica. Le condizioni di vulnerabilità sanitaria e la concentrazione di numerosi fattori di rischio per la salute del migrante soprattutto nei primi anni d'immigrazione pongono il SSR di fronte alla necessità di fornire una adeguata risposta in termini di tutela della salute individuale e della collettività e sottolinea l'opportunità di attuare misure concrete nel settore della prevenzione e assistenza sanitaria, che devono essere decisamente assunte dalla struttura pubblica e coordinate da osservatori epidemiologici regionali e nazionali, in collaborazione con le organizzazioni non governative e le strutture di volontariato. Inoltre, sulla base dei dati esposti, appare evidente che la diffusione di informazioni chiare e aggiornate sulle opportunità per fruire dei Servizi Pubblici, sulla loro organizzazione e sulle tipologie delle prestazioni garantite, rappresenta una delle condizioni fondamentali per favorire un normale accesso alle strutture sanitarie. Infatti, una risposta concreta alle esigenze sanitarie dei cittadini immigrati deve prioritariamente passare attraverso la lettura dei loro bisogni e l'analisi della domanda, attraverso la riorganizzazione dei Servizi in funzione delle necessità specifiche del target e deve prevedere strategie e percorsi nuovi caratterizzati da una flessibilità dell'offerta, da una formazione tecnica e relazionale del personale, da un approccio multidisciplinare (lavoro di equipe), nonché da una collaborazione integrata tra servizi istituzionali, servizi non governativi e di volontariato (lavoro di rete). E' opportuno anche riflettere sul rapporto che esi-

ste tra migrazione e salute e sulla necessità di promuovere la medicina transculturale, orientata al riconoscimento e alla valorizzazione di una diversità tra culture. Una diversità che influenza la concezione della salute, della malattia e della cura e il significato simbolico che lo stato patologico assume nel vissuto di ogni individuo. In questa ottica si inserisce oggi la nascente esperienza del Centro di Salute Internazionale e di Medicina Transculturale dell'ASL di Brescia, che vuole rappresentare, nell'ambito di un Sistema Sanitario più universale, un nuovo modello sostenibile ed esportabile di assistenza socio-sanitaria integrata.

## OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO SUL FENOMENO MIGRATORIO IN PROVINCIA DI BRESCIA: CARATTERISTICHE SOCIO-SANITARIE DEGLI IMMIGRATI AFFERENTI AL CENTRO DI SALUTE INTERNAZIONALE E DI MEDICINA TRANSCULTURALE DELL'ASL DI BRESCIA

M.C. Pezzoli\*<sup>o</sup>, I. El-Hamad\*<sup>o</sup>, A.M. Indelicato\*, G. Valenti<sup>^</sup>, C. Scolari\*,  
F. Lonati\*, D. Cecchi\*, G. Boschi\*, F. Roda\*, M. Gandossi\*, C. Scarcella\*

\*Centro di Salute Internazionale e di Medicina Transculturale dell'ASL di Brescia

<sup>o</sup>Dipartimento di Malattie Infettive - Spedali Civili di Brescia

<sup>^</sup>Comune di Brescia- Ufficio stranieri

### Introduzione

I grandi movimenti migratori e la globalizzazione economica hanno determinato cambiamenti considerevoli anche sul piano della salute. Le nazioni del mondo e i loro sistemi sanitari devono oggi rapportarsi con un fenomeno non nuovo ma sicuramente diverso rispetto al passato: il trasferimento internazionale dei rischi e la potenziale diffusione delle malattie trasmissibili. Per poter affrontare e vincere le sfide della mondializzazione della salute, è necessario una organizzazione della società e delle strutture sanitarie che sia pensata globalmente per agire localmente. Si rende quindi necessario effettuare studi epidemiologici delle diverse realtà territoriali, prima di intraprendere qualsiasi attività di promozione della salute e/o prevenzione delle malattie, al fine di accertare i bisogni ed operare di conseguenza: determinare quale problema sanitario danneggia maggiormente i membri della comunità, analizzare le possibili soluzioni e quindi articolare la natura e l'intensità delle misure di correzione/prevenzione. È anche essenziale osservare attentamente, oltre alla situazione presente, l'andamento dei fenomeni nel tempo e nello spazio per poter essere capaci di mettere a fuoco immediatamente i problemi ed anticipare quelli che stanno emergendo. Con questa ottica e per meglio comprendere e rispondere alle molteplici problematiche socio-sanitarie della popolazione immigrata, è stato istituito un *osservatorio epidemiologico permanente sul fenomeno migratorio* nella Provincia di Brescia, nell'ambito del (CSI) e di Medicina Transculturale della ASL di Brescia.

### Obiettivo

L'obiettivo del presente lavoro è quello di presentare i primi risultati dell'analisi del profilo socio-demografico e socio-sanitario della popolazione immigrata afferita al Centro di Salute Internazionale negli ultimi 14 anni di attività e di descrivere le principali caratteristiche e modalità di funzionamento dell'osservatorio epidemiologico locale.



## **Materiali e metodi**

A partire dal gennaio 2002, nell'ambito di due progetti finanziati dalla Regione Lombardia in collaborazione con il Comune di Brescia, è in funzione un Osservatorio Epidemiologico Locale sul fenomeno migratorio all'interno della Unità Operativa "Centro di Salute Internazionale e di Medicina Transculturale dell'ASL di Brescia. L'intervento è consistito essenzialmente nell'allestimento di una rete intranet e nella creazione di una banca dati informatizzata per l'archiviazione di dati socio-demografici e sanitari della popolazione immigrata afferente al CSI. In particolare, è stato possibile inizialmente attuare una fase retrospettiva della durata di 12 mesi, che ha riguardato i primi 12 anni (dal 2 gennaio 1990 al 31 dicembre 2002) di attività ed ha consentito il trasferimento delle informazioni contenute nelle cartelle cliniche cartacee all'archivio elettronico, ed una fase prospettica per la registrazione computerizzata in tempo reale dei nuovi pazienti osservati dopo il primo gennaio 2003. Allo scopo, è stata creata una apposita scheda nosologica informatizzata ed uno specifico e dettagliato programma di archiviazione (mediante un sistema informatico di MySQL). L'archiviazione elettronica dei dati ha previsto la compilazione di due sezioni: la prima è riservata alla raccolta dei dati anagrafici ed epidemiologici dei pazienti. Questa sezione è stata realizzata con utilizzo di campi variabili, in grado di registrare i continui cambiamenti concernenti lo stato giuridico e sanitario, la situazione lavorativa, il domicilio e le condizioni abitative della popolazione in esame. La seconda parte è specifica per la raccolta dei dati clinici e dei percorsi diagnostici, con un campo indipendente per la codifica delle diagnosi effettuate. Essa è composta da una o più pagine elettroniche di diario clinico che permettono la scrittura libera della visita medica, collegate a diversi fogli, specifici per l'inserimento di esami emato-chimici, sierologici, microbiologici e strumentali e per la registrazione di visite specialistiche, ricoveri e valutazioni urgenti in pronto soccorso. Inoltre sono stati previsti campi separati per la registrazione dei dati di eventuali protocolli di studio in ambito di tubercolosi, malattie a trasmissione sessuale e disagio psico-sociale. La codifica delle diagnosi avviene secondo la classificazione delle malattie e dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostico-terapeutiche-versione italiana della ICD-9-CM (International classification of Diseases- 9 th revision- Clinical Modification-1997). Infine, l'insieme dei dati derivanti dalle altre attività connesse alla visita medica, quali l'attività di mediazione interculturale, l'orientamento socio-sanitario, l'attività infermieristica ed le indagini sul disagio psico-sociale, vengono contemporaneamente immessi nella stessa scheda nosologica del paziente in esame. Tutti i dati registrati nel database sono periodicamente analizzati mediante l'utilizzo del programma di analisi statistica SPSS versione 11.5. La scheda di raccolta dati è stata inizialmente validata con una breve sperimentazione presso lo stesso centro e, dopo un breve corso di formazione rivolto a tutti gli operatori interni, è stata adottata definitivamente. Attualmente la raccolta e la registrazione dei dati è di tipo sistematico e comprende tutti i pazienti immigrati che per qualsiasi ragione si rivolgono al Centro.

## **Risultati**

### Caratteristiche generali della popolazione di pazienti immigrati del CSI

Dal 02 gennaio 1990 al 31 dicembre 2003 sono stati osservati al CSI 19.109 pazienti stranieri per i quali sono state effettuate 51.920 visite. L'andamento annuale delle presenze (grafico 1) ha mostrato un trend in aumento sia per quanto riguarda il numero dei pazienti (1.183 nel 1990, 1.527 nel 2003) sia per quanto concerne il numero delle visite mediche totali (1.908 nel 1990, 3.360 nel 2003).

La stratificazione dei pazienti per sesso (grafico 2) ed età ha evidenziato una prevalenza del sesso maschile (66,5%) e della classe di età compresa tra 25 e 44 anni (52,5%). Tuttavia, il trend annuale per sesso (grafico 3), ha rilevato un aumento maggiore del sesso femminile soprattutto negli ultimi anni. Infatti, mentre il rapporto maschi/femmine nel 1990 era di 9/1, nel 2003 è stato pari a 1,3/1. Sebbene la classe di età 25-44 anni sia la più rappresentata nella casistica totale, tutte le classi di età hanno subito una crescita sensibile nel tempo (grafico 4), in particolare quelle comprese tra 0-14 anni e tra 15-24 anni.

I paesi di provenienza dei pazienti sono risultati 137 e la suddivisione per macroaree geografiche era così ripartita: il 59% dei pazienti proveniva dall'Africa, il 21% dall'Europa, il 17% dall'Asia ed il 3% dal centro-sud America. I primi 10 paesi di provenienza sono stati, nell'ordine: Senegal, Marocco, Pakistan, Nigeria, Egitto, Albania, Ucraina, Ghana, Tunisia, ex-Yugoslavia. Tuttavia, l'analisi dei dati ha mostrato che, nel tempo, ci sia stato un aumento considerevole dei soggetti provenienti dall'Europa e dall'Asia e, in misura minore, dal centro-sud America, tanto che nell'anno 2003, al secondo posto tra i paesi di provenienza figurava l'Ucraina, sempre preceduta dal Senegal, e seguita da Romania, Nigeria, Moldavia, Pakistan, Marocco, Albania, Egitto, Cina.

Il livello di scolarizzazione è stato di tipo medio-alto (grafico 5): l'86% dei soggetti ha frequentato più di 5 anni di scuola e ben il 26% era in possesso di un diploma o di una laurea. La ripartizione per livello di scolarizzazione e per sesso, ha evidenziato che circa il 20% dei maschi era diplomato o laureato contro un 35% circa delle femmine; inoltre, di tutti i pazienti con livello di scolarizzazione inferiore o uguale ai 5 anni, il 65,3% era di sesso maschile, mentre il 51% dei pazienti in possesso di diploma o laurea era di sesso femminile.

La suddivisione dei pazienti per credo religioso ha mostrato che il 56% dei pazienti era di religione islamica ed il 39% di religione cristiana; nel 2003 tale rapporto si è invertito, essendo il 52% dei pazienti cristiani ed il 40% mussulmani. Il 57,9% dei soggetti ha dichiarato di essere senza occupazione lavorativa e nell'8,1% dei pazienti è stata riferita una occupazione precaria. Il 52,8% era single mentre il 40,8% è risultato coniugato; di questi il 53,4% vivono stabilmente in un luogo diverso da quello del coniuge, così che complessivamente era il 75% dei soggetti a trovarsi in una reale situazione di single. In totale, il 96% dei pazienti è risultato non iscritto al Sistema Sanitario Nazionale e l'80% non in possesso di regolare permesso di soggiorno. La maggior parte dei pazienti (65%) è risultata domiciliata nella Città di

Brescia, i rimanenti erano provenienti da altri luoghi della Provincia nel 31% dei casi e solo il 4% era domiciliati fuori Provincia.

### **Caratteristiche sanitarie della popolazione dei pazienti immigrati del CSI**

Per quanto riguarda l'analisi del profilo clinico e delle patologie prevalenti, nella tabella 1 sono incluse le diagnosi cliniche registrate nel periodo 1990-2003 secondo i 17 capitoli ICD 9-CM della International Classification of Disease - 9th Revision-Clinical Modification-1997. Il numero totale di pazienti osservati è risultato pari a 19.109, su cui sono state effettuate 33.959 diagnosi complessive (11.907 diagnosi in pazienti di sesso femminile e 22.102 in pazienti di sesso maschile).

Innanzitutto, la predominanza (15,1% del totale) tra i principali capitoli di diagnosi della classe "*sintomi, segni e stati morbosi mal definiti*", è da ricondurre verosimilmente alla prevalente natura ambulatoriale delle procedure diagnostico-cliniche, che ovviamente non consentono di stabilire una diagnosi eziologica in una parte consistente dei pazienti. In analogia con quanto è riportato in letteratura, le forme patologiche maggiormente presenti nei pazienti immigrati nella casistica ambulatoriale sono quelle a carico dell'apparato respiratorio, del sistema osteoarticolare, dell'apparato digerente, genito-urinario e cutaneo. Al contrario, meno rappresentati (1%) sono i disturbi di carattere psicopatologico, condizionati dal processo migratorio come evento stressogeno e dai successivi percorsi di transculturazione. Le patologie infettive e parassitarie costituiscono nella nostra esperienza il 9,9% del totale delle diagnosi. Si può inoltre osservare la pressoché totale assenza di patologie cronico-degenerative e neoplastiche in rapporto verosimilmente alla giovane età dei pazienti immigrati osservati nella nostra struttura.

Tre le prime 15 singole diagnosi, come è illustrato nella Tabella 2, si osserva al primo posto l'infezione tubercolare latente, con una prevalenza totale pari al 3,5% del totale. Non si tratta chiaramente di patologia clinicamente manifesta, ma della sola positività alla intradermoreazione secondo Mantoux, espressione di un pregresso contatto con i micobatteri o di una vaccinazione antitubercolare. L'alta prevalenza di cutipositività tubercolinica riscontrata nella popolazione studiata è da mettere in relazione, da una parte con la provenienza dei soggetti da paesi extracomunitari ad alta circolazione del bacillo tubercolare, e dall'altra con l'adozione a livello ambulatoriale di estensive procedure di screening antitubercolare nell'ambito di specifiche indagini epidemiologiche. È interessante notare come le malattie dei denti e delle strutture di supporto e le carie dentarie si collocano tra le prime patologie che si registrano nei pazienti immigrati nella nostra area, in particolare nei soggetti provenienti da paesi dell'Europa dell'est. Inoltre, si confermano malattie ad elevata prevalenza negli immigrati le affezioni comuni dell'apparato respiratorio e del sistema urinario e, nelle donne, le forme legate alla sfera ostetrico-ginecologica, comprese le gravidanze normali. Infine, da sottolineare la elevata frequenza di riscontro a livello ambulatoriale di sintomatologia aspecifica come la lombalgia e la cefalea non ulteriormente indagate.

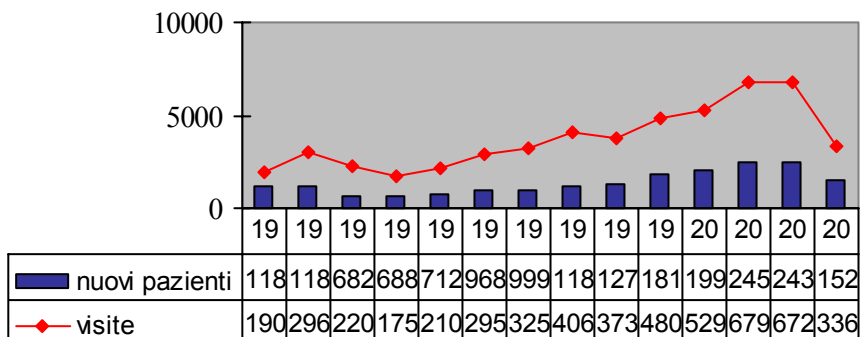
La tabella 3 riporta le principali categorie di malattie infettive, ulteriormente suddivise in sotto classi eziologicamente determinate. Oltre alla già citata infezione tubercolare latente, che in questo ambito rappresenta più di un terzo (36,6%) delle 3.216 diagnosi totali effettuate nel periodo 1990-2003, si osservano con maggiore frequenza le forme cutanee da micosi e da ectoparassitosi come la scabbia (17,2%), le malattie infettive virali in genere (9,5%), la tubercolosi polmonare ed extrapolmonare attiva, che raggiunge circa un decimo delle patologie infettive totali (9,1%). Questo dato conferma che la tubercolosi rappresenta una malattia a rischio per gli immigrati in Italia da paesi ad alta endemia tubercolare, anche se deve essere ancora sottolineato il ruolo degli interventi di sorveglianza e di ricerca attiva di malattia tubercolare nei confronti degli immigrati afferenti al nostro ambulatorio. Infine, da segnalare la prevalenza dell'infezione da virus dell'immunodeficienza umana (HIV), che nella presente casistica raggiunge il 2,8% delle diagnosi di natura infettiva ed è maggiormente riscontrato nel sesso femminile.

### **Conclusioni**

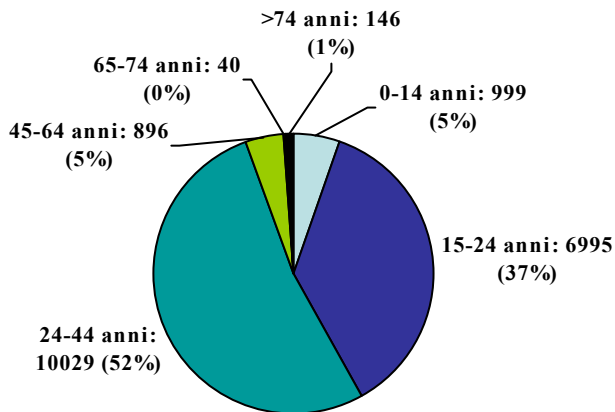
La conoscenza del profilo clinico-epidemiologico e socio-demografico della popolazione immigrata nel nostro paese e delle sue dinamiche di evoluzione nel tempo, costituisce una tematica rilevante per il Sistema Sanitario Nazionale e Regionale (SSN/R). I risultati di questa esperienza confermano innanzitutto che la stragrande maggioranza dei pazienti che si rivolgono al CSI è costituita da soggetti immigrati non in regola con le norme relative al permesso di soggiorno e, quindi, non iscritti al SSN/R. Questa tipologia di immigrati costituisce un importante segmento dell'universo migratorio, di cui la Sanità necessita di maggiori conoscenze ed informazioni per la messa in atto di più adeguate politiche sanitarie. Sulla base dei dati sopra riportati, emerge un fenomeno migratorio eterogeneo in costante crescita e caratterizzato da una evidente variabilità e vivacità dei flussi nel tempo e nello spazio. Da un punto di vista di Sanità pubblica, il profilo sanitario della popolazione immigrata in esame non permette considerazioni a favore di un allarme sanitario e l'attuale quadro epidemiologico, che emerge dalle diverse esperienze maturate su scala nazionale, non consente di ipotizzare reali rischi per la popolazione locale in termini di importazione e diffusione di inusuali patologie esotiche. A distanza di due anni dalla sua attivazione, l'osservatorio epidemiologico locale del CSI di Brescia appare in grado di rappresentare, a livello locale, un valido punto di riferimento per il monitoraggio costante ed accurato delle tipologie di problematiche sanitarie e dei bisogni di salute degli immigrati non ancora iscritti al SSN/R. Tuttavia, è auspicabile la creazione a livello nazionale di una rete di strutture sanitarie territoriali ed ospedaliere specializzate, capace di fungere da osservatorio nazionale sugli aspetti socio-sanitari del fenomeno migratorio.

**Grafico 1:**

**Trend annuale dei pazienti e delle visite: 2 gennaio 1990 - 31 dicembre 2003. Tot. pazienti 19.109 - Tot. visite 51.920**



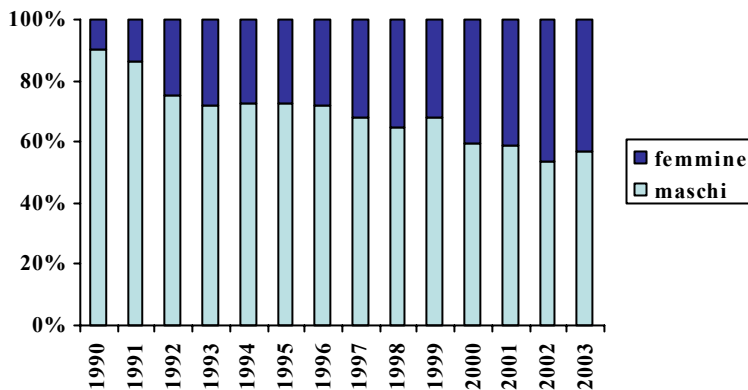
**Ripartizione per età dei pazienti visitati dal 02 gennaio 1990 al 31 dicembre 2003. Tot. pazienti 19.109**



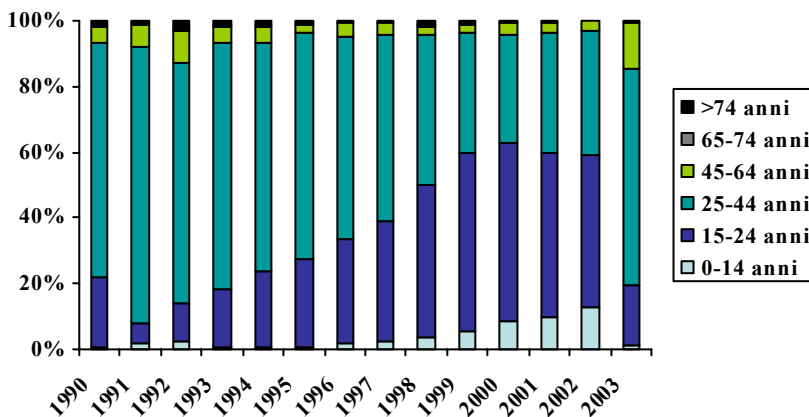
**Grafico 2:**

**Grafico 3:**

**Trend annuale dei pazienti stratificato per sesso in %. Tot. pazienti 19.109, Tot. maschi 12.698. Tot. femmine 6.411**



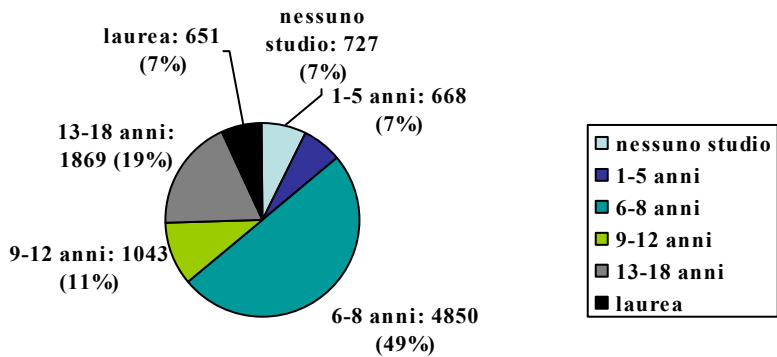
**Trend annuale dei pazienti stratificato per età**



**Grafico 4:**

### Grafico 5:

Ripartizione per livello di scolarizzazione



**Tabella 1: Profilo clinico per capitoli ICD 9-CM**

CAPITOLI ICD 9-CM	F	M	TOT	F%	M%	TOT%
sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	1579	3575	5154	13,2	16,1	15,1
malattie dell'apparato respiratorio	875	2780	3655	7,3	12,5	10,7
malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	888	2647	3535	7,4	11,9	10,4
malattie infettive e parassitarie	667	2703	3370	5,6	12,2	9,9
malattie dell'apparato digerente	1106	2395	3501	9,2	10,8	10,3
traumatismi e avvelenamenti	599	2664	3263	5,0	12,0	9,6
classificazione supplementare	2123	924	3047	17,8	4,1	8,9
malattie del sistema genitourinario	1623	646	2269	13,6	2,9	6,6
malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	471	1559	2030	3,9	7,0	5,9
malattie del snc e degli organi di senso	446	1067	1513	3,7	4,8	4,4
malattie del sistema circolatorio	297	513	760	2,4	2,3	2,2
complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio	684	0	684	5,7	0	2,0
disturbi psichici	132	231	363	1,1	1,0	1,0
malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari	143	159	302	1,2	0,7	0,8
malattie del sangue e degli organi ematopoietici	120	97	217	1,0	0,4	0,6
Tumori	123	64	187	1,0	0,2	0,5
malformazioni congenite	29	76	105	0,2	0,3	0,3
alcune condizioni morbose di origine perinatale	2	2	4	0,0	0,0	0,0
Totale	11907	22102	33959	100	100	100



**Tabella 2: prime 15 diagnosi**

PRIME 15 DIAGNOSI	Tot.	M	F	Tot.%	M%	F%
Infezione tubercolare primaria, non specificata	1115	959	156	3,5	4,6	1,4
Malattia non specificata dei denti e delle strutture di supporto	1021	623	398	3,2	3,0	3,7
Lombalgia	802	627	175	2,5	3,0	1,6
Influenza con altre manifestazioni respiratorie	759	590	169	2,4	2,8	1,6
Controllo di prima gravidanza normale	586	0	586	1,9	0	5,4
Dolore addominale epigastrico	549	407	142	1,7	2,0	1,3
Cefalea	522	342	180	1,7	1,6	1,7
Assenza di mestruazioni	446	0	446	1,4	0	4,1
Infezione del sistema urinario, sito non specificato	413	238	175	1,3	1,1	1,6
Carie dentarie	354	232	122	1,1	1,1	1,1
Dolore toracico non specificato	342	277	65	1,1	1,3	0,6
Reperto accidentale di gravidanza	333	0	333	1,1	0	3,1
Controllo di altra gravidanza normale	331	0	331	1,0	0	3,1
Bronchite acuta	322	263	59	1,0	1,3	0,5
Rash ed altre eruzioni cutanee non specifiche	321	235	86	1,0	1,1	0,8

**Tabella 3: malattie infettive**

MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	Tot.	M	F	Tot.%	M%	F%
infezione tubercolare latente	1115	958	157	36,6	38,6	28,1
Micosi	523	396	126	17,2	16,0	22,5
altre malattie infettive e parassitarie	341	284	55	11,2	11,4	9,8
altre malattie da virus e clamidia	289	227	61	9,5	9,1	10,9
tubercolosi attiva	278	252	26	9,1	10,2	4,7
malattie virali con esantema	150	103	47	4,9	4,1	8,4
postumi di malattie infettive e parassitarie	94	86	8	3,1	3,5	1,4
infezioni da virus della immunodeficienza (hiv)	84	49	34	2,8	2,0	6,1
Elmintiasi	70	46	24	2,3	1,9	4,3
malattie infettive intestinali	40	33	6	1,3	1,3	1,1
rickettsiosi ed altre malattie trasmesse da artropodi	22	19	3	0,7	0,8	0,5
sifilide ed altre malattie veneree	22	18	4	0,7	0,7	0,7
altre malattie batteriche	18	10	8	0,6	0,4	1,4
malattie batteriche trasmesse da animali	1	1	0	0,0	0,0	0
poliomielite ed altre malattie virali del SNC non trasmesse da artropodi	0	0	0	0	0	0
malattie virali da artropodi	0	0	0	0	0	0
altre malattie da spirochete	0	0	0	0	0	0
Totale	3216	2599	617	100	100	100

## **INDAGINE SIEROLOGICA SUL GRADO DI ESPOSIZIONE AD INFEZIONI DIFFUSIBILI IN UNA POPOLAZIONE DI IMMIGRATI AFFERENTI AD UN CENTRO DI SALUTE PUBBLICO DI PRIMO LIVELLO A BRESCIA: RISULTATI PRELIMINARI**

*C. Scolari\**, *M.C. Pezzoli\*<sup>o</sup>*, *C. Scarcella\**, *A.M. Indelicato\**, *F. Speziani<sup>^</sup>*, *F. Lonati\**, *M. Gandossi\**, *E. Grassi<sup>^</sup>*, *M. Zangani<sup>^</sup>*, *I. El-Hamad\*<sup>o</sup>*.

\*Centro di Salute Internazionale e di Medicina Transculturale dell'ASL di Brescia

<sup>o</sup>Dipartimento di Malattie Infettive - Spedali Civili di Brescia

<sup>^</sup>Laboratorio di Sanità Pubblica Dipartimento di Prevenzione dell'ASL di Brescia

### **Introduzione**

Il crescente numero di immigrati in Italia ha comportato una serie di problematiche sia in ambito socio-culturale che igienico-sanitario. I dati di letteratura al riguardo sembrano indicare una incrementata concentrazione di fattori di rischio per la salute dei migranti, soprattutto nei primi anni di immigrazione. Studi condotti a livello nazionale suggeriscono che le malattie infettive possono configurare una patologia a rischio per alcuni segmenti della popolazione immigrata, in ragione della loro provenienza da aree endemiche e delle disagiate condizioni di vita nel paese ospite. Tra queste figurano infezioni potenzialmente diffusibili come la le malattie a trasmissione sessuale (MTS) compresa l'infezione da HIV, la tubercolosi e le epatiti virali. Tuttavia, sono tuttora scarsi i dati di letteratura sulla reale dimensione e sulla tipologia di queste patologie nella popolazione immigrata.

### **Obiettivi**

1. Valutazione della fattibilità ed accettabilità di un'indagine sierologica facoltativa in un centro per immigrati prevalentemente clandestini;
2. Valutazione dello stato sierologico per HBV, HCV, HAV, HIV, *Treponema pallidum*, in un campione rappresentativo di una popolazione di immigrati afferenti ad un centro territoriale di medicina di primo livello.

### **Materiali e metodi**

Lo studio di tipo prospettico, tuttora in corso, ha avuto inizio a febbraio 2004 al Centro di Salute Internazionale e di Medicina Transculturale dell'ASL di Brescia (CSI) e prevede una durata di 12 mesi. I criteri di inclusione erano: età maggiore a 18 anni, provenienza da paesi extra-comunità europea e formale adesione all'indagine mediante un consenso informato verbale e scritto. Dopo avere ottenuto l'approvazione del comitato etico aziendale, a tutti i pazienti afferenti al centro in tutti i giorni lavorativi, è stata inizialmente compilata una scheda di adesione e di raccolta dati clinico-anagrafici. I pazienti arruolati nello studio sono stati sottoposti a visita medica e successivamente inviati al laboratorio di analisi per essere sottoposti ad un prelievo ematico di circa 20 cc per l'esecuzione, oltre agli esami suggeriti dalla valutazione clinica, dei seguenti esami sierologici: HBsAg, HBsAb, HBcAb, Hbe-

Ab, HCV-Ab, HAV-Ab IgG, HIV-Ab, TPHA, VDRL,. Al termine della prima fase, tutti i soggetti risultati negativi alle indagini sono stati invitati a ripresentarsi in ambulatorio, a distanza di 6-12 mesi dalla data di arruolamento per ripetere le indagini. I dati clinici e sierologici ottenuti sono stati trasferiti in un apposito database ed analizzati con un pacchetto statistico SPSS versione 11.0.

## Risultati

Dei 147 soggetti a cui è stata proposto di aderire allo studio, 138 (93.6%) ha fornito il consenso, di questi il 58.7% (81/138) si è di fatto sottoposto al prelievo di sangue presso il laboratorio di analisi. Le caratteristiche generali della popolazione di studio erano: sesso maschile nel 53.1% (43/81), età media pari a 30 anni (range 18-54), epoca mediana di migrazione di 13 mesi (range 1.9-168.93), provenienza dall'Europa nel 38.3%, dall'Africa sub-sahaaria nel 30.9%, dal Nord Africa nel 13,6%, dal Sud-est asiatico nel 13,6% e dal Sud America nel 3,7%. I principali paesi di provenienza erano: Nigeria (13.6%), Romania (12.3%) e Ucraina (12.3%). Il 35,8% era di religione islamica, mentre il 70% dei soggetti risultata in condizione di clandestinità giuridica. Nell'86.4% dei casi i pazienti non erano iscritti al SSN, nel 65.4% sono risultati privi di occupazione fissa e nel 53.1% lo stato civile è risultato libero (Tab.1).

Totale soggetti arruolati	81
Sesso	M = 43 (53.1%) Femminile = 38 (46.9%)
Età	Media 29.5 anni (range 18-54)
Epoca di immigrazione	Mediana = 13.7 mesi (range 1.9-168.9)
Provenienza	Europa = 31 (38.3%) Africa sub-sahaariana = 25 (30.9%) Nord Africa = 11 (13.6%) Sud-est Asiatico = 11 (13.6%) Centro-sud America = 3 (3.7%)
Principali Paesi di provenienza	Nigeria = 11 (13.6%) Romania = 10 (12.3%) Ucraina = 10 (12.3%) Senegal = 8 (9.9%) Moldavia 6 = (7.4%) Egitto = 5 (6.2%)
Religione	Islamica = 29 (35.8%) Cristiana = 20 (24.7%) Ortodossa = 20 (24.7%) Protestante = 1 (1.2%) Sick = 1 (1.2%)
Domicilio	Brescia = 64 (79%) Brescia provincia = 14 (17.3%) Fuori = 3 (3.7%)
Posizione legale	Clandestini 57 (70%) Regolari 24 (30%)
Iscrizione SSN	No = 70 (86.4%) Si = 11 (13.6%)
Occupazione	No = 53 (65.4%) Si = 28 (34.6%)
Stato civile	Libero = 43 (53.1%) Coniugato = 38 = 46.9%)

(Tab. 1)

La sierologia positiva per HIV, confermata al il test Western-blot, e' stata riscontrata nel 4.9% (4/81) dei soggetti, di cui 3 soggetti erano di sesso maschile. Il tempo medio di immigrazione dei soggetti HIV+ era di 20 mesi (range 4.6-39.6) e la provenienza era : Romania 2, Sierra Leone 1 e Nigeria 1. Tutti i quattro soggetti vivevano in condizione di single ed erano di religione cristiana. Il 37% dei pazienti era positivo per almeno un marker sierologico per HBV, di cui solo il 4.9 % (4/81) è risultato portatore dell'antigene Australia. La prevalenza di infezione da HCV e' stata pari al 4.9% (4/81) e non è stata riscontrata nessuna coinfezione HBV-HCV. Dei 65 soggetti sottoposti al test HAV-Ab IgG, l' 87.7% sono risultati positivi. La sierologia per sifilide ha evidenziato: positività per VDRL nel 2.5% , positività per TPHA nel 6.2%, un solo soggetto e' risultato positivo ad entrambe le sierologie. (Tab. 2).

Positivita' per HIV-Ab	4/81 (4.9%)
Positivita' per almeno un marker HBV	30/81 (37%)
Positivita' per HbsAg	4/81 (4.9%)
Positivita' per HCV-Ab	4/81 (4.9%)
Positivita' per HAV-Ab	57/65 (87.7%)
Positivita' per VDRL	2/80 (2.5%)
Positivita' per TPHA	5/80 (6.2%)
Positivita' per VDRL+TPHA	1/80 (1.25%)

(Tab. 2.)

### Discussione

L'esiguità del campione di pazienti finora inclusa nello studio non consente al momento di trarre conclusioni definitive, tuttavia i risultati preliminari della ricerca sembrano indicare una buona accettabilità dell'indagine. La popolazione di studio appare rappresentativa dell'universo dell'immigrazione nella nostra area, a cui è prevalentemente rivolta l'attività del CSI. Si tratta infatti di soggetti recentemente immigrati, disoccupati, non iscritti al Sistema Sanitario Regionale e spesso non in regola con il permesso di soggiorno, che vivono in condizione di single. Le prevalenze della positività sierologica per i singoli agenti infettivi indagati risultano diversificate e necessitano di una conferma su un campione di popolazione più ampio in correlazione con specifici fattori di rischio. Il dato può risultare di rilievo da un punto di vista sia epidemiologico che preventivo e può contribuire ad incrementare le conoscenze su una tematica di attualità.

## VALUTAZIONE DEL QUANTIFERON-GOLD TEST NELL'IDENTIFICAZIONE DELL'INFEZIONE TUBERCOLARE LATENTE IN UNA POPOLAZIONE DI IMMIGRATI E NEI CONTATTI DI CASO DI TUBERCOLOSI DELLA PROVINCIA DI BRESCIA

A.C. Carvalho<sup>2</sup>, M.C. Pezzoli<sup>1,2</sup>, C. Scarcella<sup>1</sup>, A.M. Indelicato<sup>1</sup>, P. Arce<sup>2</sup>, I. El Hamad<sup>1,2</sup>, S. Bigoni<sup>2</sup>, A. Matteelli<sup>2</sup>, C. Scolari<sup>1</sup>, G. Carosi<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Centro di Salute Internazionale, Azienda Sanitaria Locale, Brescia

<sup>2</sup> Istituto di Malattie Infettive e Tropicali, Università degli Studi di Brescia

### Razionale

La tubercolosi (TB) è tornata ad essere una priorità di sanità pubblica anche nei paesi ricchi per fenomeni recenti come l'epidemia dell'AIDS, l'insorgenza di micro-epidemie in ambienti chiusi (ospedali, carceri, ecc) e l'aumento del flusso migratorio. Nei Paesi con bassa prevalenza di TB, come è il caso dell'Italia, l'identificazione e trattamento dell'infezione tubercolare latente, che impedisce che la persona infettata dal *Mycobacterium tuberculosis* (MTB) sviluppi la malattia, è con il trattamento del paziente con TB bacillifera un intervento di sanità pubblica costo-efficace per il controllo della TB. L'uso della chemioprolifassi è raccomandato nelle popolazioni a più alto rischio di riattivazione endogena tra i quali si annoverano i soggetti recentemente immigranti ed i soggetti HIV-sieropositivi.

Il primo passo per l'attuazione di un programma di chemioprolifassi anti-tubercolare è la corretta identificazione degli individui infettati dal MTB. L'identificazione dello stato d'infezione tubercolare latente è affidata esclusivamente al test cutaneo tubercolinico, che sfrutta la reazione d'ipersensibilità ritardata al PPD instauratasi come conseguenza dell'avvenuta infezione. Tuttavia il test tubercolinico è di difficile interpretazione a causa della variabilità individuale nella lettura del risultato, la difficoltà nella definizione di un "cut-off" di positività, l'incapacità di distinguere un'infezione tubercolare recente da una avvenuta anni prima. A questi fattori si associano la possibilità di reazione crociata tra PPD e gli antigeni degli altri micobatteri, tra questi il bacillo vaccinale (BCG).

In questo scenario, la disponibilità di test diagnostici dell'infezione tubercolare latente che siano al contempo accurati, di facile realizzazione (per esempio, che richiedano un'unica visita del paziente) e di basso costo, avrebbero un elevato impatto sui programmi di controllo della TB.

Il Quantiferon (Cellestis Limited, Victoria, Australia) è un test automatizzato che si basa sulla stimolazione dei linfociti T effettori/memoria con antigeni specifici o mitogeni e successiva quantificazione dell'interferon gamma prodotto tramite l'ELISA single-step. I vantaggi del Quantiferon rispetto al test tubercolinico con il PPD si basano sulla possibilità di differenziare l'infezione da MTB da quella causata da *M. avium* e sulla disponibilità del risultato dopo 24 ore e con un'unica visita del paziente. Rispetto ad altri test in vitro il quantiferon offre il significativo vantaggio di utilizzare sangue totale (non diluito e non frazionato). Gli studi clinici

realizzati finora hanno rivelato una sensibilità tra il 70% e il 90% e una specificità intorno al 98%, con un buon indice di concordanza con il test tubercolinico. Il test è approvato dall'FDA americana per l'identificazione dell'infezione tubercolare latente. Nel 2003 è stato messo a punto un nuovo kit Quantiferon, chiamato Quantiferon-TB Gold, che utilizza antigeni del MTB quali l'ESAT-6 e il CFP-10. Grazie all'utilizzo di questi antigeni più specifici, presenti nel MTB ma assenti nei ceppi di *M. bovis* (BCG) e nella maggior parte dei micobatteri ambientali, il Quantiferon-Gold potrà differenziare la risposta dovuta all'infezione da MTB e la reattività aspecifica da BCG e da altri micobatteri ambientali.

### **Obiettivi**

Nel presente studio ci prefiggiamo di definire e comparare le caratteristiche (sensibilità, specificità, VPP e VPN) del nuovo test Quantiferon TB-Gold nell'identificazione dell'infezione tubercolare latente in immigrati recentemente arrivati in Italia ed in contatti di caso di TB bacillifera, utilizzando come standard il test tubercolinico cutaneo.

**Metodologia:** lo studio è stato realizzato presso l'ambulatorio del Centro di Salute Internazionale dell'ASL di Brescia; sono stati arruolati immigrati provenienti da Paesi ad alta endemia tubercolare (prevalenza > 50 casi/100.000), in Italia da meno di 5 anni, di entrambi i sessi, con età compresa fra 18 e 35 anni e i contatti (coabitanti) di pazienti con tubercolosi polmonare bacillifera (caso indice) diagnosticata negli ultimi dodici mesi. Da tutti i partecipanti è stato ottenuto il consenso informato per la partecipazione allo studio; ad essi è stato somministrato un questionario standardizzato, con domande riguardanti la realizzazione precedente di test tubercolinico, status vaccinale per il BCG, fattori di rischio per l'infezione da HIV, storia di contatto con pazienti con TB, segni e sintomi indicativi di malattia tubercolare attiva. In seguito è stato applicato il test tubercolinico (5 IU di PPD-S con la tecnica di Mantoux) e sono stati prelevati 10 ml di sangue venoso per la realizzazione del test Quantiferon-Gold. I partecipanti sono stati orientati a ritornare 48-72 ore dopo l'esecuzione della I.D. Mantoux per la lettura del risultato, che è stato considerato positivo se l'indurimento cutaneo è stato  $\geq 10$  mm.

La concordanza tra i risultati ottenuti con il test Quantiferon-Gold e i risultati ottenuti con il test tubercolinico è stata valutata utilizzando il coefficiente kappa. La sensibilità, la specificità, il VPP e il VPN del test Quantiferon-Gold sono stati calcolati confrontando i risultati con quelli del PPD-S. I dati sono stati inseriti in un database locale costruito con il software **Access 2000**. Per l'analisi statistica dei risultati è stato utilizzato il programma SPSS, versione 11.0.

### **Risultati**

Da febbraio ad aprile 2004 sono stati arruolati 80 soggetti; sono al momento disponibili i risultati dei test per i primi 44 di essi. I pazienti già testati sono risultati in

maggioranza maschi (71%), con un'età media di 29 anni ( $DS \pm 6,4$ ); il primo paese di provenienza è stato il Senegal (26%) e la percentuale di soggetti senza storia di contatto con TB recente è risultata pari al 95%. Il 64% (21/33) sono risultati positivi al test tubercolinico (9 partecipanti non sono tornati per la lettura), mentre 12 (29%) hanno avuto una risposta positiva al test Quantiferon-Gold. Nella tabella vengono confrontati i risultati del test Quantiferon-Gold e del test tubercolinico. Tre individui hanno presentato risultati discrepanti tra i due test (positivi al PPD e negativo al Quantiferon-Gold). La sensibilità, specificità, VPP e VPN sono stati, rispettivamente, 75%, 100%, 100%, 84%. Il kappa è stato di 0,79.

Quantiferon-Gold	Test tubercolinico (PPD)	
	positivo	negativo
positivo	<b>9</b>	<b>0</b>
negativo	<b>3</b>	<b>21</b>
	<b>12</b>	<b>21</b>

### Commenti

I risultati qui presentati sono ancora preliminari; la limitata numerosità del campione ci impedisce di raggiungere conclusioni definitive. Inoltre, la mancanza di un “gold standard” per la determinazione dell’infezione tubercolare latente impone l’uso del test tubercolinico come test di riferimento, nonostante i suoi limiti già precedentemente discussi. Abbiamo tuttavia riscontrato un buon indice di concordanza tra i due test (kappa di 0,79) oltre una specificità e un VPP del 100%. L’utilizzo di antigeni specifici del MTB da parte del test Quantiferon-Gold ci permette di ipotizzare che il nuovo test sarà di grande ausilio nel definire correttamente gli individui che hanno l’indicazione alla chemioprophilassi anti-TB.



## **II CENTRO DI SALUTE E ASCOLTO PER LE DONNE IMMIGRATE E I LORO BAMBINI: DALL'ANALISI DEI DATI DI ACCESSO ALLE MATERNITA' MILANESI DELLE DONNE IMMIGRATE ALLA SPERIMENTAZIONE DI UN NUOVO MODELLO ASSISTENZIALE.**

*G.Sacchetti, C.Gregori, L.Sacchi*

Clinica Ostetrico Ginecologica e Centro di salute e ascolto  
per le donne immigrate e i loro bambini  
dell'Azienda Ospedaliera S. Paolo di Milano.

Dal 1996 al 2003 si sono presentate ai reparti di maternità degli ospedali della Lombardia 149.030 donne straniere (rappresentando il 12.7% di tutti i ricoveri ostetrici della Regione Lombardia), con un grosso aumento progressivo dal 1999 – anno in cui le donne immigrate erano già circa 33.000.

L'impatto di questa realtà con l'attività clinica quotidiana è stato notevole, e ha evidenziato la difficoltà ad applicare alcuni principi fondamentali della pratica medica: sapere, saper essere, saper fare; infatti non conoscendo la lingua delle donne straniere di molteplici etnie, la loro gestualità, il loro vissuto della gravidanza, non è possibile adeguare il nostro approccio e fornire un'assistenza di buona qualità.

Il riscontro quotidiano dell'inadeguatezza del servizio fornito a queste donne, ha portato alcune operatrici della nostra Clinica Ostetrica, che avevano avuto esperienze di lavoro in altri Paesi, a sperimentare un modello assistenziale diverso, che tenesse conto delle difficoltà incontrate sia dalle pazienti nell'accesso alle strutture di assistenza materno infantile, sia degli operatori nell'incontro con soggetti a volte molto diversi sia per lingua che per cultura.

E' nato così il "Centro di Salute ed Ascolto per le Donne Straniere ed i loro Bambini", un progetto di due Aziende ospedaliere della città di Milano, S. Paolo e S. Carlo Borromeo, in collaborazione con la Cooperativa di donne straniere e italiane "Crinali Donne per un mondo nuovo", in rete con il Dipartimento ASSI dell' ASL – Città di Milano (i Consultori Familiari).

### Gli obiettivi principali del Centro sono:

- Assistenza continuativa in un'ottica di presa in carico globale della donna durante la gravidanza fisiologica e patologica
- Sostegno alla genitorialità delle donne migranti durante la gravidanza, il parto e il puerperio, che rappresentano momenti di particolare vulnerabilità
- Sensibilizzazione del personale dell'Azienda Ospedaliera alla dimensione transculturale dell'assistenza alle donne migranti e alle loro famiglie
- Diminuzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso
- Implementazione di tutte le azioni atte a semplificare la fruizione delle prestazioni sanitarie dell'utenza di riferimento.

Le attività attraverso le quali vengono perseguiti questi obiettivi sono schematizzabili come segue:

- ***Attività di accoglienza***
- Colloquio di accoglienza con personale sociosanitario e mediatrici linguistico culturali
- Orientamento nei servizi sociali e sanitari dell’Ospedale e del territorio
- Facilitazione dell’accesso ai servizi sociali e sanitari dell’Ospedale e del territorio
- Invii ai servizi deputati dell’Ospedale e del territorio.
  
- ***Attività di mediazione linguistico culturale***
- Presenza di mediatrici linguistico culturali in tutte le attività del Centro che ne necessitano.
  
- ***Attività ostetrico ginecologica***
- Visita ostetrica
- Visita ginecologica
- Corsi di accompagnamento alla nascita
- Attività ecografica di primo livello
- Colloqui pre e post IVG, certificazione
  
- ***Attività pediatrica***
- Visita pediatrica con particolare attenzione al primo anno di vita.
  
- ***Attività psicologica***
- Colloqui individuali
- Colloqui di coppia
- Consultazioni transculturali di gruppo
- Colloqui congiunti
- Consulenza agli operatori di tutto il Dipartimento Materno Infantile su casi particolari
  
- ***Attività sociale***
- Colloqui sociali
- Attività di accompagnamento alla madre bisognosa di accoglienza in strutture residenziali mamma-bambino prima e dopo il parto
- Attività di consulenza sociogiuridica per il riconoscimento dei minori.
  
- ***Attività di raccordo***
- Attività di raccordo con i Consultori Familiari e Pediatrici

- Attività di raccordo tra i Centri di salute e ascolto per le donne immigrate e le loro famiglie delle due Aziende Ospedaliere coinvolte
- Attività di raccordo con i servizi interni all’Ospedale e con servizi specialistici di altri Ospedali. (Reparto Maternità, Sala Parto e Pronto Soccorso Ostetrico, Centro Sterilità Servizio di Riproduzione Assistita e Centro di Diagnosi Prenatale, Day Hospital di Ostetricia e Ginecologia, Servizio Legge 194, Neonatologia, Pediatria, Neuropsichiatria Infantile, Psichiatria e CPS Territoriali, Servizio Dietetico, Ufficio Relazioni con il Pubblico, Centro Unificato di Prenotazioni Ambulatori)

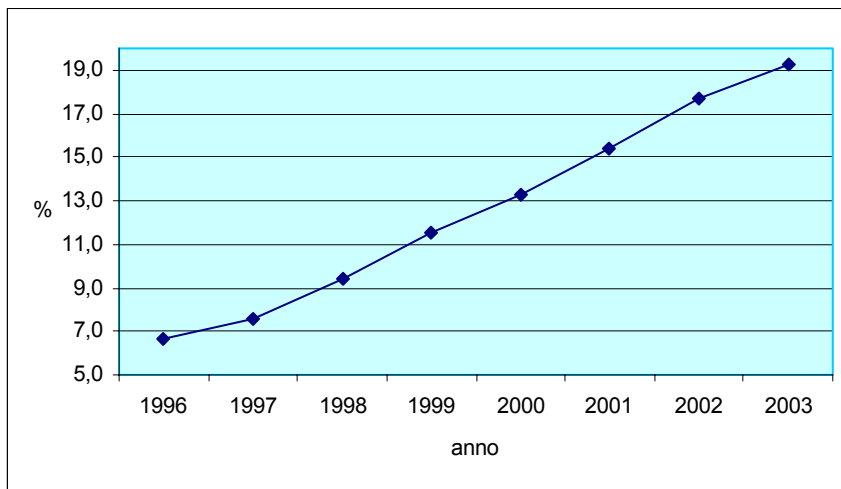
Sulla spinta di questa maggiore attenzione verso una nuova tipologia di utenza, non più vissuta come emergenza da cui non lasciarsi semplicemente travolgere, è iniziata un’analisi attenta della tipologia dei ricoveri ostetrici delle donne straniere degli Ospedali della Lombardia attraverso l’uso delle Schede di Dimissione Ospedaliera. Abbiamo cominciato con un monitoraggio dei ricoveri dal 1996 al 1999, evincendo immediatamente alcune caratteristiche che deve avere un’osservazione utile del fenomeno. Innanzi tutto quella di non considerare le etnie nell’insieme ma suddividerle in aree geografiche di provenienza (non è utile suddividere in singoli paesi poiché i numeri diminuiscono notevolmente ed i risultati sono sovrapponibili); in secondo luogo abbiamo analizzato il tipo di migrazione che ha caratterizzato i gruppi geografici ottenuti: ricongiungimenti familiari, migrazione con il partner o comunque in un contesto protetto, migrazione in solitudine. Ovviamente i comportamenti ostetrici di queste donne vengono molto influenzati dalle condizioni socio-economiche in cui si trovano al momento del riscontro della gravidanza o della presa in considerazione di una contraccezione sicura.

Attraverso l’analisi dei ricoveri del quadriennio 1996-1999 avevamo previsto un trend di crescita annua di due punti percentuali, e tre anni dopo abbiamo avuto conferma di questa stima.

**(Tabella 1)**

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
n. totale ric. Ostet.	142.524	145.143	146.530	147.038	148.605	148.729	148.593	148.920
<b>n. ric. Ostet. donne straniere</b>	<b>9.598</b>	<b>10.974</b>	<b>13.800</b>	<b>16.871</b>	<b>19.837</b>	<b>22.889</b>	<b>26.254</b>	<b>28.807</b>
%	6,7	7,6	9,4	11,5	13,3	15,4	17,7	19,3

**(Figura 1)**



Suddividendo i ricoveri ostetrici in parti, IVG ed aborti spontanei abbiamo potuto osservare che, per quanto riguarda i parti, le straniere rappresentavano nel 1996 circa il 5% delle pazienti, e nel 2003 il 15.3%.

**(Tabella 2)**

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
<i>N. TOTALE RICOVERI PER PARTO</i>	78.149	78.982	81.105	83.042	85.089	86.730	87.610	89.728
N. Ricoveri per parto di donne lombarde	73.959	74.434	75.348	75.710	76.329	76.345	76.293	76.009
<b>N. RICOVERI PER PARTO DI DONNE STRANIERE</b>	<b>4.190</b>	<b>4.548</b>	<b>5.757</b>	<b>7.332</b>	<b>8.760</b>	<b>10.385</b>	<b>11.317</b>	<b>13.719</b>
%	5,4	5,8	7,1	8,8	10,3	12,0	12,9	15,3

La maggior parte di queste donne provengono dall'Europa dell'Est, dal Nord Africa e dal Centro-Sud America (vedi tabella 3)

**(Tabella 3)**

	1996	1997	1998	1999	2000	2001
<b>Europa occidentale</b>	466	468	526	525	630	583
<i>Incidenza sul totale</i>	11,1%	10,3%	9,1%	7,2%	7,2%	5,6%
<b>Europa dell'Est e Ex URSS</b>	758	846	1114	1519	1872	2451
<i>Incidenza sul totale</i>	18,1%	18,6%	19,4%	20,7%	21,4%	23,6%
<b>Medio Oriente</b>	108	96	137	148	177	191
<i>Incidenza sul totale</i>	2,6%	2,1%	2,4%	2,0%	2,0%	1,8%
<b>Estremo Oriente</b>	318	349	484	636	773	921
<i>Incidenza sul totale</i>	7,6%	7,7%	8,4%	8,7%	8,8%	8,9%
<b>Cina</b>	258	238	310	443	552	585
<i>Incidenza sul totale</i>	6,2%	5,2%	5,4%	6,0%	6,3%	5,6%
<b>Filippine</b>	362	342	427	486	581	574
<i>Incidenza sul totale</i>	8,6%	7,5%	7,4%	6,6%	6,6%	5,5%
<b>Nord Africa</b>	845	1045	1334	1762	2042	2466
<i>Incidenza sul totale</i>	20,2%	23,0%	23,2%	24,0%	23,3%	23,7%
<b>Centro e Sud Africa</b>	419	450	585	762	876	1017
<i>Incidenza sul totale</i>	10,0%	9,9%	10,2%	10,4%	10,0%	9,8%
<b>Nord America</b>	42	41	58	72	56	53
<i>Incidenza sul totale</i>	1,0%	0,9%	1,0%	1,0%	0,6%	0,5%
<b>Centro Sud America</b>	535	596	718	905	1166	1518
<i>Incidenza sul totale</i>	12,8%	13,1%	12,5%	12,3%	13,3%	14,6%
<b>Oceania</b>	8	8	12	11	8	20
<i>Incidenza sul totale</i>	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%	0,2%
<b>Apolidi</b>	71	69	52	63	27	6
<i>Incidenza sul totale</i>	1,7%	1,5%	0,9%	0,9%	0,3%	0,1%
<b>TOTALE</b>	<b>4.190</b>	<b>4.548</b>	<b>5.757</b>	<b>7.332</b>	<b>8.760</b>	<b>10.385</b>

Per quanto riguarda le interruzioni volontarie di gravidanza il dato che si ottiene è ancora più eclatante: le donne straniere sono passate dal rappresentare il 12.1% nel 1996, al rappresentare il 36.1% nel 2003 (vedi tabella 4).

**(Tabella 4)**

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
<i>n. totale ricoveri per i.v.g.</i>	20.953	21.253	21.743	22.562	22.723	23.268	23.892	23.531
N. ricoveri per IVG di donne lombarde	18.414	18.276	17.940	17.913	17.008	16.380	15.883	15.031
<b>n. ricoveri per ivg di donne straniere</b>	<b>2.539</b>	<b>2.977</b>	<b>3.803</b>	<b>4.649</b>	<b>5.715</b>	<b>6.888</b>	<b>8.009</b>	<b>8.500</b>
<b>%</b>	<b>12,1</b>	<b>14,0</b>	<b>17,5</b>	<b>20,6</b>	<b>25,2</b>	<b>29,6</b>	<b>33,5</b>	<b>36,1</b>

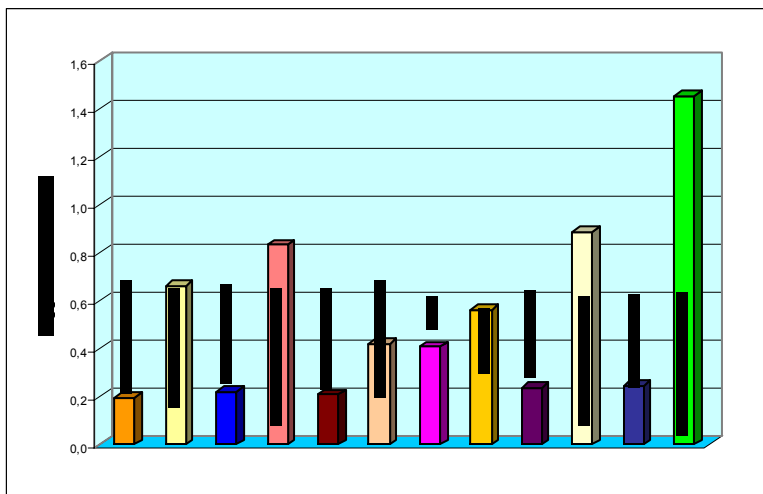
La suddivisione per etnie ci permette di notare che le donne che si sottopongono più frequentemente ad interruzione volontaria di gravidanza provengono dall'Europa dell'Est, dall'Ex Unione Sovietica e dal Centro-Sud America; queste aree geografiche sembrerebbero non avere nulla in comune se non il fatto che queste donne emigrano generalmente da sole, senza un contesto familiare in grado di accogliere una gravidanza.

	1996	1997	1998	1999	2000	2001
<b>Europa occidentale</b>	135	120	134	131	145	129
<i>Incidenza sul totale</i>	5,3%	4,0%	3,5%	2,8%	2,5%	1,9%
<b>Europa dell'Est e Ex Unione Sovietica</b>	565	742	991	1285	1626	2044
<i>Incidenza sul totale</i>	22,3%	24,9%	26,1%	27,6%	28,5%	29,7%
<b>Medio Oriente</b>	24	21	30	31	32	40
<i>Incidenza sul totale</i>	0,9%	0,7%	0,8%	0,7%	0,6%	0,6%
<b>Estremo Oriente</b>	172	203	262	305	348	388
<i>Incidenza sul totale</i>	6,8%	6,8%	6,9%	6,6%	6,1%	5,6%
<b>Cina</b>	118	115	140	159	206	239
<i>Incidenza sul totale</i>	4,6%	3,9%	3,7%	3,4%	3,6%	3,5%
<b>Filippine</b>	211	231	277	319	306	322
<i>Incidenza sul totale</i>	8,3%	7,8%	7,3%	6,9%	5,4%	4,7%
<b>Nord Africa</b>	247	268	336	412	516	593
<i>Incidenza sul totale</i>	9,7%	9,0%	8,8%	8,9%	9,0%	8,6%
<b>Centro e Sud Africa</b>	485	573	635	797	855	905
<i>Incidenza sul totale</i>	19,1%	19,2%	16,7%	17,1%	15,0%	13,1%
<b>Nord America</b>	12	17	11	10	13	13
<i>Incidenza sul totale</i>	0,5%	0,6%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%
<b>Centro Sud America</b>	563	679	963	1195	1653	2209

<i>Incidenza sul totale</i>	22,2%	22,8%	25,3%	25,7%	28,9%	32,1%
<b>Oceania</b>	4	3	2	2	2	1
<i>Incidenza sul totale</i>	0,2%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
<b>Apolidi</b>	2	5	22	3	13	5
<i>Incidenza sul totale</i>	0,1%	0,2%	0,6%	0,1%	0,2%	0,1%
<b>TOTALE</b>	<b>2.538</b>	<b>2.977</b>	<b>3.803</b>	<b>4.649</b>	<b>5.715</b>	<b>6.888</b>

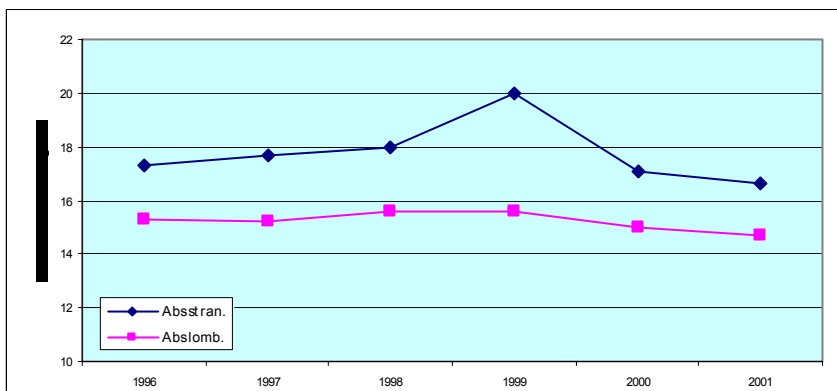
E' molto interessante osservare questi dati attraverso il rapporto parti/IVG (vedi figura 2)

**(Figura 2)**



Per quanto riguarda la percentuale di aborti spontanei nelle donne straniere, sembra di poter rilevare una maggiore fragilità di queste gravidanze nel primo trimestre (vedi Figura 3) per ragioni che sarebbe interessante individuare.

**(Figura 3)**



**N. B.** I dati delle SDO sono stati assunti da un lavoro di E.L. Tuveri della D.G. Sanità della Regione Lombardia e coll. in stampa.

**Considerazioni sul modello assistenziale dei centri di salute e ascolto.**

In quattro anni di attività dei Centri, dal 2000 al 2003, che hanno effettuato un numero rilevante di prestazioni - circa 15.000 tra donne e bambini – hanno avuto accesso circa 3500 donne e 1000 bambini (la figura della pediatra è stata presente circa 2 anni dopo l’inizio dell’attività del Centro). Nei primi due anni di lavoro l’èquipe, costituita da operatrici - ginecologa, ostetrica, pediatra, psicologa, assistente sociale e le mediatrici linguistico culturali – ha sviluppato una metodologia di lavoro nuova e diversa dalla comune pratica medica ospedaliera – interdisciplinarietà, interventi sociali e psicologici congiunti alla la prestazione sanitaria, accesso libero al Centro, presenza della nuova figura della mediatrice linguistico culturale nel rapporto medico-paziente.

In questa fase i Centri di salute e ascolto erano dei luoghi un pò “anomali” nell’organizzazione delle nostre Aziende sanitarie: la flessibilità dell’accesso, la “promiscuità” di prestazioni, non solo sanitarie ma anche psicologiche e sociali, la presenza di “professioniste” dalla pelle di vari colori (le mediatrici linguistico culturali), la metodologia di lavoro che prevedeva molti momenti, soprattutto nel primo anno, di riflessione e discussione sul proprio operato, ne facevano un esperimento che da un lato interessava colleghi e utenti italiani, ma dall’altra sviluppava a volte diffidenza, perplessità e paura che una nuova organizzazione scardinasse troppo la routine delle nostre procedure. Proprio in quel momento ci sarebbe stato il rischio di isolarsi o isolare l’esperienza, costruendo un “luogo a parte” dove le donne e le famiglie immigrate trovassero una buona accoglienza e dove fosse possibile dare una risposta terapeutica adeguata. Ma sia l’aumento degli immigrati in molti altri reparti dell’Ospedale, senza escludere il Pronto Soccorso, sia la consa-



pevolezza che fosse indispensabile creare una rete intraospedaliera e sul territorio per dare continuità ai momenti più importanti del percorso riproduttivo della donna immigrata (parto e aborto), hanno fatto sì che il nuovo modello assistenziale “abbia creato disturbo” e sia stato “costretto” a uscire dalle sue stanze per far conoscere sia la tipologia dei “nuovi” pazienti immigrati, sia un nuovo modo di lavorare degli operatori, sia una nuova figura professionale – la mediatrice linguistico culturale - che, anche se non ancora riconosciuta ufficialmente, ha certamente modificato il nostro modo di conoscere e curare pazienti di altre culture.

E così operatori di altri reparti – medicina, chirurgia, oncologia, psichiatria, Centro unico di prenotazione, laboratorio di analisi, Pronto Soccorso – hanno cominciato a richiedere l'intervento della mediatrice linguistico culturale; questa crescente richiesta ha portato nell'anno 2003 alla stipulazione di una convenzione tra la nostra Azienda Ospedaliera e la Cooperativa Crinali per l'intervento delle mediatrici linguistico culturali sia per interventi diretti con i pazienti sia per eventuali traduzioni di materiali informativi.

Ma dove più chiara era l'esigenza di costruire una continuità assistenziale per le donne immigrate, erano i reparti di degenza ordinaria o DH del Dipartimento materno infantile.

Infatti il reparto di ginecologia, patologia della gravidanza, gli ambulatori di ecografia di 2° livello, l'ambulatorio di malattie infettive in gravidanza, il puerperio, il servizio per la 194, la neonatologia, il reparto di pediatria, sono presto diventati dei luoghi dove la domanda di presenza delle mediatrici culturali era quasi quotidiana. Soprattutto in alcuni Servizi particolari come la Diagnosi Prenatale e il Centro di Sterilità, gli operatori sono costretti a tener conto di diversi contesti culturali, sia al momento della diagnosi (malformazione fetale) e della comunicazione della stessa (impossibilità di procreare) o della proposta terapeutica (aborto terapeutico, tecniche di riproduzione assistita).

Un altro intervento che ci è parso molto importante in questi anni di lavoro con famiglie di altre culture è quello della formazione degli operatori, sia sanitari che amministrativi: sono stati effettuati quattro corsi aperti a tutti gli operatori aziendali, sulle tematiche della relazione con la diversità, la conoscenza delle tradizioni sulla gravidanza e parto, sulle cure e sull'educazione del bambino in altre culture, sui flussi migratori e sull'esperienza della migrazione. La partecipazione degli operatori è stata buona e ha prodotto – come attività di tirocinio - la stesura di consensi informati in varie lingue, soprattutto in campo ostetrico: consenso al taglio cesareo, al parto vaginale dopo taglio cesareo, a tutte le pratiche di fecondazione assistita, all'amniocentesi, all'induzione al travaglio di parto.

Quello che però era già ai primi anni uno dei punti più critici del progetto – **la precarietà e il finanziamento** – è rimasto tale; fino ad ora la possibilità di dare continuità all'attività del Centro è legata alla presentazione di un progetto annuale di richiesta di fondi per l'immigrazione, erogati dalla ex-legge 40. Tale precarietà si è talvolta aggravata a tal punto di ritardare l'apertura del Centro dopo l'estate,

mettendo in difficoltà le mediatrici culturali e la loro Cooperativa per quanto riguarda la parte economica e le pazienti stesse che afferivano al Centro.

In questi primi mesi del 2004 abbiamo fortemente coinvolto i nostri Direttori Generali, nel proporre una “istituzionalizzazione”, dei Centri, in modo tale da renderli stabili e non più soggetti a “cancellazioni” variabili e saltuarie.

Crediamo infine che sia giunto il momento in cui la sperimentazione innovativa di modelli assistenziali rivolti agli immigrati, nata dalla buona volontà e dalla competenza professionale degli operatori, debba essere inserita nella programmazione degli Assessorati Regionali, coadiuvata da Osservatori Epidemiologici sull’immigrazione sia regionali che nazionali.

## **La attività di diagnosi precoce della patologia neoplastica mammaria per le donne immigrate: l'esperienza di Bologna.**

*Gianni Saguatti*

Centro di Diagnostica Senologica Ospedale Maggiore Bologna

Il cancro mammario è il più frequente dei tumori femminili e costituisce la principale causa di morte nelle donne.

I nuovi casi registrati in Europa nel 1995 sono stati 321.000 e sono stati responsabili del 17% delle morti femminili. La mortalità sta però presentando una tendenza alla diminuzione calcolabile intorno all'1-2% all'anno; la corrispondente crescita della sopravvivenza viene comunemente fatta risalire alla diffusione della cultura di diagnosi precoce ed al miglioramento del trattamento.

In Regione Emilia Romagna la incidenza nel 1997 è stata di 3300 casi, con 976 casi di morte.

Il Programma di Screening Mammografico della Emilia Romagna, esteso su tutto il suo territorio, è stato intrapreso a partire dal 1996: si fonda, secondo i canoni della evidenza di efficacia scientificamente dimostrata, sulla chiamata attiva della popolazione attiva residente, nella fascia di età tra 50 e 69 anni, per la effettuazione ad intervallo biennale di una indagine mammografica standard in duplice proiezione.

La attività regionale è articolata sulla operatività di 13 distinti programmi facenti capo alle 13 diverse Aziende Sanitarie Locali, secondo un modello "partecipato" con coordinamento e direzione tecnica a livello centrale.

In questo contesto e con le riferite modalità si sviluppa il programma della Asl di Bologna, nato nel 1997 ed attualmente giunto al suo quarto round. Tra i suoi caratteri peculiari la offerta di una filiera assistenziale completa, che in una ovvia logica di governo clinico assicura alle donne che rispondano all'invito la copertura di tutte le necessità relative alla diagnosi, al trattamento ed alla riabilitazione che possano eventualmente manifestarsi come necessarie a partire della test mammografico di base.

La partecipazione, in pratica il primo indicatore di qualità, è progressivamente salita dal 47% del primo round sino all'attuale 68%. Questo dato è a buon motivo comunemente considerato, per una realtà sociale in qualche misura definibile "metropolitana" (distinguibile come tale dalle realtà rurali) soddisfacente.

Si consideri inoltre che il progressivo affermarsi della conoscenza diffusa del programma di screening ha contribuito a determinare presso la popolazione femminile, secondo un puntuale "effetto alone", una costantemente maggiore sensibilità alle tematiche della diagnosi precoce del tumore mammario; appare chiaro come tale elemento travalichi la necessariamente rigida impostazione dei programmi di chiamata attiva, rivolti come detto unicamente alle donne residenti nel territorio della Asl che siano comprese nella specifica fascia di età tra i 50 ed i 69 anni.

Al progetto per la semplificazione dell'accesso alle prestazioni sanitarie per la popolazione immigrata ed italiana indigente (sviluppato in collaborazione tra Palermo e Bologna) ed all'inserimento al suo interno della attività sanitaria per la diagnosi precoce delle neoplasie mammarie, si deve una rinnovata particolare attenzione degli Operatori del Programma di Screening bolognese alle tematiche delle fasce di utenti in questo senso più problematiche.

E' stato così possibile verificare che se la compliance globale raggiunge ora, come detto, il 68%, lo stesso dato precipita bruscamente ove lo si riferisca solamente alle donne immigrate: pur con una generalizzazione, che accomunando le provenienze risulta certo non corretta sul puro piano statistico-epidemiologico ma mantiene comunque tutta la sua forte significatività, non si supera infatti il 30%.

Và da sé che all'interno di tale dato esistono differenze ancora più forti in relazione ai differenti Paesi di provenienza (comunitari o extracomunitari, nordamericani o di altri continenti...).

Ancora più ovvia considerazione sta nel riconoscere come ben più frequente il carattere di "residente" per le donne di alcune nazionalità rispetto ad altre.

Resta dunque la consapevolezza di un numero cospicuo di donne cui l'offerta sanitaria non viene neppure proposta, ancor prima di valutare l'appropriatezza degli strumenti informativi prescelti.

E' risultato indispensabile, nella progressione del lavoro, distinguere tra le azioni legate alla realizzazione dal Progetto e la ricaduta che queste potranno più globalmente avere sulla già esistente attività di diagnosi.

In questo senso, ad esempio, si è ritenuto di indirizzare la attenzione in primis sulla comunità filippina per poi riprodurre l'intervento sulla comunità maghrebina e da ultimo sulle donne dell'Est europeo.

Il tentativo, in altre parole, è quello di procedere attraverso fasi distinte ma tra loro collegate:

- 1) valutare secondo tempi e modi previsti dal Progetto le modalità di contatto, gli strumenti comunicativi e l'efficacia dell'intervento sulle tre appartenenze riferite
- 2) facilitare l'inserimento delle donne sensibilizzate nei percorsi diagnostici già in essere
- 3) estendere l'opera di sensibilizzazione alle donne delle altre nazionalità.

La prima azione intrapresa è consistita in un incontro pubblico tra le donne della comunità filippina (particolarmente numerosa nella realtà bolognese) e gli Operatori dello Screening Mammografico, organizzato con il contributo fondamentale di una Mediatrice Culturale.

Per l'occasione è stato preparato adeguato materiale informativo in lingua, così da affiancare agli argomenti affrontati materiale documentale sui temi specificamente legati alla patologia in questione ed al valore della diagnosi precoce.

La buona efficacia della iniziativa ha visto conferma nella adesione assai larga all'invito a sottoporsi al test mammografico di base.

Ancora, il momento di effettuazione della mammografia ha fornito una ulteriore opportunità per reiterare il messaggio di coinvolgimento e per informare sui diversi aspetti di una attività diagnostica così articolata.

Sulla scorta di questo inizio di esperienza, la azione che verrà portata avanti nel prossimo futuro, contestualizzata secondo il Progetto nelle più ampie tematiche di educazione alla salute, sembra doversi basare su alcuni elementi concettuali di base:

- 1) ricercare contatti e momenti di confronto con le diverse comunità, separatamente: questo consente maggiore facilità nel dialogo e migliore possibilità di comprensione dei temi e delle problematiche (legate ad elementi culturali, religiosi, sociali) che possono in qualche modo costituire ostacolo all'accesso alle prestazioni sanitarie.
- 2) Ricercare modalità di comunicazione, fondate principalmente sulla scelta di materiale informativo adeguato e sull'uso della lingua madre, che permettano una più ampia conoscenza delle necessità legate alla salute e delle opportunità che in questo senso vengono proposte.
- 3) Offrire un modello sanitario quanto più possibile duttile e snello, lontano da eccessiva rigidità organizzativa, che risponda alle esigenze personali (familiari, lavorative) delle singole donne.

## L'INTERCULTURA UNA STRADA PER SUPERARE I LIMITI DELLA GLOBALIZZAZIONE

*Mario Grasso*

La rivoluzione mobiletica e l'intensificarsi della mobilità umana internazionale hanno determinato un'accelerazione della frequenza e della velocità delle relazioni fra popoli. La multiculturalità diventa così un'esperienza sempre più "normale" e quotidiana nelle moderne società globali, basate sul mercato e sullo scambio, sulla mondializzazione dei contatti, sulla libera circolazione del capitale e la contemporanea limitata possibilità di circolazione degli individui, frenata, a vario titolo, dagli Stati. Una contraddizione solo apparente fra un dichiarato universalismo e la sua contemporanea negazione pratica attraverso processi di sottrazione della dignità dell'essere umano e di utilitaristico rifiuto del contatto con l'altro. Stereotipi e pregiudizi vengono diffusi insieme all'immagine apocalittica dell'invasione di masse di disperati in lotta con i cittadini nella guerra per il lavoro, per la casa, per l'esistenza. Allora le frontiere diventano barriere e l'individuo diventa uno "straniero", diventa "il diverso", incarnando quasi l'antitesi rispetto all'uomo occidentale e catalizzando su di sé l'idea di una diversità irriducibile e assoluta. Ed è per differenza che il migrante viene descritto e percepito. Una diversità talmente totalizzante da annullare l'individuo che ne è portatore. Questo diviene oggetto di una visione sintetica e omologata, che semplifica e banalizza i diversi tratti culturali, omogeneizzati ed incasellati in una generica categoria di diversità. Attraverso processi di semplificazione cognitiva il pluriforme mondo dei migranti viene appiattito per ridursi ad un universo privo di dignità cui è sottratto ogni valore umano e cognitivo. Così il migrante diviene una "non-persona"<sup>16</sup>, e nelle coscienze si radica un principio di diversità che si pone alla base dell'elaborazione di un razzismo differenzialista, con un relativismo delle culture che si fonda sull'estremizzazione delle differenze intese in chiave valutativa e gerarchica,<sup>17</sup> per cui il gruppo dominante si auto-attribuisce caratteri di positività e parallelamente attribuisce all'altro negatività. Il giusto superamento di un punto di vista etnocentrico diventa l'alibi per giustificare nuove forme di discriminazione, che poggiano sulle specifiche differenze culturali dei popoli. Il diritto alla diversità diventa il fondamento del princi-

---

<sup>16</sup> Vengono messi in atto di processi di "neutralizzazione" essenziali nella trasformazione indolore delle persone in non persone: «Le procedure di neutralizzazione sono raramente tematizzate come tali, possono essere il frutto di strategie deliberate o di circostanze "oggettive", ma operano comunque nei termini di uno spostamento implicito di significati. Lo spostamento si realizza mediante pratiche di categorizzazione, astrazione, amplificazione, ristrutturazione cognitiva, che consentono non già di tacere dei processi di distruzione delle persone, ma di parlarne in termini letteralmente spersonalizzati»; A. Dal Lago, *Non persone, L'esclusione dei migranti nella società globale*, Feltrinelli, Milano, 1999, p. 211.

<sup>17</sup> P.A. Taguieff, *La forza del pregiudizio*, Il Mulino, Bologna, 1994 pag. 13.

pio di separatezza fra popoli e culture che vengono disposte su una scala gerarchica e valutativa.

Si erigono barriere ideologiche che separano i mondi esistenziali ed esperenziali di soggetti che vivono diverse dimensioni di un contesto sociale composto da livelli paralleli; ma l'interazione, per quanto limitata, genera scambio, origine e fondamento dei processi di elaborazione/rielaborazione delle culture. La mobilità degli uomini si trasforma in una mobilità delle loro produzioni culturali che si incontrano, si scontrano e si fondono.

Le nostre società multiculturali pongono oggi la necessità di discutere intorno alla presenza simultanea di soggetti di diversa provenienza, portatori di differenti schemi cognitivi e comportamentali. Questi rappresentano nuovi differenti codici alla base della relazione fra singoli e gruppi che, per permettere la comunicazione, devono essere conosciuti e condivisi.<sup>18</sup> Si dimostra fondamentale il valore della conoscenza nel consentire un livello di interculturalità che vada oltre la convivenza per diventare relazione significativa e scambio pur nel mantenimento delle proprie specificità. Se, infatti, la multiculturalità prende atto della pluralità degli elementi in gioco, della coesistenza di fatto di molteplici culture e sub-culture, l'interculturalità muta prospettiva per preoccuparsi degli ostacoli alla comunicazione ed alle modalità per la loro risoluzione. In questi processi la cultura si manifesta come dialogo con se stessa e con gli altri, come elemento capace di trasformarsi, capace di una creatività «che permette di passare dalla cultura come prodotto alla cultura come processo»<sup>19</sup>.

Il mantenimento delle proprie peculiarità, nonostante l'intensificarsi dei contatti interetnici, porta a riflettere sui processi di formazione delle identità culturali. La cultura di un popolo, incarnata nell'identità del singolo, non esiste in astratto e non è un dato immutabile ed eterno, ma un costrutto dinamico, legato a processi di costruzione sociale e soggetto a mutamenti e trasformazioni; un processo da cui si originano forme simboliche che diventano oggettive e vengono interiorizzate attraverso processi di socializzazione. Le culture diventano, così, «sistemi di simboli significanti»<sup>20</sup>, schemi di riferimento capaci di dirigere l'agire dei soggetti singoli e collettivi, orientando le relazioni interetniche e le modalità di convivenza. Oggi le culture tendono a manifestarsi come sistemi chiusi ed autoreferenti, non disponibili al contatto ma diretti a preservare intatte le proprie specificità; è indicativa, a questo proposito anche la recrudescenza dei movimenti nazionalistici che propugnano il mantenimento di identità etnico-nazionali, sottolineando la necessità di protezione dei confini, a livello simbolico e materiale, e l'opportunità della loro difesa.

---

<sup>18</sup> La comunicazione significativa è possibile nella misura in cui i vari gruppi imparino la cultura reciproca e possano disporre dei medesimi codici; cfr. P.M. Blau, *Il paradosso del multiculturalismo*, in "Rassegna Italiana di Sociologia", n. 1, 1995, pp. 53-63

<sup>19</sup> Camilleri Camel, *Verso una società interculturale*, Celim, Bergamo, 1992

<sup>20</sup> C. Geertz, *Interpretazione di culture*, Il Mulino, Bologna, 1987, pag. 91

Escludere simbolicamente l'altro equivale ad escluderlo materialmente, a mantenerlo in uno stato di marginalità sociale che ne favorisce l'inserimento nei segmenti più precari del mercato del lavoro e, contemporaneamente, lo esclude dal godimento dei principali diritti politici come quello di cittadinanza.

In un contesto in cui la marginalizzazione è funzionale allo sfruttamento economico del migrante<sup>21</sup> prende corpo il valore dell'intercultura, intesa come momento di rottura di una politica di isolamento e di delegittimazione dell'altro. Si tratta di una dimensione basata su un complesso di valori, orientamenti, atteggiamenti che dirigono l'agire sociale, in termini di scelte individuali e collettive, dei soggetti che convivono in una stessa società; una dimensione culturale basata sui principi dell'interdipendenza e della reciprocità, della relazione significativa con l'altro. L'intercultura diventa il momento propositivo e costruttivo, un momento progettuale che sta alla base dei processi di cambiamento attraverso l'educazione delle nuove generazioni e la costruzione di nuovi modelli di convivenza e di relazione sociale. Pilastro fondamentale è l'attribuzione di valore e la legittimazione della diversità che presuppone un momento di dialogo e di incontro che vada oltre le frontiere fortificate, geografiche e sociali, che vengono quotidianamente erette; che prenda coscienza del valore socialmente costituito delle realizzazioni culturali e riscopra il valore dell'individuo e la sua potenzialità di autodeterminazione nei processi di interazione sociale. L'uomo, infatti, non si annulla totalmente nelle specifiche realizzazioni culturali da cui è determinato e che partecipa a determinare; egli è principalmente individuo, portatore di uno specifico modo di essere che chiede di essere riconosciuto, di emergere dal blocco della massa indistinguibile che affolla i marciapiedi delle città. E' ancora la conoscenza a confermare il suo ruolo di strumento di mutamento, capace di modificare e sfatare preconetti, stereotipi e pregiudizi quotidianamente rappresentati, e interrompere i processi di stigmatizzazione e di isolamento nei confronti del cosiddetto diverso<sup>22</sup>. Si tratta di predisporre ad una duplice apertura cognitiva ma anche umana, intesa a stabilire con l'altro un livello di comunicazione empatica che vada oltre la vicinanza fisica per divenire vicinanza emozionale e condivisione.

---

<sup>21</sup> Di qui il paradosso espresso da Zolberg nei termini di «*wanted but not welcome*»; A.R. Zolberg, *Strangers encounters*, in I. Simon-Barou, P.J. Simon (èds), *Les étrangers dans la ville. Le regard des sciences sociales*, L'Harmattan, Paris, 1990.

<sup>22</sup> Sui processi di stigmatizzazione sociale dello straniero influisce l'azione della socializzazione mass-mediatica, che veicola immagini legate all'invasione di massa e alle caratteristiche anomiche dell'immigrazione, indicato come potenziale pericolo per l'ordine sociale. Questa retorica dell'invasione partecipa all'annullamento della dimensione individuale della migrazione a vantaggio di una rappresentazione collettiva, per cui il singolo si annulla in una massa indistinta. La rappresentazione dell'immigrato è un elemento di condizionamento che agisce sulle scelte politiche e sui comportamenti sociali, innescando fenomeni di emarginazione, segregazione, rifiuto, o riuscendo a orientare dinamiche di comunicazione, dialogo, sviluppo delle risorse e delle potenzialità della popolazione immigrata.



Da questa prospettiva di reciprocità si deve apprendere la capacità di pensare con gli schemi dell'altro, assegnando a questi una reale valenza conoscitiva e legittimazione sociale e, soprattutto, superando le rigidità culturocentriche. Una strada che consente di interrompere il binomio diversità-rischio, per entrare nel binomio diversità-risorsa: in questa accezione la dinamica del diverso, la capacità di trasformazione di cui è capace lo straniero,<sup>23</sup> può essere letta come fattore positivo e di crescita per lo sviluppo delle società umane. Si concretizza una dinamica per cui «l'interazione tra singoli come tra gruppi, ha senso quando apporta nuove conoscenze, le quali sono possibili nella misura in cui si riesce ad effettivamente capire l'altro ed entrare nella sua mente per rendersi conto com'egli pensa e perché agisce in un certo modo. Tale fatto cognitivo è una sorta di pensiero migrante che va nella mente dell'Altro e poi torna alla propria arricchito».<sup>24</sup>

Solo i processi di legittimazione sociale, riattribuendo dignità sociale al diverso, possono innescare nuovi creativi meccanismi di scambio e consentire ai migranti di vedere riacquistare validità al “pensare come al solito”; una circostanza che contribuisce a rendere agevole il mantenimento del *continuum* identitario nel modificarsi delle esperienze nel tempo e nello spazio ed a favorire i processi di riorganizzazione e ristrutturazione di sé nel nuovo contesto. L'intercultura diventa così costruzione del nuovo a partire da una pluralità di riferimenti tra loro in una relazione non gerarchica, ma paritetica.

### *L'intercultura come dialogo*

La sempre maggiore visibilità della diversità presente nelle società complesse e multiculturali, sottolinea il bisogno di elaborare forme di educazione che non si limitino a prendere coscienza delle distinte componenti, ma sappiano individuare una modalità di relazione improntata sulla reciprocità ed il dialogo. A questo fine le diverse normative comunitarie e nazionali, promuovono l'individuazione di politiche educative mirate a favorire lo scambio fra i diversi mondi coinvolti attraverso il confronto fra i singoli individui e la loro reciproca interazione. La finalità, più volte dichiarata, è quella di una rivoluzione prospettica, con l'abbandono di schemi basati sulla separazione delle esperienze e l'assunzione di una nuova impostazione di accoglienza profonda, che parta dalla disponibilità, cognitiva ed emozionale, ad accettare l'altro come «presenza interiore».<sup>25</sup>

---

<sup>23</sup> La teoria sociologica, a partire da Simmel e passando per autori come R.K. Merton, ha evidenziato i limiti delle tradizionali rappresentazioni sociali dello straniero.

<sup>24</sup> L. Secco, *I problemi della pedagogia di fronte all'Europa*, in A. Agosti (a cura di), *Intercultura e insegnamento (aspetti teorici e metodologici)*, Sei, Torino, 1996, pp. 15-16.

<sup>25</sup> C. Nanni, *Intolleranza, pregiudizio ed educazione alla solidarietà*, Las, Roma, 1991, pag. 129.

In questo processo di interiorizzazione dell'altro, assume centralità il momento educativo e l'educazione interculturale diventa lo strumento operativo per superare le separazioni e le tendenze alla segregazione socio-culturale.

Elementi caratteristici dell'educazione interculturale sono:

- descrivere la cultura come sistema complesso dotato di sottosistemi;
- aiutare a cogliere dinamismi, differenze, rotture, cambiamenti e incoerenze;
- non dimenticare il peso della storia e le leggi della memoria dell'inconscio sociale
- basarsi su reciprocità e interferenze;
- evitare di considerare le culture come realtà delimitate e separate;
- sottolineare le interdipendenze;
- portare non a conoscere le culture, ma lavorare sulle relazioni;
- rendere consapevoli della natura asimmetrica delle relazioni (cultura dominante/subordinata);
- gestire contatti e scambi faccia a faccia.<sup>26</sup>

Su queste premesse si devono costruire strategie educative basate sulla somiglianza e non sulla differenza, rifiutando l'omogeneità culturale e contestualizzando le relazioni fra i diversi soggetti. Il luogo all'interno del quale le pratiche della pedagogia interculturale trovano diretta e concreta applicazione è la scuola: agenzia di socializzazione deputata alla formazione identitaria e culturale delle nuove generazioni, ma anche incaricata di fornire un sostegno normativo all'individuo ed alla società.

La scuola si trova a dover affrontare la sfida posta dal continuo aumento di studenti con cittadinanza non italiana che, con un'incidenza e modalità diverse nelle varie aree del Paese, stanno cambiando la fisionomia e la composizione delle classi. Una presenza legata principalmente ai processi di familizzazione che, segnando l'ingresso in una nuova fase migratoria caratterizzata dalla stabilità, pongono alle società di destinazione richieste di innovazione e trasformazione nell'offerta e nella predisposizione dei servizi. Si prospettano nuove sfide centrate sulle tematiche dell'interazione e del rapporto quotidiano, all'interno dello spazio scolastico e fuori le aule, tra minori ma anche fra adulti. L'educazione interculturale deve partire dalla diversità senza sottolinearla, senza renderla una presenza costrittiva ed irriducibile, ma evidenziando le molteplici similarità pur nel rispetto delle differenze; il compito dell'interculturalità è soprattutto quello di superare le disuguaglianze che stanno alla base dei meccanismi di marginalizzazione sociale, garantendo alle diverse componenti il diritto all'eguaglianza nei fatti; un diritto che si concretizzi nella possibilità di godere delle medesime garanzie politiche e sociali, che agli stranieri

---

<sup>26</sup> M. Santerini, *Progettare l'interculturalità*, da "Animazione sociale" n. 10, ottobre 2001.

ri vengono troppo spesso negate, da applicare nello studio ma anche nel lavoro. Formare le nuove coscienze, partendo dal piano simbolico dell'eguaglianza per giungere a quello materiale, con la concreta realizzazione dell'universalismo dei diritti.

Nei processi di educazione, un ruolo importante è quello svolto dall'insegnante in quanto figura di riferimento e in grado di esercitare una funzione sugli educandi,<sup>27</sup> all'insegnante spetta il compito di individuare esigenze e distinguere fra le diverse tipologie di bisogni e le diverse sfide che si presentano, individuando strategie e risorse che permettano alle nuove generazioni l'elaborazione di una stabilità materiale e psicologica. A tal fine è fondamentale promuovere l'aggiornamento professionale di queste figure quotidianamente impegnate in attività di mediazione fra le diversità compresenti, da gestire con le armi della conoscenza e dello scambio. Al docente è assegnato l'importante ruolo di armonizzare le differenze e valorizzare l'alterità, così da renderla nelle percezioni dello studente, una variabile positiva e non più elemento di inferiorità: «la passione per le differenze dovrebbe caratterizzare ogni educatore, che dovrebbe diventare sempre più capace di riconoscere e rispettare tutte le diversità e far superare le disuguaglianze, che sono manifestamente segno di inferiorità e di deprivazione, di valorizzare e promuovere le differenze, specie quelle che sono distinte e singolari in ogni uomo».<sup>28</sup>

Momenti centrali nei processi di inserimento degli studenti stranieri nella scuola e su cui gli insegnanti sono chiamati a svolgere una funzione di guida e garante, vanno individuati

- nella preminenza della relazione sull'aspetto didattico-cognitivo, che troppo spesso rischia di trasformarsi in un travaso di informazioni precostituite;
- nell'attenzione nei confronti dell'altro e della storia di cui è portatore, della biografia ma anche della cultura che, insieme all'esperienza, dà forma all'identità;
- nell'attenzione alle potenzialità creative dei processi di educazione, sempre aperti e in grado di alimentarsi degli stimoli provenienti dalle diverse componenti coinvolte.<sup>29</sup>

La scuola non è l'unico spazio in cui deve trovare posto la cultura della reciprocità; l'intercultura non può limitarsi ad una programmazione curricolare ma deve per-

---

<sup>27</sup> L'insegnante diventa colui che è in grado di “manovrare gli scambi dei binari” incidendo anche sui processi di costruzione e di ricostruzione delle strutture identitarie degli alunni, soprattutto stranieri, che possono dirigersi verso una rielaborazione creativa della propria diversità e un'attribuzione di senso positiva della propria diversità, o verso il disagio e la disorganizzazione.

<sup>28</sup> E. Butturini, *Educare alla pace nella scuola attraverso un approccio interculturale*, in A. Agosti (a cura di), *op. cit.*, pag. 39.

<sup>29</sup> D. Demetrio, G. Favaro, *Bambini stranieri a scuola*, La Nuova Italia, Firenze, 1997, pag. 125.

meare di sé le relazioni che si instaurano nei diversi ambiti sociali. Il fondamentale compito della scuola è quello di preparare all'assunzione di una nuova mentalità che, nella prossima generazione, sappia superare la concezione di diversità oggi attribuita allo straniero, formando nuovi cittadini e nuove relazioni, ma anche modificando le modalità dell'immigrazione e dell'integrazione. Il superamento degli attuali stereotipi, infatti, contribuirebbe a determinare la caduta delle basi simboliche su cui si reggono i citati processi di disumanizzazione e di sfruttamento dei migranti.

Si prefigura, così, una lotta fra conoscenza diretta e quotidiana e rappresentazioni sociali, che si configurano come spinte opposte e, oggi, contemporaneamente presenti ed operanti sulle diverse generazioni. Questa rappresenta un'altra sfida per gli educatori, nella misura in cui i progetti di interculturalità svolti nell'ambito scolastico vengono viziati da pregiudizi e stereotipi appresi in ambiente extrascolastico, tramite le altre agenzie di socializzazione come la famiglia e i mass-media. La scuola, infatti, non è un mondo chiuso e separato, ma è parte della complessa struttura sociale con la quale si trova in un costante rapporto di condizionamento.

Questo impone di non limitare il campo di applicazione dell'intercultura al solo ambito scolastico. Nelle pluralizzazione dei ruoli e delle appartenenze che caratterizza la società post-moderna, l'intercultura non deve essere una modalità limitata allo spazio ed al tempo dell'esperienza scolastica, ma deve dirigere l'intera vita relazionale dell'individuo, diventando un impegno quotidiano in tutti gli spazi della relazione umana, sia in presenza di soggetti provenienti da diversi contesti culturali, sia fra soggetti della stessa nazionalità.

Con qualunque forma si presenti, l'intercultura è, innanzi tutto, un educare all'uguaglianza ed al rispetto per la diversità che deve procedere contestualmente all'eliminazione delle condizioni di marginalità sociale, di rifiuto e di sfruttamento di cui gli immigrati sono fatti oggetto.

In questa prospettiva, come abbiamo evidenziato, sarà fondamentale il valore attribuito al riconoscimento della diversità, attraverso il soddisfacimento di due esigenze:

- la protezione dei diritti fondamentali degli individui in quanto esseri umani;
- la presa d'atto delle loro necessità particolari in quanto membri di gruppi culturali specifici.<sup>30</sup>

Un'impostazione che collega il livello individuale e quello sociale, permettendo di preservare il sentimento di identità collettiva pur nel mantenimento del diritto di essere riconosciuto come individuo

La stabilizzazione dei fenomeni migratori, che non possono più essere considerati fenomeni congiunturali e transitori, impone di riflettere sulle forze innescate dalla

---

<sup>30</sup> Charles Taylor, *Multiculturalismo. La politica del riconoscimento*, Anabasi, Milano, 1993.

compresenza di diversi universi culturali, partendo dalla ricerca delle motivazioni profonde che orientano le relazioni etniche, le aspettative e la percezione reciproca degli attori in campo. Una ricerca delle cause finalizzata alla predisposizione di iniziative mirate alla facilitazione della convivenza rivolta ad un riconoscimento giuridico e sociale dell'altro.

Non bisogna dimenticare come i processi di integrazione e la relazione fra le diverse comunità, siano una manifestazione del complessivo modo di essere di una società in grado di produrre gli elementi per riflettere su se stessa, per pensarsi e definirsi. L'insistenza sulla formazione processuale dei meccanismi di relazione, inter- etnica e no, sottolineando il loro carattere dinamico ed aperto, rende conto della responsabilità degli attori sociali, singoli e collettivi, sulla configurazione delle forme, simboliche e materiali, di convivenza. Una responsabilità che deve dirigersi soprattutto verso un'inversione di tendenza dell'attuale dibattito, orientato alla semplificazione sociale ed a politiche di chiusura che compromettono l'effettivo esercizio dei diritti di libertà, per realizzare una politica che non educi alla diversità ma al diritto di essere uguali.

Nota sull'autore

Mario Grasso è professore associato di Sociologia della famiglia presso l'Università di Palermo; insegna anche Sociologia generale e Sociologia dei processi culturali; presso il Corso di Laurea in Servizio Sociale insegna Sociologia delle relazioni etniche.

## **“MIGRANTES” PER MARE: DECESSI TRA GLI IMMIGRATI CLANDESTINI NELLA SICILIA OCCIDENTALE. ESPERIENZE E CASISTICA DEL SETTORATO MEDICO-LEGALE DI PALERMO**

*Milone L., Castana M.(\*), Rubino M., Procaccianti P.*

Dipartimento di Biotecnologie Mediche e Medicina Legale dell'Università di Palermo – Sezione di Medicina Legale

Policlinico “P. Giaccone”, Via del Vespro, 90127 PALERMO

(°) Clinica Pediatrica – IV° Maggiore Ospedale “G. Di Cristina” PALERMO

### **Introduzione**

La spinta migratoria verso l'Italia e verso la Sicilia in particolare è una realtà drammatica che nel corso degli ultimi anni è divenuta sempre più importante per i Paesi specie del Nord Africa da cui partono migliaia di immigrati alla ricerca di una condizione di benessere che manca nei loro Paesi di origine.

La nostra Isola, da secoli terra di scambi e migrazioni dai paesi che si affacciano sul Mediterraneo, si è trovata così, negli ultimi dieci anni, ad affrontare il problema del pervenimento sulle proprie coste di ondate di soggetti che sfruttano la sua posizione centrale nel Mediterraneo quale “porta” di ingresso verso l'Italia e l'Europa.

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, predispose 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. Per l'ingresso in Italia sono stati anche individuati paesi “privilegiati” in ragione della collaborazione da loro offerta nelle politiche migratorie (Albania, Tunisia, Marocco), ma ciò non basta ad arrestare il flusso di soggetti che cercano in qualsiasi maniera di poter arrivare in Italia, affidandosi a vere e proprie organizzazioni criminali che disponendo di una rete di reclutamento nei Paesi di origine, li convogliano verso porti compiacenti da cui partono imbarcazioni spesso fatiscenti, affrontando viaggi perigliosi e che a volte si concludono drammaticamente.

Quasi giornalmente la stampa isolana da notizia di “sbarchi” di clandestini sulle nostre coste, specie durante la stagione primaverile ed estiva, venendo favoriti dalle buone condizioni metereologiche gli attraversamenti di tratti di mare che per alcune sedi preferenziali sono alquanto esigui.

La zona costiera del ragusano è interessata da flussi migratori che utilizzano Malta come tappa intermedia, proveniendo da porti della Turchia e del medio oriente (ne-

gli ultimi anni è aumentata la presenza di immigrati di origine curda, palestinese ed iraniana), così come le coste dell'agrigentino e del trapanese sono interessate da viaggi provenienti dalla Libia e dalla Tunisia; per la loro posizione strategica, le isole di Lampedusa e di Pantelleria sono da qualche anno il punto di approdo preferito, gravando su questi piccoli centri un flusso migratorio che nonostante gli sforzi compiuti dal governo italiano è difficile da arrestare, venendo a costituire in alcuni casi una vera e propria emergenza ai fini dell'assistenza, fermo ed avvio delle procedure di rimpatrio.

La normativa attuale prevede specifiche disposizioni in materia di pervenimento di clandestini sul nostro territorio, venendo questi fermati se possibile in mare, prima ancora dello sbarco, od anche già a sbarco avvenuto, procedendo al loro avvio presso Centri di Accoglienza, già individuati sul territorio, ove i soggetti possono trovare assistenza sanitaria, alloggio ed adeguata nutrizione, procedendo nel contempo alle pratiche di identificazione, schedatura e programmazione del rinvio coattivo verso i loro paesi di origine.

Si tratta di un sistema di accoglienza che si avvale non solo delle Forze di Polizia e delle strutture previste dal Ministero dell'Interno, ma anche di meritorie organizzazioni private che su base solidaristica di volontariato cercano di offrire ai clandestini un'assistenza adeguata almeno per il tempo che questi si troveranno in Italia, dopo aver affrontato viaggi ai limiti della umana sopportazione in condizioni di precarietà non soltanto alimentare ed igienica ma anche di estremo rischio per la fatiscenza ed inadeguatezza dei mezzi utilizzati.

Gli sforzi compiuti dal Governo italiano volti a frenare tali flussi migratori hanno avuto un parziale effetto, riducendo secondo i dati ufficiali sino al 40% gli sbarchi in Italia, specie alla luce della legge 198/2002 e la legge 120/2003 che individua come reato la "tratta di esseri umani".

Nel 2002 le indagini svolte nei confronti di organizzazioni criminali coinvolte nell'immigrazione clandestina hanno permesso di trarre in arresto 545 persone, tra cui 107 cittadini italiani; nel 2002, inoltre, sono stati, inoltre, sequestrati 203 natanti, mentre nel 2001 i sequestri di imbarcazioni erano stati complessivamente 133. Nel 2002 in Sicilia sono sbarcati 18.225 clandestini (rispetto a 2.564 nel 2001 e a 1.724 del 2000), mentre nel 2003 sono stati registrati solo 14.017 clandestini pervenuti sulle nostre coste (dati forniti dal Ministero dell'Interno).

Sono noti a tutti i casi recentemente denunciati dai mass media di vere e proprie "carrette del mare" utilizzate per questi viaggi dalle organizzazioni criminali che stipano sino all'inverosimile imbarcazioni che a stento tengono il mare, rifornendo i "passeggeri" di cibo ed acqua in misura spesso insufficiente, negando qualsiasi basilare principio igienico.

Eppure, le precarie condizioni di vita nei paesi di origine spingono ancora oggi molti "disperati" ad affrontare un viaggio denso di rischio e di incognite, pagando a

caro prezzo (secondo le notizie che si apprendono dalla stampa e dalla Magistratura, ogni viaggio viene pagato in media l'equivalente di uno-due milioni di vecchie lire, sino anche a cinque milioni, cifre esorbitanti in paesi, come quelli di provenienza, dove il tenore di vita è alquanto basso) un trasporto che purtroppo in molti casi si concluderà tragicamente.

## **Materiale**

- *Ai fini della presente nota, è stato analizzato il periodo compreso tra gli anni 1993 2003, raccogliendo, tra tutti i casi osservati nel Settore medico legale di Palermo, quelli concernenti decessi o meglio autopsie eseguite per conto della Autorità Giudiziaria su cadaveri di soggetti extracomunitari deceduti in occasione di sbarchi, in epoche successive o rinvenuti in mare. A tal proposito, il settore palermitano comprende un territorio che va oltre la sola provincia di Palermo, comprendendo, in pratica, quasi tutto il Distretto della Corte d'Appello di Palermo e quindi le province di Palermo, Trapani, Agrigento e parte di quella di Caltanissetta. In particolare sono stati osservati e presi in considerazione i seguenti elementi:*
- *Numero complessivo dei casi differenziati per età e sesso;*
- *cause del decesso;*
- *paese di provenienza.*

## **Considerazioni**

In Sicilia nel 1999 su una popolazione residente pari a 5.087.794 sono stati registrati ufficialmente 56.736 stranieri, pari all' 1,3 % della popolazione totale; non si hanno dati certi sulla popolazione di extracomunitari irregolari, entrati clandestinamente e altrettanto clandestinamente soggiornanti.

Non risulta possibile attuare un confronto tra queste cifre ed il numero di clandestini che ogni anno pervengono sulle nostre coste: gli unici numeri a disposizione riguardano i dati diffusi dal Ministero dell'Interno e dalla Caritas Italiana che in ogni caso appaiono sottodimensionati, rispetto alla reale consistenza, in quanto tali cifre si riferiscono ai clandestini che sono stati fermati, identificati ed espulsi, non riguardando quindi i soggetti che riescono a sfuggire ai controlli ed entrare del tutto clandestinamente in territorio italiano per il tramite della nostra isola.

Secondo una recente stima del Gruppo "Abele" e della CGIL sono circa 600 i deceduti in mare nel tentativo di raggiungere la Sicilia nel corso degli ultimi dieci anni (vedi "Rapporto sui Diritti Globali 2003" realizzato dal gruppo Abele e CGIL) ma di fatto non si hanno numeri precisi, avendo notizia di alcuni naufragi dalle dichiarazioni di clandestini ma non confermate da ritrovamento dei natanti e di cadaveri.

I casi di decessi da noi registrati in occasione di "sbarchi" nell'arco del decennio considerato sono circa 80, considerando non solo i soggetti sicuramente deceduti



durante lo sbarco o durante il soggiorni nei centri di accoglienza, ma anche quei cadaveri che vengono restituiti dal mare a distanza di tempo dall'avvenuto naufragio o per decesso durante la navigazione.

Sulla scorta dei dati raccolti, emerge che le autopsie in totale su soggetti extracomunitari sono quantitativamente inferiori ( 5 % circa) rispetto alle autopsie eseguite su soggetti appartenenti a popolazione autoctona e quelle relative agli sbarchi circa il 2% circa del totale; inoltre, il numero di autopsie nel corso degli anni si è mantenuto pressochè costante percentualmente rispetto al totale delle autopsie, tranne un maggior picco registrato nel 1998 e nel 2002 a causa di sbarchi clandestini che si sono risolti con accertato elevato numero di decessi ( 8 casi e 36 casi rispettivamente).

La maggiore concentrazione di decessi è stata osservata nella provincia di Agrigento e poi in quella di Trapani, proprio perché tali provincie soffrono di un maggior afflusso come luogo di transito per soggetti provenienti legalmente od illegalmente dall'Africa (aree costiere di Trapani, Marsala, Mazara del Vallo, Pantelleria, Lampedusa, Porto Empedocle).

Per quanto concerne la distribuzione per "età" dei casi si tratta sempre di soggetti in età adulta per lo più giovani, rappresentando la fascia compresa fra i 21 e i 40 anni quella più cospicua (80% del totale); da rilevare come le altre fasce di età (in particolare quelle più anziane) siano poco rappresentate, in considerazione del fatto che generalmente la popolazione immigrata risulta composta da soggetti giovani adulti in età occupazionale, conformemente a quelli che sono i risultati del settore.

Non sono state praticate autopsia su bambini o comunque minori al di sotto dei 14 anni di età, anche se risultano segnalati decessi di bambini intervenuti durante il viaggio (per cause naturali o per le sofferenze inflitte dal viaggio) i cui cadaverini sono stati gettati in mare, o a seguito di naufragi, non resistendo questi per le loro scarse forze alle avverse condizioni meteo-marine. Appare comunque documentata la presenza di minori tra i clandestini, avendo osservato in parecchi sbarchi numerosi soggetti minori (anche neonati o lattanti) che le cui condizioni di precarietà al momento di pervenimento sulle coste hanno necessitato di trattamento sanitario volto in specie alla reidratazione ed adeguata nutrizione, senza ulteriori e successive complicanze.

Osservando poi la distribuzione per Paesi di provenienza occorre rilevare come la maggioranza dei casi concerne soggetti provenienti dai Paesi del Nord e Centro Africa, e ciò in accordo ai dati emergenti dalle statistiche nazionali, che vedono proprio in Sicilia uno degli indici più elevati per permessi di soggiorno richiesti da soggetti provenienti dai Paesi Africani, rispetto ad altri (dati ISTAT 1998 e "Caritas" di Roma 1999). Da sottolineare un elevato numero di casi (36) che riguarda decessi di soggetti provenienti dalla Liberia, in occasione di un recente naufragio.

Circa le cause di morte, si fa subito rilevare come preponderante sia la percentuale di decessi per causa "violenta" (annegamento) rispetto ai decessi per cause "natura-

li” od “accidentali”. In quest’ultimo ambito sono da considerarsi 4 casi di decesso per ustioni, intervenuti in soggetti che in Centro di Trapani avevano dato fuoco per protesta alle masserizie, restando coinvolti nell’incendio sviluppatosi.

Per quanto concerne i decessi per causa “violenta” si tratta per lo più di casi di annegamento intervenuto per naufragio o durante le fasi di raggiungimento a nuoto della riva.

In particolare nel primo caso, si fa riferimento ad uno sbarco di clandestini provenienti dalla Liberia in data 15 settembre 2002 sulla costa di Porto Empedocle; a causa del sovraffollamento del natante e la imperizia degli “scafisti”, l’imbarcazione andava incontro a naufragio provocando la morte di 36 clandestini tutti di razza negra, di giovane età compresa tra i 17 anni ed i 40 anni al massimo, di costituzione normale-robusta, in buone condizioni generali, di cui 28 uomini ed otto donne; gli esami necroscopici hanno escluso la presenza di qualsiasi segno di lesione traumatica esterna od ossea, riconducendo le cause del decesso solamente ad asfissia per annegamento.

Nel secondo caso sono stati registrati otto decessi per annegamento durante uno sbarco avvenuto nelle acque di Pantelleria, nel corso del quale i soggetti, tutti provenienti dalla Sierra Leone, maschi, di età compresa tra i 18 ed i 30 anni, sono stati lasciati in mare da spregevoli trasportatori prima di pervenire a riva, annegando tutti nelle poche decine di metri che li separavano dalla sperata meta.

Nell’ambito dei decessi di tipo traumatico, dobbiamo considerare un altro caso intervenuto pure a Pantelleria, venendo il soggetto schiacciato dal mezzo dal quale stava sbarcando, riportando mortale trauma toraco-addominale per compressione tra la paratia della barca e la scogliera.

Nell’ambito dei decessi di tipo naturale, vogliamo segnalare un caso di decesso per cause cardiache intervenuto sul natante prima dello sbarco sulle coste agrigentine ed un secondo caso, intervenuti nel Centro di accoglienza di Agrigento per encefalite di sospetta natura virale.

## **Conclusioni**

*I dati emergenti dalla nostra ricerca ci consentono di precisare come sia effettivamente documentabile la sofferenza di quei soggetti che si affidano alla speranza di una vita migliore, lasciandosi alle spalle misere condizioni di vita nei loro Paesi di origine, affrontando rischi anche mortali in viaggi attraverso il mar Mediterraneo per giungere sino alla nostra Isola.*

Nell’ambito dei decessi che abbiamo avuto modo di osservare nel nostro settore, si è trattato per lo più di soggetti giovani in cerca di lavoro, provenienti principalmente da paesi del nord e centro Africa, in prevalenza di sesso maschile, anche se risulta documentata la presenza di soggetti di sesso femminile, mentre non sono stati effettuati esami necroscopici su cadaveri di bambini al di sotto dei 14 anni di età.

I decessi sono dovuti per lo più ad annegamento intervenuto a causa di naufragio o durante le fasi dello sbarco, dovendosi segnalare anche alcuni casi intervenuti all'interno di centri di accoglienza per immigrati.

Tutti questi casi documentano quindi come drammatica possa essere la realtà dei trasporti e degli sbarchi per soggetti che pervengono sulle nostre coste, nonché delle inadeguate condizioni di tipo igienico-ambientale delle strutture cui è demandata l'accoglienza e l'assistenza di questi soggetti.

In molte occasioni, purtroppo, non è stato neanche possibile dare un nome a questi "morti per mare", non risultando possibile pervenire ad una compiuta identificazione dei cadaveri, privi come in genere sono questi clandestini di documenti o di parenti in grado di riconoscerli.

Attraverso la nostra esperienza, abbiamo inteso offrire uno strumento di riflessione sull'entità del fenomeno degli sbarchi clandestini, i cui risvolti drammatici, necessitano di una risposta forte e decisa, volta al contrasto deciso e puntuale del traffico di esseri umani ed all'immigrazione clandestina, nonché al potenziamento di tutti gli strumenti per la lotta alla criminalità organizzata che sfrutta spietatamente i processi migratori.

## **Bibliografia**

- 1) L. Milone, M. Franco, S. Zerbo, P. Todaro, N. Cillino, A. Argo, P. Procaccianti: "Tipologia e modalità lesiva dei decessi di popolazione extracomunitaria nell'esperienza autoptica dell'Istituto di medicina Legale e delle Assicurazioni di Palermo relativa agli anni 93-97". Atti convegno "L'impronta ecologica dell'uomo nel mediterraneo" Palermo maggio 1998. Supplemento al Seminario di scienze antropologiche Vol. XVII-XVIII, ISSN, ed. SIEU
- 1) L. Milone - M.Meli - L.A.D'Anna - P. Procaccianti: "Cause e tipologia di morte in soggetti extracomunitari nel settore medico-legale di Palermo, anni 1993-99"; Atti del VI Consensus Conference sull'Immigrazione "Untori ed Unti" Palermo, 25-28 maggio 2000.

## **IMMIGRAZIONE CLANDESTINA NELLA SICILIA OCCIDENTALE. ESPERIENZE MEDICO-LEGALI SU UN NAUFRAGIO COLLETTIVO**

*Milone L., Rubino M., A. Argo, Procaccianti P.*

Dipartimento di Biotecnologie Mediche e Medicina Legale dell'Università  
di Palermo – Sezione di Medicina Legale  
Policlinico “P. Giaccone”, Via del Vespro, 90127 PALERMO

### **Introduzione**

Nel corso degli ultimi anni le coste siciliane sono state meta di innumerevoli sbarchi di clandestini che a bordo di natanti di qualsiasi genere cercano di raggiungere una “porta” di ingresso verso l'Italia e l'Europa.

In particolare durante le stagioni primaverile ed estiva, favoriti dalle buone condizioni meteo-marine, da porti compiacenti del Nord Africa, del medio-oriente e da Malta, prendono il mare imbarcazioni a volte fatiscenti e prive di qualsiasi mezzo di soccorso che approfittano della estrema vicinanza delle coste isolate per cercare approdo con il loro carico umano.

Le isole di Lampedusa e Pantelleria rappresentano una delle tappe preferite per viaggi provenienti dalla Libia e dalla Tunisia, vista la loro posizione strategica e la vicinanza con le coste di partenza.

I viaggi vengono organizzati da

Come emerge dalle recenti indagini dell'Autorità Giudiziaria, organizzazioni criminali con ramificazioni nei paesi di provenienza ed anche in Italia si incaricano di reclutare soggetti, ed a volte intere famiglie, che per sfuggire alla miseria dei loro paesi decidono di affrontare i rischi di un viaggio ai limiti della umana sopportazione ed anche il rischio di venire intercettati dai controlli italiani e quindi rinviati nei loro paesi.

Queste organizzazioni dispongono di basi logistiche sulle coste della Turchia, della Libia, della Tunisia e di Malta, nonché di mezzi di trasporto, tanto da poter consentire l'afflusso verso la Sicilia di migliaia di clandestini (nel 2002 sono stati calcolati circa 18.000 i clandestini sbarcati sulle nostre coste e fermati, non sappiamo quanti siano in realtà sfuggiti ai controlli).

I mass media ci hanno descritto e fatto vedere le immagini di vere e proprie “carrette del mare” utilizzate per questi viaggi dalle organizzazioni criminali, imbarcazioni che a stento tengono il mare, prive di mezzi di sicurezza e soccorso, sovrappollate in misura ben superiore alle reali capacità di trasporto ed affidate a trasportatori privi di scrupoli e spesso privi di adeguate cognizioni per la conduzione dei natanti, tanto da andare incontro frequentemente a naufragio.

I giornali isolani testimoniano come a volte si sia sfiorata la tragedia di naufragi collettivi, evitata solo grazie all'intervento dei pescatori della zona o dei mezzi navali italiani che controllano la zona, così come sono state denunciate delle “stragi”

del mare per affondamento di navi e del loro carico umano nel canale di Sicilia; in alcuni casi il naufragio è avvenuto in prossimità delle coste, consentendo il recupero dei corpi ed a volte anche il salvataggio dei superstiti.

La notte tra il 15 ed il 16 settembre del 2002, un'imbarcazione carica di circa 80 clandestini andava incontro a naufragio nelle acque antistanti la località "Capo Rossello" di Porto Empedocle; probabilmente a causa dell'inesperienza dello "scafista" e della scarsa confidenza con l'acqua dei clandestini, ben 36 soggetti andavano incontro a morte, venendo i superstiti salvati in condizioni drammatiche, grazie all'impegno delle Forze dell'Ordine ed anche di privati cittadini.

Un primo gruppo di 15 cadaveri veniva recuperato subito, mentre i restanti cadaveri venivano recuperati nei giorni successivi lungo i tratti di costa occidentali sino alla zona di Sciacca, ad opera di personale della Capitaneria di Porto, della Polizia di Stato e della Guardia Costiera di Porto Empedocle.

Su disposizione della Procura della Repubblica di Agrigento si è quindi proceduto ai relativi esami necroscopici il 17/9 sui primi 15 cadaveri, il 18/9/2002 su un secondo gruppo di 12 cadaveri ed infine il 20/9/2002 sui restanti 9 cadaveri.

Uno dei primi problemi subito presentatisi è stato quello del reperimento di un adeguato numero di casse funebri, visto il numero di cadaveri che andava aumentando con il passare delle ore e poi anche la possibilità di accogliere un così gran numero di salme, venendo impegnate le Camere Mortuarie di quasi tutti le cittadine e i paesi della costiera agrigentina.

Al termine delle operazioni di recupero le salme venivano poste in cassa funeraria e trasportate presso i Cimiteri di vari Comuni della Provincia di Agrigento; nelle date indicate i corpi venivano avviati e concentrati, su disposizione della Procura della Repubblica presso il Tribunale di Agrigento, presso l'Ospedale di Canicattì e poi il Cimitero di Porto Empedocle per essere sottoposti ad esame necroscopico.

In particolar modo, le salme in questione sono state da noi esaminata seguendo un preciso protocollo, previa individuazione della cassa e contrassegno con numerazione progressiva attribuendo a ciascuno la relativa sigla alfa-numerica, provvedendo inoltre che la stessa numerazione venisse seguita anche per gli analoghi riscontri effettuati dalla Sezione di Polizia Scientifica presente.

Per ogni cadavere si è proceduto a:

- rilievo di dati antropometrici (razza, sesso, apparente età, costituzione, altezza);
- rilievo e descrizione degli indumenti;
- rilievo e repertazione di eventuali oggetti personali;
- rilievo e descrizione di eventuali caratteri identificativi (cicatrici, tatuaggi, etc);
- riprese fotografiche;
- visita esterna per rilievo di eventuali lesioni;

- esame necroscopico;
- prelievo di campioni di sangue, urina e capelli;
- prelievo di campioni dei vari organi.

A tal proposito, si segnala come nella maggioranza dei casi non si è proceduto a completo esame delle cavità, ma solo ad operare la sezione che risultava opportuna per l'acquisizione di reperti biologici o la verifica di possibile stato di gravidanza per i soggetti di sesso femminile. Il completo esame autoptico, con prelievo di campioni dei vari organi, è stato effettuato a campione solo per tre soggetti (cadaveri B,E,N) appartenenti al primo gruppo, come controllo.

In particolare, l'ispezione cadaverica è stata finalizzata al rilievo di caratteri indicativi di morte per annegamento, attese le circostanze e le modalità in cui si è concretizzato il decesso collettivo dei vari soggetti.

Le risultanze degli esami dai condotti vengono sintetizzate nella Tabella allegata.

### **Considerazioni**

Nel corso di uno sbarco di clandestini provenienti dalla Liberia in data 15 settembre 2002 sulla costa di Porto Empedocle, l'imbarcazione andava incontro a naufragio provocando la morte di 36 extracomunitari; le salme dei soggetti, in buona parte rimasti sconosciuti, venivano dopo il recupero messe a disposizione della Autorità Giudiziaria di Agrigento che disponeva il loro esame al fine di stabilire le cause del decesso e rilevare se possibile caratteri utili ai fini identificativi.

L'esame dei cadaveri ha evidenziato trattarsi tutti di individui di razza negra di giovane età compresa tra i 17 anni ed i 40 anni al massimo, di costituzione normale-robusta, in buone condizioni generali, di cui 28 uomini ed otto donne, in assenza di qualsiasi segno di lesione traumatica esterna od ossea.

Il gruppo dei primi 15 cadaveri ha mostrato un buono stato di conservazione dei corpi, mentre i successivi due gruppi, formati da cadaveri che sono stati via via recuperati nei giorni successivi al naufragio ha fatto rilevare avanzato stato putrefattivo, con diffuse aree di epidermolisi dovuta alla permanenza in acqua.

Si sottolinea che all'esame esterno non sono stati riscontrati segni di violenza traumatica di alcun tipo, dovendosi quindi escludere l'intervento di terzi nel determinismo del decesso. Solo in alcuni casi è stata rilevata la presenza di modesti ed isolati segni di esigua lesività esterna di natura contusiva (cadaveri C,D,E), probabilmente verificatasi negli attimi di panico che hanno preceduto il naufragio.

Nel caso delle donne venute a morte nel corso dell'evento si è proceduto ad esame dell'utero che in tutti i casi ha fatto escludere stati di gravidanza in atto.

In alcuni casi l'esame necroscopico ha consentito di rilevare la presenza di caratteri esterni utili ai fini identificativi (tatuaggi o cicatrici), mentre in soli tre casi si è

pervenuti all'identificazione dei corpi in base a riconoscimento personale da parte di altri connazionali e segnatamente i cadaveri “E”, “F” ed “L”.

In tutti i casi è stata rilevata la presenza di “fungo schiumoso” a carico degli orifici respiratori o delle vie respiratorie interne, così come in alcuni casi è stato possibile dimostrare la presenza di materiale acquoso all'interno della cavità gastrica; tali elementi, unitamente ad altri generici riscontri autoptici quali fluidità ematica e congestione poliviscerale, appaiono assolutamente indicati di una morte per annegamento ed inoltre testimoniano la vitalità dei soggetti al momento dell'immersione in acqua, concludendosi per tutti i casi per una morte dovuta ad “asfissia acuta da annegamento”.

### **Conclusioni**

*I dati emergenti dalla nostra esperienza ci consentono di precisare come nel caso di naufragi collettivi occorra avviare un lavoro sistematico nella individuazione, classificazione e repertazione di ogni singolo cadavere, rilevando tutti gli elementi utili alla determinazione della causa di morte ed alla identificazione dei soggetti. Tali operazioni vengono spesso rese difficoltose da problemi di ordine logistico, necessitando una stretta collaborazione tra lo “staff” medico-legale, il personale di Polizia e le Autorità preposte.*

Nell'ambito dei decessi che abbiamo avuto modo di osservare, in questa ed anche altre analoghe occasioni di naufragi collettivi, particolare importanza assume l'esame degli indumenti e degli oggetti personali, unici elementi a volte utilizzabili ai fini identificativi, privi come in genere sono questi clandestini di documenti.

**Tabella riassuntiva degli esami necroscopici**

Cadavere	Sesso	Età	Lesioni esterne	Anne-gamen-to	Oggetti perso-nali	Putre-fazione	Elementi identi-ficativi
A	U	25-30	No	X	-	-	Cicatrici
B	F	18-20	No	X	-	-	-
C	F	25	Contus.	X	-	-	Scarific. Cut.
D	U	25-30	Contus.	X	N° Telefono	-	-
E *	U	20	Fr.Costa	X	-	-	-
F **	F	23	No	X	-	-	Tatuaggi
G	U	25-30	No	X	-	-	Cicatrici
H	U	30-35	No	X	Orologio	-	Cicatrici
I	F	25-30	No	X	Gioielli	-	Incisivi
L ***	F	17	No	X	-	-	-
M	U	25-30	No	X	Collana	-	-
N	F	20-25	No	X	-	-	Tatuaggi
O	F	20-25	No	X	Banconote	-	-
P	U	20-25	No	X	Carta+Soldi	-	-
Q	F	18-20	No	X	-	-	Tatuaggi
R	U	31-40	No	X	-	+	-
S	U	31-40	No	X	-	+	-
T	U	20-30	No	X	-	+	-
U	U	20	No	X	Portachiavi	+	-
V	U	30-40	No	X	-	+	-
Z	U	25-30	No	X	Libro Relig.	+	-
K	U	20-30	No	X	-	+	-
Y	U	30	No	X	Orologio	+	-
X	U	20-25	No	X	-	+	-
W	U	20-30	No	X	Banconote	+	-
A1	U	20-30	No	X	Sigarette	+	-
A2	U	20-30	No	X	Farmaci	+	-
A3	U	30	No	X	-	+	-
A4	U	20-30	No	X	-	+	-
A5	U	25-35	No	X	-	+	-
A6	U	25-35	No	X	Portafogli	+	-
A7	U	25-35	No	X	Orologio	+	-
A8	U	25-35	No	X	-	+	-
A9	U	25-35	No	X	Gioielli	+	-
A10	U	25-35	No	X	-	+	-
A11	U	25-35	No	X	-	+	-

n totale 36 cadaveri di cui 8 donne e 28 uomini

- Autopsie da A a Q eseguite Ospedale Canicatti 17/9/2002
- Autopsie da R a A2 eseguite Cimitero Porto Empedocle 18/9/2002
- Autopsie da A3 a A11 eseguite Cimitero Porto Empedocle 20/9/2002



- \*cadavere “E” identificato
- \*\*cadavere “F” identificato
- \*\*\*cadavere “L” identificato

## **ATTIVITA' DEL DH PER IMMIGRATI DELL'AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA POLICLINICO DI PALERMO**

*L. Sutura, M.G. Andollina, D. Briguglia, M. Lupo, C. Pecoraro, G. Cassarà,  
F. Russo, GB Rini, M.Affronti,*

Ambulatorio-Day-Hospital di Medicina delle Migrazioni,  
Dipartimento di Medicina Clinica e delle Patologie Emergenti, Palermo

### **Introduzione**

Il fenomeno migratorio, avente come imput principale le ricerche di migliori prospettive di vita e di lavoro, ha fatto emergere nuove problematiche ed opportunità in medicina. Gli immigrati con permesso di soggiorno regolare hanno diritto all'iscrizione al Sistema Sanitario Nazionale, mentre molto più complessa è la modalità di accedere all'assistenza sanitaria per gli immigrati non in regola. Ed è proprio per far fronte a questa esigenza e nasce il nostro Ambulatorio-DayHospital di Medicina delle Migrazioni, dal 2000 riconosciuto dall'Azienda Policlinico di Palermo.

Abbiamo ritenuto opportuno raccogliere ed analizzare i dati socio-sanitari dei nostri pazienti negli anni 2002 e 2003, allo scopo di monitorare il loro stato di salute, alla ricerca di eventuali cambiamenti.

### **Materiali e metodi**

Attraverso uno studio retrospettivo, abbiamo reclutato i pazienti che sono afferiti al nostro Ambulatorio-Day Hospital e ricoverati in regime di DH negli anni 2002 e 2003. Il numero complessivo dei ricoveri è stato di 579, di cui 333 nel 2002 e 246 nel 2003 (confrontati con il numero dei ricoveri negli anni 2000 e 2001) (fig. 1). Analizzando le cartelle cliniche di questi pazienti, sono stati estrapolati i dati riguardanti l'età, il sesso, la provenienza e la diagnosi di dimissione.

### **Risultati**

#### Dati anagrafici

#### **Sesso**

Si è osservato che gli uomini rappresentano poco più del 60% (di cui 192 nel 2002 e 155 nel 2003), mentre le donne il 40 % (141 nel 2002 e 91 nel 2003) (fig.2).

#### **Paese di provenienza**

La popolazione di pazienti più rappresentata è quella proveniente dal Bangladesh (106 soggetti, 18%), Costa D'Avorio (64 soggetti, 11%), Ghana (56 soggetti, 9%), Marocco (52 soggetti, 8%), Nigeria (44 soggetti, 7%), Sudan (43 soggetti, 7%), Tunisia (31 soggetti, 5%) (fig.3). Per quanto riguarda la distribuzione in base al sesso, sono più numerosi gli uomini provenienti dal Bangladesh Ghana, Marocco e Tunisia.; mentre per le donne prevale l'Ecuador, Isole Mauritius e Nigeria (Fig.3).

## **Età**

L'età media dei pazienti osservati è di  $37 \pm 0,6$  anni. Nel 2002: Bangladesh  $33,5 \pm 1,2$  anni, Costa D'Avorio  $33 \pm 1,4$  anni, Ghana  $31,3 \pm 1,1$  anni, Isole Mauritius  $44,3 \pm 4$  anni, Jugoslavia  $35,8 \pm 2,5$  anni, Marocco  $37 \pm 1,5$  anni, Nigeria  $33 \pm 1$  anni, Sudan  $31 \pm 1,8$  anni, Tunisia  $37 \pm 2$  anni. Nel 2003 età media dei paziente è risultata: Bangladesh  $34 \pm 0,3$  anni, Costa D'Avorio  $33 \pm 0,3$  anni, Ghana  $33 \pm 1,6$  anni, Isole Mauritius  $41, \pm 3,8$  anni, Jugoslavia  $43 \pm 1,8$  anni, Marocco  $37 \pm 2,4$  anni, Nigeria  $28 \pm 0,3$  anni, Sudan  $31 \pm 1,5$  anni, Tunisia  $44 \pm 3$  anni (Fig.4)

## **Dati sanitari**

Le patologie presenti nel 2002 sono state quelle gastroenteriche con 59 casi (17%); cardiovascolari con 23 casi (6,9%); respiratorie con 22 casi (6%); osteomuscolari con 38 casi (11%); genitourinarie con 34 casi (10%); neuropsicologiche con 15 casi (4,5%); endocrine con 32 casi (10%); ematologiche con 9 casi (2,7%); infettive e parassitarie con 28 casi (8%). Nel 2003 le malattie gastroenteriche con 45 casi (18%); cardiovascolari con 39 casi (11%); respiratorie con 18 casi (7%); osteomuscolari con 46 casi (17%); genitourinarie 18 casi (7%); neuropsicologiche con 28 casi (11%); endocrine con 31 casi (12%); ematologiche con 7 casi (2%); infettive e parassitarie con 42 casi (17%)( Fig 5).

I casi di tubercolosi sono stati 7 nel 2002 (2,1%) e 18 nel 2003 (7,4%), con un incremento percentuale del 11%.(Fig 6). I casi di epatite HBV + sono stati 12 nel 2002 (3,6%) e 15 nel 2003 (6%) con un incremento del 2,4%. (Fig. 6). I casi di Malattie Sessualmente Trasmesse sono stati rispettivamente 6 nel 2002 e 5 nel 2003. I casi di ipertensione arteriosa nel 2002 sono stai 17 (5%) e 30 nel 2003 (12%), con un incremento del 7%. La BPCO ha fatto registrare 13 casi nel 2002 (3,9%) 15 nel 2003 (6%).Un solo caso di giardiasi ed uno di amebiasi nel 2003, nel 2002 un solo caso di malaria. Quasi nulla l'incidenza delle malattie tropicali nei pazienti immigrati. Per quanto riguarda le malattie neuropsicologiche: 15 casi di depressione nel 2002 (4,5%) e 25 nel 2003 (10,2%). Il numero di casi di diabete mellito di tipo 2 nel 2002 è stato 16 nel 2002 (4,8%) e 21 nel 2003 (8,5%).).I casi di UTI sono stati 19 nel 2002 (5,7%) e 19 nel 2003 (7,7%). I casi di HIV sono stati 2 nel 2002 (0,6%) e 2 nel 2003 (0,8%). (Fig 6).

## **Conclusioni**

La percentuale di donne immigrate risulta essere non molto differente da quella maschile ( fig.2) e le donne che provengono dalla Costa D'avorio e dalla Nigeria sono più numerose degli uomini. Invece sono più numerosi rispetto alla donne, gli uomini che provengono dal Sudan, Bangladesh e Ghana (fig. 7).

La popolazione immigrata è relativamente giovane, specie quella proveniente dal Ghana, Costa D'Avorio e Bangladesh; mentre sono più "vecchi" gli immigrati delle Isole Mauritius, Tunisia e Jugoslavia (fig.4)

La popolazione di pazienti più rappresentata è quella proveniente dal Bangladesh, invece risulta essere molto scarsa l'affluenza degli immigrati dell'Europa dell'Est. Per quanto riguarda l'aspetto sanitario, le patologie più frequenti sono quelle gastrointestinali, ostemuscolari, infettive e respiratorie. I casi di TBC sono in aumento come anche quelli di epatopatie HBV – correlate, ma bisogna considerare la specificità del nostro ambulatorio-D.H in cui afferiscono casi selezionati.

Figura 1

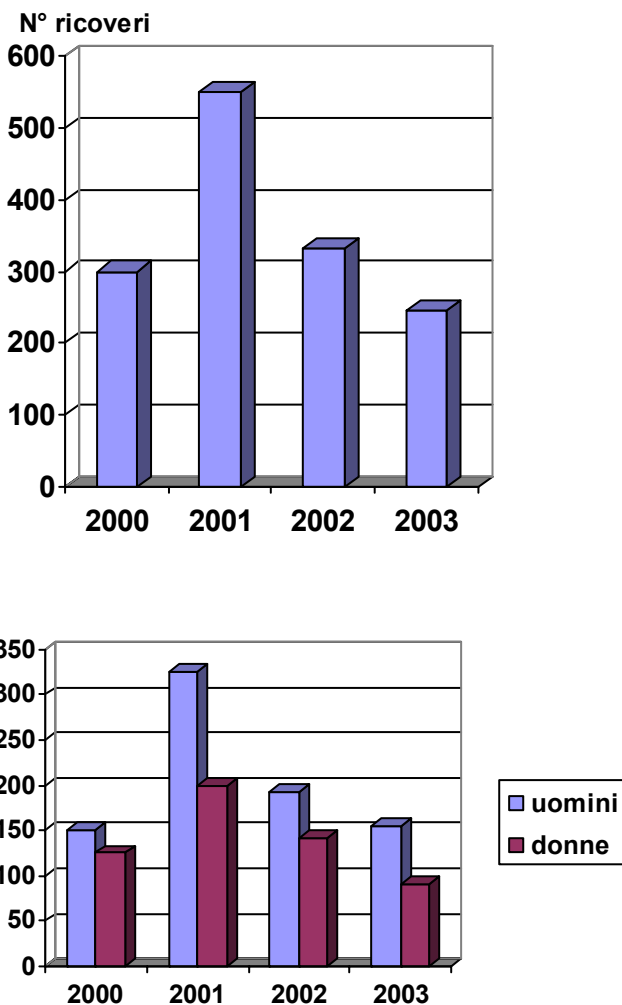


Figura 2

Figura 3

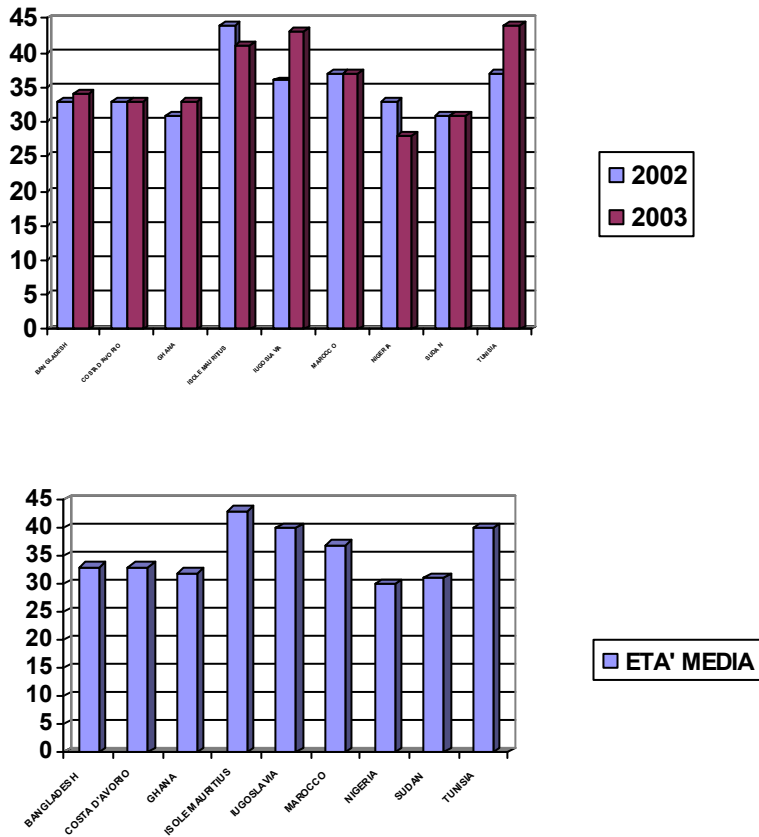


Figura 4

Figura 5

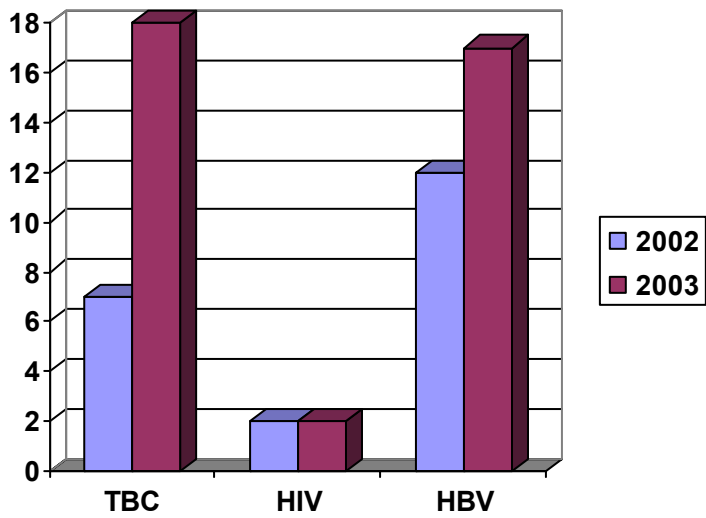
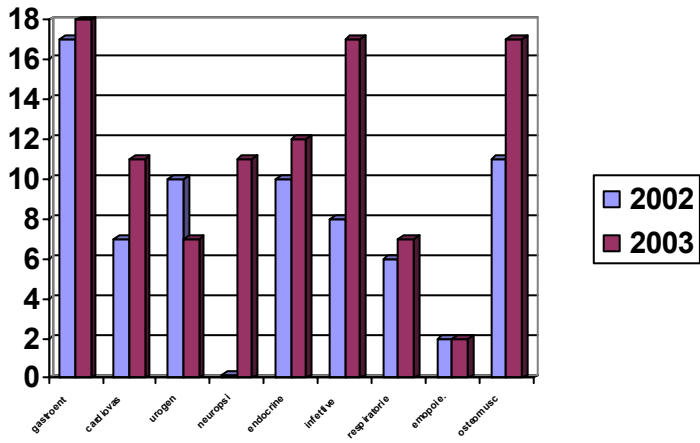


Fig. 6

Figura 7

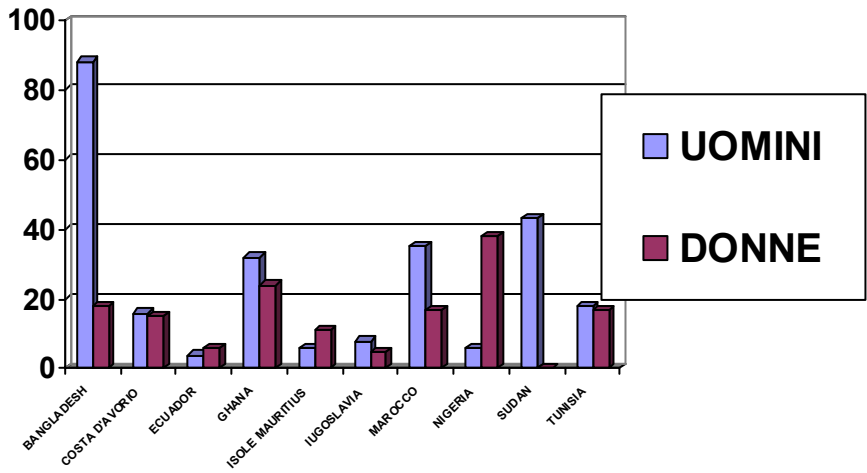
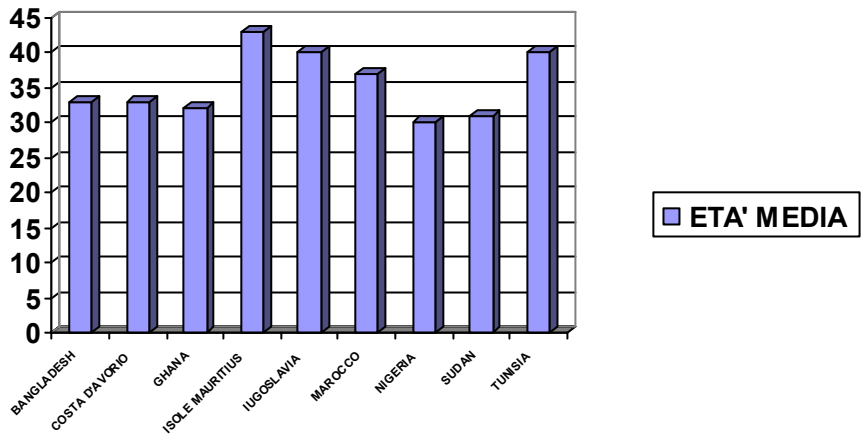


Figura 8



## LA MALATTIA TRA SOMA E PSICHE: CASO CLINICO

*M.G. Andollina, L. Sutura, D. Briguglia, M. Lupo, C. Pecoraro,  
G. Cassarà M. Affronti*

Ambulatorio- Day Hospital di Medicina delle Migrazioni  
Dipartimento di Medicina Clinica e delle Patologie Emergenti ,  
Policlinico di Palermo

### **Introduzione**

Il medico ha la responsabilità di tutelare la salute dell'individuo; cercando di aprire le porte spesso chiuse della relazione terapeutica, in cui, specie in campo multi-etnico, forti sono le connotazioni di tipo culturale.

### **Caso clinico**

Il paziente in questione è M., ha 32 anni ed è di religione musulmana. Giunto in Italia nel 1998 per motivi economici, senza permesso di soggiorno, vive a Santa Chiara. Il mese scorso afferrisce al nostro ambulatorio-day hospital per immigrati, accompagnato da volontari del centro di Santa Chiara. Il motivo per cui giunge alla nostra osservazione è la dispnea notturna e espettorato francamente emorragico. Osserviamo il paziente che appare spaventato, in scadenti condizioni generali. A questo punto è stato facile capire che la situazione era di emergenza. Visitiamo il paziente, e all'esame obiettivo toracico si auscultano rantoli a piccole bolle e sibili; all'esame obiettivo cardiaco aia plessimetricamente aumentata di volume, toni in atteggiamento tachicardico. Presenza di edemi declivi agli arti inferiori bilateralmente. Pressione arteriosa ortostatica 165/ 120 mmHg. Si trattava veramente di un caso di emergenza. Si effettuano prelievo per esami ematochimici, radiografia del torace, elettrocardiogramma e ecocardiogramma, che confermano la diagnosi di cardiomiopatia dilatativa con frazione di eiezione pari a 15%. Bene, il paziente doveva essere ricoverato in ambiente ospedaliero. Inizia il nostro pellegrinaggio telefonico (le cose diventano più difficili se il paziente in questione è HIV positivo e se ha una carnagione più scura!). Tanti no, tanti "perchè ti prendi pena per un caso irrecuperabile", "è sforzo inutile"!!. Alla fine riusciamo a trovare il posto letto per il nostro paziente, e subito ci si attiva per contattare il centro trapianti di Milano. Sembra che tutto sia andato bene, il paziente si salverà., un sospiro di sollievo e un "urrà, tutto è risolto". Ma accade che la notte del ricovero il paziente fugge, gridando "NO, NO, Diabolo". A questo punto siamo stati costretti a pensare che si fosse suicidato e che il nostro era stato vero sforzo inutile. Dopo dieci giorni è tornato da noi perché si fida, ma era fuggito perchè aveva lottato contro il diavolo In realtà è successo che quando era in piena sofferenza ha creduto, (anche secondo credenze del suo popolo) che il diavolo si fosse impossessato di lui, ed è fuggito per rifugiarsi in luogo sicuro, con la sua comunità.. Oggi M. viene spesso al nostro



ambulatorio per farsi curare, certo non rispetta gli appuntamenti ma a noi interessa solo che venga. Le sue condizioni cliniche oggi sono migliorate.

### **Conclusioni**

Il difficile nella medicina delle migrazioni è l'incomprensione, dettata dalla presenza di diverse culture, ma non solo. A volte viene voglia di lasciare perdere tutto e dire: "Non vogliono curarsi, fatti loro, anzi è lavoro perso" (fase dello scetticismo).

Ma questo atteggiamento è spesso dettato da superficialità e da una considerazione biologica e tecnologica dell'uomo che soffre, come se vi fosse solo un corpo – macchina. Il medico non deve dimenticare che il malato è un uomo, insieme di soma e psiche, anima e corpo e che nella malattia esprime tutto se stesso.

Non capire questo significa non curare, significa perdere di continuo occasioni di fare buona salute.

## **PERCORSO DI ASSISTENZA OSTETRICO-GINECOLOGICA IN DONNE IMMIGRATE I**

*R. Vassallo, A.M. Ministeri, L. Giarraputo, S. Biondo Dagnino, P. Ficano.*

Il nostro Servizio di Assistenza Sanitaria ha avuto inizio negli anni 1998/99 presso i locali dell'oratorio di S. Chiara nel quartiere dell'Albergheria di Palermo.

Dal 2000 il Servizio è stato trasferito presso l'Istituto di Ginecologia ed Ostetricia del Policlinico Universitario di Palermo, allo scopo di fornire una assistenza più specifica ed adeguata.

La nostra attenzione si è rivolta, inizialmente e indiscriminatamente, nei confronti di donne immigrate che presentassero problemi di natura ostetrica o ginecologica. Successivamente, a partire dal 2003, il nostro servizio si è rivolto esclusivamente a donne immigrate "irregolari" e cioè in possesso di codice STP (Straniero Temporaneamente Presente: GURI 116/2000 serie generale n°126); mentre l'assistenza alle donne immigrate "regolari", ossia fornite di codice fiscale, è stata canalizzata verso gli ambulatori specialistici convenzionali del nostro Istituto.

Il nostro Servizio è offerto nelle ore pomeridiane del mercoledì su tre Ambulatori gestiti da un gruppo di medici collaborati da personale infermieristico:

- Ambulatorio prenatale
- Ambulatorio ginecologico
- Ambulatorio ecografico

Tutte le pazienti ricevono un approccio diagnostico- terapeutico ambulatoriale laddove possibile, e ove necessario, in regime ospedaliero di DH e seguite dallo stesso gruppo di medici.

### **Percorso assistenziale ginecologico per Donne immigrate**

L'ambulatorio ginecologico si serve dei locali e dello strumentario dell'ambulatorio di colposcopia dell'Istituto di Ginecologia ed Ostetricia del Policlinico Universitario di Palermo.

La nostra attività si rivolge a donne con problemi ginecologici di diversa natura. Il primo approccio, quello anamnestico, è spesso ostacolato da difficoltà di comunicazione e da pregiudizi culturali.

Da ciò la necessità di identificare la patologia e di inquadrarla nel contesto socio-culturale della paziente, talvolta in collaborazione con agenti socio-sanitari e con psicologi, dato che, da circa un anno, è venuto a mancare il contributo dei mediatori culturali. Nel corso dell'anamnesi, qualora sorga il sospetto di altra patologia sistemica/internista, si invia la paziente all'osservazione dei colleghi internisti dell'Istituto di Malattie Infettive e Tropicali del Policlinico.

Il secondo step è rappresentato dalla visita ginecologica, integrata ove necessario, da un esame ecografico (transaddominale o transvaginale) che, preferenzialmente, viene eseguito in tempo reale. In alcuni casi ciò è sufficiente per porre diagnosi e dare una terapia medica; in altri casi è necessario procedere con altre indagini (iste-

roscopia, isterosalpingografia, dosaggi ormonali etc.) ed inviare la paziente presso ambulatori ultraspecialistici attivi nella nostra Clinica nelle ore antimeridiane o proporre il ricovero per un approccio chirurgico.

#### **Dati rilevati. Anno 2000 - Aprile 2004**

La nostra esperienza nella Clinica Ostetrica-Ginecologica si estende dal 2000 all'aprile 2004. Nel corso di questi anni abbiamo effettuato il 48% (n°1062) delle prestazioni totali (n°2202) variamente distribuite negli anni, ma con un incremento pari a più del doppio nell'ultimo anno e mezzo.

<b>Anno</b>	<b>Prestazioni totali</b>	<b>Prestazioni ginecologiche</b>
2000	265	120
2001	442	170
2002	516	205
2003	825	477
Aprile 2004	149	90
<b>Totale</b>	<b>2002</b>	<b>1062</b>

**Tab.1 Clinica Ost. et Gin. di Palermo**

Il 46% (n°488) delle prestazioni sono state richieste per patologia infettiva del tratto genitale inferiore, il 19% (n°202) per irregolarità mestruali, il 16% (n°170) per ricerca di gravidanza, l' 11% (n°117) per problemi del climaterio, il 7% (n°74) per contraccezione, ed infine, il 2%(n°22) delle pazienti sono state ricoverate per intervento chirurgico.

**Tab.2 Clinica Ost. et Gin. di Palermo**

<b>Anno</b>	<b>Interventi chirurgici</b>	<b>Isterectomia totale</b>	<b>Laparotomia</b>	<b>Conizzazioni</b>	<b>Isteroscopia operatoria</b>
2000	4	1	1		2
2001	4	1	1 (OBM)	1	1
2002	5	2	1		2
2003	5	4	1		2
2004	4	3	1		
<b>Tot.</b>	<b>22</b>	<b>11</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>7</b>

A partire da Gennaio 2004 è stato attivato il servizio di colpocitologia e colposcopia per la diagnosi batteriologica delle infezioni cervicovaginali e la prevenzione delle lesioni preneoplastiche del tratto genitale inferiore.

Il servizio di lettura del pap-test è garantito dalla collaborazione dell'Istituto di Anatomia Patologica del Policlinico Universitario di Palermo, e la colposcopia da un operatore che, nell'ambito di uno studio prospettico, valuta le correlazioni citologiche-colposcopiche per la diagnosi precoce di malattia neoplastica e l'epidemiologia delle malattie infettive in una popolazione con fattori di rischio costituzionali e sociali diversi. Durante l'esame colposcopico eventuali lesioni sospette vengono biopsiate per la diagnosi istologica, a seguito della quale viene deciso il percorso terapeutico più opportuno.

Ad oggi sono stati effettuati 55 esami citologici/colposcopici, di cui 21 con esame citologico ancora in corso. Tra i 34 esami citologici/colposcopici completi di referto è stato riscontrato il 59% (n°20) di flogosi varie, il 29% (n°10) di normalità, il 12% (n°4) di anormalità (displasia-ANTZ).

### Referti di flogosi

59%	Nu- mero	Infezione cervico-vaginale
	7	Infezione batterica
	6	Flogosi aspecifica <sup>i</sup>
	3	Ectropion flogosato <sup>ii</sup>
	2	Citolisi da Doderlein
	1	Infezione da Gardnerella
	1	Flogosi da distrofia
<i>Totale</i>	<b>20</b>	

**Tab.3 Clinica Ost. et Gin: di Palermo**

<sup>1</sup> Una paziente con referto di flogosi aspecifica aveva già effettuato in altra sede un tampone per Chlamydia che risultava positivo

<sup>11</sup>In un caso durante l'esame colposcopico si è evidenziato un polipo del canale cervicale

**Referti di anormalità**

12%	Nu- mero	Citologia	Colposcopia	Istologia
	1	Displasia lieve/moderata	ANTZ1-2	CIN1
	1	Displasia lieve	NTZ	
	1	Displasia lieve	ANTZ1	In corso
	1	Displasia lieve/moderata	ANTZ2	In corso
<b>Tota- le</b>	<b>4</b>			

**Tab.4 Clinica Ost.et Gin. di Palermo**

Nelle 10 pazienti con esame citologico/colposcopico normale c'è stata una concordanza assoluta tra i due esami, tuttavia la colposcopia ha permesso di evidenziare dei quadri non patologici altrimenti misconosciuti in tre casi (zona rossa da probabile stravasamento ematico, esiti di flogosi cronica, ectropion periorale).

Tra i referti citologico-colposcopici di flogosi e di patologia preneoplastica vi sono stati quattro casi di discordanza (falsi positivi/ falsi negativi) meritevoli di ulteriore approfondimento diagnostico. Questi casi introducono la problematica della necessità dei controlli di qualità e dell'attendibilità dei diversi test di screening.

Nelle 10 pazienti con esame citologico/colposcopico normale c'è stata una concordanza assoluta tra i due esami, tuttavia la colposcopia ha permesso di evidenziare dei quadri non patologici altrimenti misconosciuti in tre casi (zona rossa da probabile stravasamento ematico, esiti di flogosi cronica, ectropion periorale).

Tra i referti citologico-colposcopici di flogosi e di patologia preneoplastica vi sono stati quattro casi di discordanza (falsi positivi/ falsi negativi) meritevoli di ulteriore approfondimento diagnostico. Questi casi introducono la problematica della necessità dei controlli di qualità e dell'attendibilità dei diversi test di screening.

## **PERCORSO DI ASSISTENZA OSTETRICO-GINECOLOGICA IN DONNE IMMIGRATE II**

*A.M.Ministeri, R.Vassallo, L.Campisi, G.Patti, P.Ficano*

Il nostro Servizio di Assistenza Sanitaria ha avuto inizio negli anni 1998/99 presso i locali dell'oratorio di S. Chiara nel quartiere dell'Albergheria di Palermo.

Dal 2000 il Servizio è stato trasferito presso l'Istituto di Ginecologia ed Ostetricia del Policlinico Universitario di Palermo, allo scopo di fornire una assistenza più specifica ed adeguata.

La nostra attenzione si è rivolta, inizialmente e indiscriminatamente, nei confronti di donne immigrate che presentassero problemi di natura ostetrica o ginecologica. Successivamente, a partire dal 2003, il nostro servizio si è rivolto esclusivamente a donne immigrate "irregolari" e cioè in possesso di codice STP (Straniero Temporaneamente Presente: GURI 116/2000 serie generale n°126); mentre l'assistenza alle donne immigrate "regolari", ossia fornite di codice fiscale, è stata canalizzata verso gli ambulatori specialistici convenzionali del nostro Istituto.

Il nostro Servizio è offerto nelle ore pomeridiane del mercoledì su tre Ambulatori gestiti da un gruppo di medici collaborati da personale infermieristico:

- Ambulatorio prenatale
- Ambulatorio ginecologico
- Ambulatorio ecografico

Tutte le pazienti ricevono un approccio diagnostico- terapeutico ambulatoriale laddove possibile, e ove necessario, in regime ospedaliero di DH e seguite dallo stesso gruppo di medici.

### **Percorso Ostetrico per donne immigrate**

Nella gestione delle immigrate vengono seguite le linee guida emanate dal Ministero della Sanità. La paziente che si presenta per la prima volta alla nostra osservazione può essere già consapevole del suo stato di gravidanza ma potrebbe anche ignorarlo, quindi dopo aver fatto tale diagnosi, la donna viene inserita in un iter diagnostico e terapeutico, reso fruibile nel migliore dei modi, fino all'espletamento del parto.

In una prima fase si esegue una accurata raccolta di notizie anamnestiche per l'individuazione di eventuali fattori di rischio e predisponenti patologie ostetriche e dopo aver compilato la scheda clinica si esegue il controllo clinico ostetrico. La paziente viene sottoposta a visita, valutazione PAO e Peso corporeo, prescrizione di esami di laboratorio e sempre in giornata ad eventuale ecografia ostetrica. Durante tutto il corso della gravidanza vengono effettuate, così come previsto dal Ministero della Sanità, 3 ecografie: la prima che ha lo scopo di determinare l'esatta datazione dell'epoca gestazionale, la seconda volta alla valutazione della morfologia fetale, la terza per lo studio dell'accrescimento fetale. In presenza di gravidanza non fisiologica il numero delle ecografie nonché il monitoraggio clinico vengono

ovviamente incrementati, e qualora sia necessario la paziente viene ricoverata in regime di D.H. o, tramite P.S. ostetrico, in regime di ricovero ordinario.

In particolare, la gestione delle pazienti diabetiche viene organizzata con la collaborazione dei colleghi diabetologi dell'Istituto Malattie Endocrine e Metaboliche del Policlinico.

Dati rilevati nel periodo compreso tra l'anno 2000 ed Aprile 2004

Nel periodo preso in esame abbiamo suddiviso le pazienti immigrate in base alla loro nazionalità di origine riscontrando, innanzitutto, una maggiore affluenza di donne bengalesi (Vedi tab.1) .Abbiamo calcolato la durata media della gravidanza secondo la differente provenienza (Vedi tab.2).Sono state studiate varie patologie ostetriche presenti nelle immigrate e la loro incidenza è stata rapportata quantitativamente e percentualmente a quella delle pazienti ostetriche autoctone .Nel caso del diabete l'incidenza è maggiore nelle donne autoctone rispetto alle immigrate , confermando la stretta correlazione esistente tra tale patologia e le condizioni di benessere economico di una popolazione (vedi tab.3).Tra le malattie infettive in gravidanza, risalta la lue, ritrovata maggiormente tra le donne di nazionalità africana precisamente 3 pazienti su 4 sono di origine Ghanese .Infine le infezioni epatiche HCV ed HBV correlate sono prevalentemente presenti nella nostra popolazione (Vedi tab.4).Le prestazioni ostetriche eseguite in data 2000 – 2004 sono 1140, nel 2003 si è registrato un incremento pari quasi al doppio (Vedi tab.5). Nell'istituto di Ostetricia hanno partorito 269 donne immigrate, corrispondente al 7,3% dei parti totali (3678) e al 23,6% delle prestazioni ostetriche alle immigrate (1140), sono state eseguite 15 revisioni di cavità, pari all'1,3% delle prestazioni ostetriche.

**Tabella 1. Nazionalità di origine delle pazienti pervenute al nostro ambulatorio.**

Nazionalità	Numero in %	Nazionalità	Numero in %
Bangladesh	14.5	Polonia	0.7
Tunisia	13	Eritrea	0.7
Mauritius	13	Rom	0.7
Ghana	12.2	Liberia	0.3
Marocco	10.8	Filippine	0.3
Sri Lanka	6.7	N. Guinea	0.3
Nigeria	5.2	Siria	0.3
Costa D'Avorio	4.4	Russia	0.3
Cina	3.7	Maldive	0.3
Albania	2.9	Etiopia	0.3
Capo Verde	1.2	Libia	0.3
Kosovo	0.7	Repubblica Ceca	0.3

**Tabella 2**

<b>NAZIONALITÀ</b>	<b>ETÀ GESTAZIONALE AL PARTO</b>
Bangladesh	39.2 ws
Tunisia	39.1 ws
Marocco	39.1 ws
Sri Lanka	39.6 ws
Nigeria	38.3 ws
Costa D'Avorio	39 ws
Cina	38.6 ws
Albania	39 ws
Capo Verde	37.2 ws
Polonia	40.2 ws
Eritrea	38.6 ws
Russia	37 ws
Libia	40.4 ws
Repubblica Ceca	40.3 ws
Maldive	39.2 ws
Etiopia	40 ws
Siria	39.2 ws
Nuova Guinea	39.4 ws
Ghana	38.4 ws
Mauritius	37.6 ws

**Tabella 3. Incidenza del diabete nelle gravide italiane e immigrate.**

Anni 2000-2004	Donne Italiane	Donne Immigrate
Prestazioni ostetriche	2100	1140
N. pz diabetiche	297	12
% pz diabetiche	14.2	1.05

**Tabella 4. Incidenza malattie infettive nelle gravide italiane e immigrate.**

Anni 2000-2004	Donne Italiane	Donne Immigrate
LUE	0	4
HBsAg positivo	12	5
HCV positivo	2	1



**Tabella 5.**

<b>Anno</b>	<b>Prestazioni Totali</b>	<b>Prestazioni Ostetriche</b>
2000	265	145
2001	442	272
2002	516	311
2003	825	348
2004	154	64
<b>Totale</b>	<b>2202</b>	<b>1140</b>

**Mutilazioni genitali femminili (MGF)**

Dal Gennaio 2004, sempre presso l'Istituto di Ostetricia e Ginecologia del Policlinico di Palermo, è stata avviata un'indagine clinico statistica sulle MGF.

Secondo la definizione OMS – UNICEF – UNFPA 1997:” Mutilazioni genitali femminili sono tutte le procedure che comportano la rimozione parziale o totale dei genitali esterni femminili, tanto per ragioni culturali che per altre ragioni non terapeutiche “.

Le MGF sono state classificate in IV° tipi:

I° tipo: Circoncisione: resezione del prepuzio clitorideo con o senza l'escissione di parte o dell'intera clitoride.

II° tipo: Escissione: resezione del prepuzio e della clitoride insieme alla rimozione parziale o totale delle piccole labbra.

III° tipo: Infibulazione o Circoncisione faraonica: escissione parziale o totale dei genitali esterni. I due lati della vulva vengono poi cuciti con una sutura o con spine, riducendo l'orifizio della vulva e lasciando solo un piccolo passaggio per l'emissione del flusso mestruale e dell'urina.

IV° tipo: include varie pratiche di manipolazione degli organi genitali femminili: piercing, pricking, incisione del clitoride e/o delle labbra; cauterizzazione per ustione del clitoride e dei tessuti circostanti; raschiatura orifizio vaginale (anguria cuts) o taglio della vagina (gishiri cuts).

Lo studio sulle mutilazioni si compone di due fasi, la prima è consistita in un lavoro di reperimento materiali e selezione della letteratura sulle MGF. La seconda fase, tutt'ora in corso, si è basata sulla ricerca dei casi, considerando le diverse comunità di donne immigrate che si presentano alla nostra osservazione.

Dalla valutazione dei dati sono state ritrovate 21 pazienti con MGF che, rapportate al numero totale delle prestazioni effettuate dal mese di Gennaio all'Aprile 2004, corrispondono al 13,6% di esse. Il 57% (12) delle pazienti con MGF è di origine Nigeriana, 19,04% (4) provengono dall'Eritrea, 9,5% (3) dalla Costa D'avorio, seguono Liberia, Ghana e Senegal con il 4,7% (vedi Tab.1). Le Nige-

riane, anche in accordo con le ricerche e casistiche già effettuate da vari autori, vengono sottoposte prevalentemente ad Escissione.

I tipi di mutilazione finora evidenziati sono rappresentati da: Circoncisione ed Escissione, precisamente 71,4% mutilazioni di II° tipo, 28,6% mutilazioni di I° tipo (vedi Tab.2).

In 3 pazienti contestualmente alla presenza dell'escissione, è stata riscontrata la coesistenza dell'incisione bilaterale delle grandi labbra, tipica delle mutilazioni di IV° tipo. Dall'anamnesi delle pazienti si evince che quasi tutte hanno avuto un parto di tipo spontaneo, dimostrando che le MGF di I° e II° tipo non provocano gravi alterazioni anatomiche tali da dover ricorrere al taglio cesareo. Infine solo il 28,5% di esse riferisce dispareunia. Le ricerche da poco avviate saranno ulteriormente approfondite ed ampliate al fine di ottenere un campione adeguatamente ampio, capace di confermare e completare questi risultati iniziali.

**Tabella 1**

<b>Nazionalità donne</b>	<b>% donne con MGF</b>
Nigeria	57%
Eritrea	19,4%
Costa D'avorio	9,5%
Liberia	4,7%
Ghana	4,7%
Senegal	4,7%

**Tabella 2**

<b>Tipi di mutilazione</b>	<b>% donne con MGF</b>
I° tipo	28,6%
II° tipo	71%
III° tipo	0
IV° tipo	0

## **L'ESPERIENZA DEI CENTRI O SPAZI PER LA SALUTE DELLE DONNE IMMIGRATE E DEI LORO BAMBINI IN EMILIA/ROMAGNA**

*Maria Giovanna Caccialupi*

Responsabile del Centro per la Salute  
delle Donne Straniere e dei loro Bambini  
AUSL Bologna

Con la collaborazione degli operatori degli Spazi di Parma, Reggio Emilia,  
Modena, Ravenna, Forlì, Rimini.

La relazione sulle esperienze dei Centri o Spazi per la salute delle donne immigrate e dei loro bambini della Regione Emilia/Romagna che oggi porto alla vostra attenzione, è per me particolarmente importante e partecipata affettivamente.

La prima ragione è che, quando le donne straniere erano ancora “invisibili” per i Servizi socio-sanitari nel 1991 ho ideato il primo Centro pubblico in Italia con la presenza organica delle mediatrici culturali; la seconda è che, oggi, quando le donne straniere rappresentano quasi ovunque il 50% della popolazione immigrata, esistono numerose e varie esperienze che hanno portato contributi assai significativi nei processi di mediazione culturale in atto nel settore socio-sanitario. Essi rappresentano percorsi culturali, metodologici e organizzativi di volta in volta strutturati per i bisogni reali delle utenti immigrate e resi possibili e/o più ricchi da un diffuso atteggiamento sperimentale negli operatori coinvolti, che è un presupposto metodologico per la formazione di capacità di fare interventi di prova e di osservazione delle reazioni delle pazienti.

Mi pare che la ricchezza delle diverse soluzioni organizzative, la rete dei diversi attori coinvolti così come potete vedere nei contributi dei singoli Spazi, lascino intravedere che lo scopo non è stato solo quello di arrivare a conoscenze antropologiche e a possedere strumenti conoscitivi mirati a comprendere analogie e differenze culturali, ma soprattutto quello di sviluppare un cambiamento che possa modificare la situazione di sofferenza/insofferenza e di difficoltà in carico sia agli operatori che agli utenti. E il cambiamento ha portato gli operatori ad una migliore pratica professionale, a predisporre collegamenti interistituzionali per favorire l'accesso delle donne immigrate e dei loro bambini, a sviluppare riflessioni e ricerca sugli aspetti disciplinari e organizzativi che possono rappresentare criticità per adeguate risposte; in qualche caso a vere e proprie consultazioni transculturali.

Può essere utile fissare, dal punto di vista cronologico, i diversi momenti attraverso cui si è arrivati alla situazione attuale.

## Le tappe

1991	Apertura a Bologna del Centro per la Salute delle donne straniere e dei loro bambini all'interno del S.M.I. della USL 28
1995	Apertura a Modena di uno Spazio per le donne immigrate e di uno per il bambino immigrato in due sedi separate
1995-1996	Corso di formazione regionale per un gruppo di operatori/ricercatori dei consultori pediatrici e familiari, rappresentativo dei servizi di ogni provincia, finalizzato a promuovere la costituzione di uno Spazio almeno per provincia
1996	Definizione di un sistema informativo unico regionale per la raccolta dati delle attività
1997	La Regione Emilia Romagna inizia la raccolta dati di attività degli Spazi esistenti ( N 7 ) <ul style="list-style-type: none"> <li>● Bologna</li> <li>● Forlì</li> <li>● Modena (servizi separati per donne e bambini)</li> <li>● Parma</li> <li>● Ravenna</li> <li>● Rimini</li> <li>● Sassuolo</li> </ul>
2002	Gli Spazi sono 8: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Bologna</li> <li>● Forlì</li> <li>● Modena (servizi separati per donne e bambini)</li> <li>● Parma</li> <li>● Ravenna</li> <li>● Reggio Emilia</li> <li>● Rimini</li> <li>● Sassuolo</li> </ul>

Possiamo mettere in evidenza che a tutt'oggi due province (Piacenza e Ferrara) non hanno organizzato Spazi dedicati, e se prendiamo in considerazione le tabelle 1 e 1 bis sugli orari di apertura e sugli operatori presenti, le differenze del "modello" balzano agli occhi.

Le caratteristiche che nel corso di formazione regionale del 1996 individuammo quali condizioni per la progettazione di uno Spazio dedicato, la formazione all'interculturalità degli operatori sanitari e la presenza delle mediatrici culturali nonché un orientamento pressoché esclusivo per équipes di sole donne, sono presenti tutte e tre solo a Bologna; in alcuni Spazi o ambulatori non è stata presente all'inizio la mediatrice culturale; attualmente tutti gli Spazi possono utilizzare mediatrici culturali attraverso diverse modalità amministrative di volta in volta attiva-

te, valorizzando le risorse del territorio e comunque sono presenti settimanalmente da un minimo di 3 ore a Forlì ad un massimo di 51 ore a Reggio Emilia; alcune figure professionali (assistente sociale e psicologa) sono assenti in diversi Spazi per scelta programmatoria o mera contingenza; e non da ultimo l'orario di apertura va da un minimo di 4 ore settimanali a Forlì ad un massimo di 25 ore settimanali a Bologna. Se confrontiamo le tabelle 2 e 2 bis sull'utenza pediatrica, possiamo considerare come dal 1997 al 2000 essa sia triplicata in valore assoluto, in secondo luogo come nel 1997 quasi il 33% dei bambini aveva il pediatra di base; nel 2002 il 30,8%. Permane dunque una difficoltà di accessibilità alle cure pediatriche di base senza alcun miglioramento dal 1997 nonostante che le normative di regolarizzazione vigenti siano più conosciute dagli operatori.

La percentuale dei nuovi utenti sul totale degli utenti rilevata nel 2002 è del 55,9%; non è comparabile con quello del 1997 in quanto le percentuali degli Spazi erano sfasate temporalmente.

Da notare che mentre nel 1997 i bambini nella fascia di età 0-6 mesi rappresentavano il gruppo più numeroso, nel 2002 il gruppo più numeroso è quello della fascia 7-11 anni, seguito da quello della fascia > ai 14 anni.

Possiamo riferire questi dati al mutamento delle modalità migratorie di interi nuclei familiari, ai ricongiungimenti familiari con minori lasciati nel Paese d'origine nella prima fase d'immigrazione e successivamente richiamati, alla presenza di minori non accompagnati provenienti da Romania e Marocco principalmente.

L'utenza femminile che accede agli Spazi, a qualunque titolo e condizione in Italia, nella prima fase di immigrazione e comunque in situazione di particolare disagio per scarsa conoscenza della lingua, dei servizi nonché per condizioni sociali e psicologiche gravi, è dal 1997 al 2002 poco più che raddoppiata (vedere Tab 3 e 3 bis).

Esiste un'amplia oscillazione tra i valori riguardanti i nuovi utenti in riferimento al totale degli utenti (dal 60,3% di Reggio Emilia all'84,00% di Rimini) e i valori riguardanti il numero di prestazioni per utente (dall'1,9% di Sassuolo al 6,4% di Bologna).

Ed infine la Tab. 4 sulla utenza per provenienza geografica nel 2002; non presento quella del 1997 perché troppo incompleta.

Rispetto ai dati complessivi, comunque noti, scalzata dal primo posto l'Africa Settentrionale; l'Europa Centro-Orientale, l'Estremo Oriente Sud-Est Asiatico, l'Africa Occidentale sono le aree geografiche da cui arriva rispettivamente il 35,5%, il 20,8%, il 15,2% delle utenti. Possiamo mettere questi dati in relazione al cambiamento (aumento) dei flussi migratori provenienti dall'Europa dell'Est; al consolidamento dell'accoglienza delle utenti cinesi a Bologna e Reggio Emilia; alla presenza di progetti mirati per una popolazione target quale la prostituzione.

Comune a tutti gli Spazi gli obiettivi di:

- facilitare l'accesso di donne e bambini immigrati predisponendo un modello organizzativo interno al servizio che trova nell'accoglienza, nella mediazione culturale e nell'accompagnamento, luoghi e modalità per l'incontro delle specificità dei bisogni delle utenti;
- affrontare un percorso di conoscenza delle diverse culture e delle modalità di espressione del bisogno di cura, delle diverse condizioni di salute e malattia;
- riflettere sulle proprie modalità operative perché "la diversità" di cui sono portatori la donna e il bambino immigrati possono renderle spesso non efficaci ed inadeguate.

All'interno di questo processo, per altro in pieno svolgimento, si possono già differenziare alcune fasi, facendo riferimento agli interventi realizzati dai diversi Spazi.

1. Fase del "farsi conoscere"

Si assiste al proliferare del materiale informativo stampato in diverse lingue per spiegare modalità di accesso e funzioni dei servizi Sanitari esistenti;

2. Fase dell' "attenzione alla diversità"

Sono avviate attività di ricerca e raccolta dati per riconoscere le diversità e su questa progettare percorsi assistenziali che ne tengano conto – nursing interculturale.

In alcune situazioni questa fase è ancora allo stato nascente;

3. Fase del "cambiamento dei modelli operativi"

La diversità della domanda e del bisogno dell'utente straniero non viene riconosciuta come eccezionale e alternativa perché i modelli di assistenza previsti tengono conto della "diversità" di cui ogni utente, straniero o no, è portatore – nursing transculturale.

E' la competenza dell'operatore che supera le personali o culturali modalità di vedere le questioni che interferiscono con la capacità di vedere e risolvere efficacemente le domande di salute che le donne presentano. Si mette in moto un processo di formazione a stadi in cui la competenza nella relazione con la paziente è intesa qualche volta decisamente come abilità tecnica, qualche altra volta quale scambio umano in modo tale che, comunque, alla fine i problemi risultino chiariti, le soluzioni poste in risalto e siano definite le direttive della presa in carico.

Le prime due fasi mi sembra siano riscontrabili nelle esperienze di tutti gli Spazi, ricchi di progetti, iniziative, formazioni, etc etc. La presenza delle mediatrici culturali è diventata uno strumento utile al raggiungimento di una flessibilità aperta alla reciprocità nella pratica quotidiana.

La terza, ovviamente perché più complessa, richiede un'attenzione particolare da parte dei programmatori e gestori delle politiche sanitarie. Per la popolazione mi-

grante, considerata in ogni programma di formazione della salute come una popolazione esposta al rischio, in primo luogo per la donna e il bambino migranti, la attivazione di questi Spazi ha rappresentato sicuramente un “osservatorio privilegiato” di conoscenza e sperimentazione di nuove modalità operative ed organizzative, che attraverso consulenze, consultazioni, formazioni, può essere trasmesso a tutti gli operatori in rete e di rete. In alcuni Spazi questa attività comincia ad avere una certa rilevanza o, comunque, se ne avverte l'importanza e la precipuità. Negli assetti organizzativi delle varie AUSL non appare una comune attenzione agli Spazi in quanto permangono due territori provinciali che non lo hanno organizzato e da quelle zone notiamo un pendolarismo di donne immigrate verso gli Spazi più prossimi o solo l'attività del privato sociale; in secondo luogo, gli aspetti organizzativi ed amministrativi hanno determinato, in alcune, una impossibilità o una grave difficoltà a seguire congiuntamente la donna e il suo bambino, e a sostenere la famiglia nel momento in cui affronta eventi che s'intrecciano e che vedono viceversa risposte tecnicamente separate; non da ultimo le competenze che sono emerse dalla pratica professionale non hanno spesso trovato un indispensabile riconoscimento nelle competenze attribuite formalmente (vale anche per le mediatrici culturali).

La constatazione che le utenti immigrate sono in aumento in tutti i servizi territoriali e ospedalieri viene qualche volta assunta quale barriera alla necessità di una presa in carico specifica. I flussi migratori cambiano velocemente e sono difficilmente prevedibili anche dal punto di vista demografico. Nel I semestre del 2003, ad esempio, c'è stato un flusso consistente di donne rumene in condizioni di disagio fisico e culturale che richiede uno sforzo continuo di adeguamento dei modelli operativi e di accoglienza comunque di un luogo in cui l'ascolto sia possibile perché esistono alcune condizioni minime per realizzarlo (mediazione linguistico/culturale; approccio clinico interculturale e/o transculturale).

Emerge in tutte le esperienze, dalla prima del 1991 ad oggi, che gli Spazi hanno funzionato grazie a sinergie che si sono verificate tra strutture pubbliche e associazioni del privato sociale; i progetti realizzati hanno cercato di armonizzare gli aspetti principi delle une e delle altre non solo per rispondere all'emergenza o per popolazione target definite, quale la prostituzione, ma secondo un approccio di integrazione ritenuto esclusivo per affrontare complessivamente il fenomeno.

Mi sembrano questi i principali aspetti dell'esperienza realizzata che hanno sicuramente promosso azioni socio-sanitarie e progetti nella direzione della promozione al diritto alla salute della popolazione immigrata e che hanno svolto un'azione di monitoraggio del fenomeno emergente, nonché lo stimolo a ricercare soluzioni giuridico/amministrative (mi riferisco alle applicazioni dei tickets, a vari tesserini di soccorso, fino al S.T.P.) che rendessero concreto il diritto alla Salute da parte delle donne immigrate in queste “fortezze Europa”, come dice la Sassen almeno nei momenti della gravidanza, nascita e puerperio.

E per contrastare l'immagine che il Servizio Sanitario sia una “fortezza” poco accessibile è necessario che siano ottimizzati tutti gli aspetti organizzativi e clinici

della presa in carico delle donne immigrate presso gli Spazi; che l'avvio alle strutture sanitarie di base, nel processo di stabilizzazione della migrazione, sia accompagnato da collegamenti interistituzionali che vedano una trasmissione di conoscenze inerenti la presa in carico del paziente straniero da parte degli operatori degli Spazi e la definizione di protocolli condivisi in un'ottica "altra", quella che di volta in volta è il frutto della mediazione culturale tra gli attori di quel processo.

Auspicio che in un futuro prossimo, accanto all'analisi della comunicazione che oggi avviene all'interno della triade donna straniera – mediatrice culturale – operatrice sanitaria, ci sia il contributo sempre più largo di gruppi di donne immigrate che, attraverso il disvelare delle reciproche rappresentazioni sugli "oggetti privilegiati" del servizio MaternoInfantile possa realizzare un confronto interculturale sui saperi di cura sempre più dinamico e meno a/simmetrico di quello attuale.



**Tab. 1: Spazi donne immigrate – Ore di apertura e operatori**

	Modena								Sassuolo*
	Parma	spazio donne	spazio bambini	Bologna	Ravenna	Forlì	Rimini		
Giorni apertura	<b>M</b>	1	0	0	1		1 (sabato)	1 (martedì)	1 (lunedì)
	<b>P</b>	1	2	2	3	1			
Ore totali apertura		6	6	6	19	4	3	4	5
Ore totali operatori		47	18	18	92	20	41	20	10
Ore ginecologica		3	9	0	18	4	6	4	5
Ore ostetrica		8	9	0	24	4	6	4	5
Ore pediatra		10		6	10	2	10	4	0,5
Ore ASV		8		12	28	2	10	4	0,5
Ore Assistente sociale		13		0	0	4	6	-	0,5
Ore altro					4 (medico di base) 12 (psicologa)	4 (medico di base)	3 (operatore tecnico)	4	
Ore mediatrice culturale		9	6	6	39	3	-	-	10

NB: Lo Spazio di Reggio Emilia è stato inaugurato il 3-10-98.

\* Lo Spazio di Sassuolo non ha seguito il percorso formativo degli altri Spazi. Per questo motivo i dati risultano incompleti.

## Regione Emilia Romagna – Dati attività 2002

Servizio assistenza distrettuale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari

**Tab. 1 bis: Ore di apertura e ore totali operatori**

	Par- ma	Reggio Emilia	Modena		Sas- suolo	Bolo- gna	Raven- na	Forlì	Rimini*	
			spazio donne	spazio bambini						
<b>gg. apertura</b>	<b>M</b>	5	3			3	2	1	1	1
	<b>P</b>	2	2	2	2		3	3		
<b>Ore tot. apertura</b>		21	22	6	6	13,5	25	10	4	5
<b>Ore tot. operatori</b>		142	77	29		17	69	56	37	27
<b>Ore gi- necologa</b>		24	10,5	9		5	23	9	6	5
<b>Ore oste- trica</b>		36	17,5	20		12	24	9	4	5
<b>Ore pe- diatra</b>		8	15		8		5	10	12	4
<b>Ore ASV</b>		8	22		20		5	26	15	5
<b>Ore Assist. sociale</b>		36	2						**	
<b>Ore altro</b>		12 (me- dico) 18 (infer- mie- re)	10 (me- dico igieni- sta)				12 (psi- colo- go)	2 (medi- co di base)		8 (inf. prof. sociolo- ga)
<b>Ore me- diatrice culturale</b>			51	6		15	46	12,5	3***	12

\* Una volta al mese di mercoledì è aperto l'ambulatorio ginecologico su appuntamento

\*\* L'assistente sociale viene contattata al bisogno

\*\*\* Dal mese di aprile è iniziata la presenza alternata della mediatrice il sabato mattina

## Regione Emilia Romagna – Dati attività 1997

**Tab. 2: Attività pediatrica: utenti**

	Tot. Ac- cessi	Tot. Utenti	Di cui nuovi utenti	Pedia- tra di base	Età						
					Mesi		Anni				
					0-6	7-12	1-3	4-6	7-11	12-14	>14
<b>Parma</b>	111	50	50	24	23	12	8	4	2	1	-
<b>Modena (Spazio bambini)</b>	506	281	173	158	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
<b>Bologna</b>	402	137	99	18	50	15	33	6	10	7	3
<b>Ravenna</b>	8	18	9	-	5	-	5	5	1	1	1
<b>Forlì</b>	Attivato nel '98										
<b>Rimini</b>	457	171	88	20	17	2	46	29	40	16	21
<b>Totale</b>	1484	657	419	220	95	29	92	44	53	25	25

## Regione Emilia Romagna – Dati attività 2002

Servizio assistenza distrettuale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari

**Tab. 2 bis: Attività pediatrica: utenti**

	Tot. Utenti	di cui Nuovi utenti	% Nuovi utenti/tot utenti	Di cui con Pediatra Di base	% ut. con pediatra/tot. utenti	Età							Tot. accessi	Accessi/utenti
						Mesi		Anni						
						0-6	7-12	1-3	4-6	7-11	12-14	>14		
<b>Parma</b>	67	51	76,1	3	4,5	14	2	16	14	13	6	2	128	1,9
<b>Reggio Emilia</b>	n.r.	123	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
<b>Modena (Spazio bambini)</b>	772	412	53,4	456	59,1	18	37	101	152	156	85	223	2160	2,8
<b>Bologna</b>	165	97	58,8	40	24,2	86	13	40	10	13	3	0	407	2,5
<b>Ravenna</b>	595	205	34,5	32	5,4	45	30	54	99	172	49	146	784	1,3
<b>Forlì</b>	118	57	48,3	36	30,5	28	7	26	16	26	8	0	289	2,4
<b>Rimini</b>	160	104	65,0	11	6,9	71	6	31	23	16	3	10	483	3,0
<b>Totale</b>	1877	1049	55,9	578	30,8	262	95	268	314	396	154	381	4251	2,3

N.B. Lo Spazio di Sassuolo non effettua attività di pediatria

Regione Emilia Romagna – Dati attività 1997

**Tab. 3: Spazi donne immigrate – Attività ostetrico-ginecologica**

	<b>Totale utenti</b>	<b>Nuovi utenti</b>	<b>Totale prestazioni</b>	<b>Totale accessi</b>	<b>Prestazioni/ accessi</b>
<b>Parma</b>	155	155	406	364	1,12
<b>Modena (Spazio donne)</b>	518	184	1410	1078	1,31
<b>Bologna</b>	1047	327	3692	2072	1,78
<b>Ravenna</b>	104	79	339	265	1,28
<b>Forlì</b>	98	55	282	197	1,43
<b>Rimini</b>	199	189	860	619	1,39
<b>Sassuolo</b>	120	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
<b>Totale</b>	2241	989	6989	4595	1,52

## Regione Emilia Romagna – Dati attività 2002

Servizio assistenza distrettuale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari

**Tab. 3 bis: Attività ostetrico-ginecologica: utenti, accessi, prestazioni**

	<b>Totale utenti</b>	<b>Nuovi utenti</b>	<b>% Nuovi utenti/ totale utenti</b>	<b>Totale prestazioni</b>	<b>Totale accessi</b>	<b>Accessi/ utenti</b>	<b>Pre- staz./ utenti</b>	<b>Pre- staz./ accessi</b>
<b>Parma</b>	671	412	61,4	1886	1803	2,7	2,8	1,0
<b>Reggio Emilia</b>	740	446	60,3	3081	2120	2,9	4,2	1,5
<b>Modena (Spazio donne)</b>	758	n.r.	n.r.	3529	1943	2,6	4,7	1,8
<b>Sassuolo</b>	584	*	-	1110	790	1,4	1,9	1,4
<b>Bologna</b>	1057	651	61,6	6759	2914	2,8	6,4	2,3
<b>Ravenna</b>	410	284	69,3	1383	1013	2,5	3,4	1,4
<b>Forlì</b>	94	n.r.	n.r.	542	318	3,4	5,8	1,7
<b>Rimini</b>	387	325	84,0	1135	734	1,9	2,9	1,5
<b>Totale</b>	4701	2118	45,1	19427	11635	2,5	4,1	1,7

\* A Sassuolo non vi è un sistema di rilevazione dei nuovi utenti

## Regione Emilia Romagna – Dati attività 2002

Servizio assistenza distrettuale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari

**Tab. 4: Attività Ostetrico-ginecologica: utenti per provenienza geografica**

	Parma	Mo- dena	Bologna	Rave nna	Forlì	Rimini		Sassuolo	Totale	n.	%
Europa Centro-Orientale	296	75	246	218	343	218	37	246	1461	35,5	
Africa Setten- trionale	26	24	87	21	136	21	35	11	340	8,3	
Africa occiden- tale	120	106	242	96	45	96		18	627	15,2	
Africa Centro- Orientale	26				27		2	1	56	1,4	
Vicino-Medio Oriente	4		7		5				16	0,4	
Paesi Asiatici Ex-URSS	63	72	108	61	111	30			384	9,3	
Sub continente indiano	3	11	13		20				47	1,1	
Estremo Orien- te Sud-Est A- siatico	30	429	27	13	277	13	15	65	856	20,8	
America Cen- trale	9	3	7	12	2	12	4		37	0,9	
America Meri- dionale	87	10	21		83		1	46	248	6,0	
Apolidi	1								1	0,0	
Altro	6	10		20	8	20			44	1,1	
<b>Totali</b>	<b>671</b>	<b>740</b>	<b>758</b>	<b>441</b>	<b>1057</b>	<b>410</b>	<b>94</b>	<b>387</b>	<b>4117</b>	<b>100,0</b>	

## **SPERIMENTAZIONE DI UN SISTEMA INFORMATIVO RELATIVO ALL'ASSISTENZA SANITARIA DI PRIMO LIVELLO AGLI IMMIGRATI IRREGOLARI**

*Emanuela Forcella (a), Laura Cacciani (a), Angela Spinelli (a), Salvatore Geraci (b), Mario Affronti (c), Marco Tosi (d), Isabella Lante (e), Patrizia Carletti (f), Valentino Mantini (g), Gabriella Guasticchi (a), Giovanni Baglio (a)*

*(a) Agenzia di Sanità Pubblica Lazio*

*(b) Caritas Diocesana di Roma*

*(c) AOU Policlinico di Palermo, Regione Sicilia*

*(d) Direzione Famiglia e Solidarietà Sociale, Regione Lombardia*

*(e) Unità di coordinamento Progetto Immigrati, Regione Veneto*

*(f) Agenzia Regionale Sanitaria Marche*

*(g) Servizio Integrazione sociosanitaria – DSSR, Regione Lazio*

### **Introduzione**

L'immigrazione in Italia è in costante aumento, tanto da essere considerata un fenomeno stabile e strutturale alla realtà sociodemografica del nostro Paese.

Le sue caratteristiche di eterogeneità e dinamicità portano alla necessità di sviluppare strumenti sistematici di monitoraggio dei bisogni di salute degli immigrati, a supporto di politiche sanitarie mirate.

Se da un lato si tenta di potenziare e valorizzare i sistemi informativi sanitari correnti, i cui dati sempre più frequentemente vengono utilizzati per valutazioni epidemiologiche, dall'altro si rende indispensabile la creazione di nuovi flussi, specificamente orientati a rilevare aspetti particolari del fenomeno migratorio e ambiti assistenziali non coperti dall'attuale rete informativa sanitaria.

A tale scopo, è in corso un Progetto di ricerca finanziato dal Ministero della Salute, dal titolo "Progettazione e sperimentazione di un modello di osservatorio epidemiologico sull'immigrazione".

Il progetto, che ha respiro biennale, è coordinato dall'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio e coinvolge le seguenti Unità Operative:

- Ambulatorio e DH di Medicina delle Migrazioni - Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Palermo, Regione Sicilia
- Area Sanitaria, Caritas Diocesana di Roma
- Direzione Famiglia e Solidarietà sociale, Regione Lombardia
- Unità di coordinamento Progetto Immigrati, Regione Veneto
- Osservatorio Diseguaglianze, Agenzia Regionale Sanitaria Marche
- Ufficio Speciale Tutela Soggetti Deboli - Servizio Integrazione Sociosanitaria, DSSR Regione Lazio
- UO Tutela materno-infantile, ASP Lazio
- UO Studio dei Fenomeni Migratori, ASP Lazio



## **Obiettivi**

Il progetto si propone di sperimentare un modello di rete informativa in grado di connettere le strutture sanitarie pubbliche e del privato sociale che erogano assistenza di I livello agli immigrati irregolari.

Il nuovo sistema informativo andrebbe ad integrare i flussi informativi esistenti (relativi ai ricoveri, alle prestazioni ambulatoriali e di pronto soccorso, alle notifiche delle malattie infettive), raccogliendo informazioni attualmente non soggette ad alcuna rilevazione.

## **Metodologia**

L'attuazione del progetto prevede la messa a punto di una scheda clinico-epidemiologica e di un software per la raccolta e la gestione dei dati, e una sperimentazione multicentrica della rete informativa.

In particolare, il piano di lavoro si articola nelle seguenti fasi:

1. elaborazione di una scheda di rilevazione dei dati sanitari;
2. validazione della scheda di rilevazione mediante studio pilota;
3. definitiva messa a punto della scheda di rilevazione, alla luce dei risultati dello studio pilota;
4. organizzazione e conduzione di uno studio multicentrico di sperimentazione della rete informativa, che coinvolgerà tutte le Unità Operative e le strutture sanitarie di I livello identificate;
5. valutazione complessiva del sistema informativo, elaborazione finale dei dati e presentazione dei risultati.

## **Risultati attesi**

Il progetto, la cui conclusione è prevista nel dicembre 2004, produrrà un prototipo di flusso informativo che potrà essere adottato nelle diverse realtà regionali e locali, e consentirà di raccogliere informazioni omogenee e confrontabili su un ambito assistenziale attualmente non coperto dai sistemi di rilevazione routinaria.

L'integrazione dei flussi vecchi e nuovi permetterà di realizzare un osservatorio permanente sulla salute degli immigrati, attraverso cui attuare un monitoraggio costante e accurato dei bisogni di salute della popolazione, al fine di individuare le principali aree critiche su cui implementare modelli di intervento.

## IMMIGRAZIONE E SALUTE: POLITICHE LOCALI E DIRITTO SOVRANAZIONALE\*

Salvatore Geraci\*, Barbara Martinelli\*, Pierfranco Olivani°

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

\* Area sanitaria Caritas Roma, ° Naga Milano

Le basi etiche del diritto alla salute

E' ormai diffusamente accettato che la tutela della salute di ogni individuo risponde a un'esigenza di solidarietà umana e, contemporaneamente, a una logica di prevenzione collettiva. Ma nella storia dell'uomo il diritto alla salute è una acquisizione recente, alcuni autori implicitamente lo ritrovano nel diritto più nobile e antico che è quello alla vita indicando che *"il significato etico della salute è strettamente legato al valore intrinseco della vita umana, valore che contemporaneamente si presenta come dono ricevuto e come compito da realizzare; il valore morale della salute - la preziosità - non corrisponde solo a quello della vita come dono che deve essere preservato e protetto, ma anche a quello della vita come compito che dovrebbe essere realizzato in modo compiuto"* (I. Carrasco de Paula, 1996). La vita è quindi condizione per tutti gli altri beni ed è il primo dei beni: in questo senso il diritto alla vita fonda il diritto alla salute. Per altri la salute è sempre stata un'aspirazione ed un bisogno ed *"un bisogno può trasformarsi in un diritto quando esistono le condizioni storiche per dargli risposta su scala universale"* (G. Berlinguer, 1994). L'apparente dualismo tra diritto intrinseco alla vita o conquista storico-sociale potrebbe essere colmato considerando la salute come un principio morale che ha valore in sé e che si associa ad un obiettivo giuridico-politico: appunto il diritto alla salute. Comunque, quello alla salute è un diritto positivo ed ormai universalmente acquisito, e ciò è evidente nelle politiche che ne conseguono: non si sollecita la società a non interferire, in modo da proteggere genericamente la salute, ma al contrario questo diritto crea alla società obblighi attivi di promozione della salute. Questo diritto si esplicita nel non subire minacce o danni contro la propria integrità psico-fisica (e qui rientra tutto il concetto di medicina preventiva, igiene ambientale, tutela sul lavoro, ...), a non essere impedito o discriminato all'accesso ai mezzi di prevenzione e cura delle malattie. Ed ancora, la società deve complessivamente muoversi per assicurare condizioni di vita che non ledano lo stato di salute dell'individuo nel bene del singolo e della collettività. Da parte sua l'individuo ha l'obbligo di partecipare al diritto alla salute, avendo possibilità di scelta consapevole delle stesse cure e di avere attenzione per primo del proprio corpo e di usare i mezzi adeguati a tale scopo. La salute è quindi una condizione di equilibrio o meglio di compromesso tra scelte individuali, quando queste sono possibili, e l'am-

---

\* Testo aggiornato e liberamente tratto dalla relazione presentata dagli stessi autori al I Workshop: Immigrazione, salute e partecipazione. Aspetti critici e nuove prospettive operative. Istituto Italiano di Medicina Sociale, Roma, 2002

biente naturale, familiare e sociale, dove la norma, la prassi del diritto, la scelta della politica sanitaria e sociale dovrebbe assicurare il migliore compromesso possibile.

Ciò è stato applicato nelle politiche sanitarie dei vari Stati in modo diverso. La storia contemporanea evidenzia che nelle Nazioni che hanno impiantato sistemi assicurativi sociali obbligatori (Francia e Germania) o che si siano mossi in un'ottica di servizi sanitari nazionali (Italia, Spagna, Gran Bretagna) è stata prodotta una minore spesa sanitaria e un livello complessivo di salute migliore (in termini di forbice più stretta tra popolazione sana e 'sofferente', cioè in condizione di disagio socio-sanitario) rispetto ad esempio agli Stati Uniti dove ha prevalso un sistema, basato sulle assicurazioni private, a volte più efficiente ma più costoso e meno efficace in termini collettivi e di protezione delle classi più svantaggiate (G. Maciocco, 2002). Nonostante ciò, alcune 'storture' del sistema e cioè l'incondizionata garanzia del superfluo, la richiesta generalizzata di gratuità confusa spesso con l'equità, la rinuncia a governare 'la macchina' in un'ottica di sanità pubblica ma piuttosto con una aziendalizzazione dettata da parametri economici, hanno manifestato i limiti o meglio le tendenze regressive del welfare state.

Nonostante i progressi della medicina e una diffusa democratizzazione delle politiche, dalla metà degli anni ottanta la differenza nello stato di salute tra i gruppi all'interno di ogni paese con particolare riferimento alle Nazioni industrializzate, calcolate per classi sociali, reddito e livello d'istruzione, è in una fase dilatativa e questa tendenza non accenna a modificarsi (G. Maciocco, 2002; E. Buiatti, M. Geddes, 1990). Ciò perché non sempre il diritto alla salute si è integrato con altri diritti, con riferimento a quelli sociali (lavoro e reddito, salubrità degli ambienti di vita, adeguata alimentazione, ...) ed in particolare con il diritto all'assistenza sanitaria: di fatto non c'è eguaglianza tra diritto alla salute e diritto all'assistenza che è condizionato da situazioni economico-sociali e scelte politiche contingenti, capacità di organizzazione dei cittadini per dare voce a tale diritto.

Il diritto all'assistenza viene definito come un diritto di seconda generazione basato sull'idea di uguaglianza e di giustizia (a differenza del diritto alla vita o alla salute, di prima generazione basati sulla libertà) e ciò porta a concepire l'assistenza sanitaria come un diritto esigibile secondo giustizia (D. Gracia, 1994), quindi con la possibilità, quando le politiche non sono 'illuminate', di escludere più o meno ampie fette della popolazione. Tutto ciò assume drammatica evidenza parlando di immigrati: discriminati socialmente e politicamente, più a rischio per le condizioni di vita, nella migliore delle ipotesi tollerati e comunque esclusi da forme partecipative. Se a ciò aggiungiamo per alcuni di loro, per altro quelli maggiormente a rischio per mancanza di ogni forma di tutela, anche la condizione di irregolarità giuridica, è facile comprendere la precarietà della loro condizione di salute e della loro 'protezione'.

### **Diritto alla salute degli immigrati in Italia in un ottica locale**

La Costituzione italiana all'art. 32 recita: *“La Repubblica Italiana tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”*. Considerando che l'art. 2 afferma il rispetto dei *“diritti inviolabili dell'uomo”* nonchè *“l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale”*, appare evidente come la Costituzione, stabilisca il principio del diritto alla tutela della salute, riconoscendo come destinatari tutti gli individui: non solo i cittadini italiani ma *chiunque* si trovi all'interno dei confini della Repubblica. Ovviamente la Costituzione ha una valenza programmatica ma non attuativa: infatti, per i cittadini italiani il diritto alla tutela della salute ha conosciuto un'evoluzione costante in campo giuridico e, di riflesso, nell'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Partendo dalle sollecitazioni costituzionali e dalla riforma sanitaria del 1978, gli stranieri in Italia progressivamente sono stati *“inclusi”* nei percorsi dei diritti e dei doveri per quanto attiene la tutela sanitaria.

Per lungo tempo nel nostro Paese questo ambito è stato disciplinato da un numero impressionante di norme, aventi diverso ‘peso specifico’; alcune questioni rilevanti sono state addirittura affrontate attraverso l'emanazione di decreti legge ripetutamente reiterati, di cui parte poi decaduti. Ne è risultata una plethora, una frammentazione e una provvisorietà normativa, che evidentemente non ne ha favorito una diffusa conoscenza e corretta applicazione. La 'svolta' è avvenuta con l'emanazione, nel marzo del 1998, della Legge 40, poi confluita nel D.Lgs. 286 del luglio 1998, dal titolo: *«Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero»* (TU) e nonostante la nuova legge sull'immigrazione a firma di Bossi e Fini<sup>31</sup> abbia una impostazione diversa dalla precedente, di cui modifica alcuni passaggi sostanziale (essenzialmente sull'ingresso e sulle espulsioni), gli articoli di tutela sanitaria per gli stranieri contenuti nel TU non vengono modificati a sottolineare una sostanziale condivisione politica circa questo tema. Ciò per altro è dimostrato dal fatto che Regioni di colore politico diverso da chi ha predisposto l'articolato sanitario (in quel periodo era ministro della sanità l'on. Rosy Bindi che a sua volta riprendeva una impostazione specifica sul tema proposta dal suo predecessore, prof. Elio Guzzanti) hanno non solo cercato di far conoscere ed applicare la normativa ma l'hanno implementata a livello locale (due esempi per tutti sono la Regione Lazio e il Veneto).

Attualmente coloro che sono presenti regolarmente in Italia con un permesso di media e lunga durata, devono (è un diritto/dovere) essere iscritti al Servizio Sanita-

---

<sup>31</sup> Legge nazionale n. 189 del 30/07/2002: *“Modifica alla normativa in materia di immigrazione ed asilo”*.

rio Nazionale ed anche coloro che sono presenti temporaneamente, sebbene in condizione di irregolarità giuridica, hanno garantite le prestazioni urgenti, essenziali, continuative e preventive in una logica di tutela del singolo che diventa tutela della collettività. Per i minori e le donne straniere si è costruito un sistema che permette di intercettare con certezza il bisogno sanitario, spesso intrecciato con quello sociale, e che fornisce gli strumenti, almeno normativi, per rispondere concretamente.

Tuttavia affinché il diritto formale (possibilità di accesso) garantito dalla legge si trasformi in diritto reale (fruibilità delle prestazioni) è indispensabile un'efficace politica sanitaria a livello locale: è a livello regionale, considerato anche l'avanzato federalismo proprio in sanità, che bisogna guardare perchè delle buone norme nazionali diventino prassi e il diritto dalla carta si realizzi nella quotidianità; bisogna vigilare perchè la burocrazia, nazionale e locale, non ricominci a tessere la sua ragnatela che spesso paralizza anche le migliori intenzioni di tutela.

Dal 1996, l'Area sanitaria della Caritas romana ha raccolto e monitorato gli atti regionali in questo specifico ambito (Osservatorio per le politiche sanitarie locali per immigrati e zingari). Sono state analizzate e confrontate oltre tutte le normative nazionali sull'immigrazione e per la tutela della salute per questi "nuovi cittadini", 20 leggi regionali (3 sono state abrogate più 3 proposte), 1 legge provinciale ed 1 progetto di legge provinciale sull'immigrazione, 12 modifiche, 37 altre leggi regionali collegate, 90 delibere regionali, 9 delibere di Giunta provinciale, 69 circolari e note regionali e 2 provinciali con specifica attenzione circa gli aspetti sanitari, 56 progetti specifici, 18 piani sanitari regionali e 2 bozze di piano, 1 decreto regionale dell'assessorato alla sanità (S. Geraci, B. Martinelli, 2002).

La maggior parte delle leggi regionali sono state emanate nel 1990 e si sono ispirate alla legge n. 39/1990<sup>32</sup>, alcune alla legge 943/1986<sup>33</sup> e al decreto 489/1995<sup>34</sup>, mentre solo 4 alla 286/1998, di cui 3 sono ancora proposte/progetti di legge.

Dopo l'uscita del Testo Unico solo due regioni hanno emanato una nuova legge regionale sull'immigrazione: la Puglia, in cui però manca un riferimento specifico all'ambito sanitario, l'Emilia Romagna in cui all'art. 13 riguardante l'assistenza sanitaria, oltre a ribadire che sono garantite le attività sanitarie previste dai livelli essenziali di assistenza (lea), nei termini e nelle modalità stabilite dalla normativa nazionale sull'immigrazione (art. 34 e 35, comma 1 d.lgs n. 286/98), la regione,

---

<sup>32</sup> Legge nazionale n. 39 del 28/02/1990: "Norme urgenti in materia di asilo politico, di ingresso e soggiorno dei cittadini extracomunitari e di regolarizzazione dei cittadini dei Paesi non appartenenti all'Unione Europea".

<sup>33</sup> Legge nazionale n. 943 del 30/12/1986: "Norme in materia di collocamento e di trattamento dei lavoratori extracomunitari immigrati e contro le immigrazioni clandestine".

<sup>34</sup> Decreto legge n. 489 del 18/11/1995: "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".

nell'ambito delle azioni di sostegno ai sistemi sanitari con i paesi in via di sviluppo, promuove lo scambio di esperienze professionali in campo sanitario, anche mediante azioni di formazione ed erogazioni di borse di studio, con tali paesi. La Provincia di Trento ha 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).

La regione Lazio ha elaborato una proposta di nuova legge regionale (marzo 2003) concernente *"Iniziativa regionali in favore dell'integrazione sociale degli stranieri immigrati e delle loro famiglie"*, infine la Campania ha prodotto una proposta di disegno di legge: *"Misure regionali in materia di immigrazione e di integrazione sociale e culturale delle persone straniere presenti in Campania"* in cui l'articolo sulla salute si rivela particolarmente interessante nella progettazione ed attuazione di diverse misure mirate a facilitare la fruibilità dei servizi sanitaria per gli stranieri.

Comunque c'è da dire che diverse Regioni, pur non avendo emanato una nuova legge regionale sull'immigrazione, hanno recepito le nuove direttive nazionali attraverso iniziative a carattere locale, concretizzatesi in Delibere e Circolari regionali e Piani per la politica migratoria (anche se in quest'ultimi raramente si sono riscontrati progetti in ambito sanitario, possibilità prevista dalla normativa nazionale).

Attualmente il panorama delle politiche locali sull'assistenza sanitaria agli immigrati appare nel complesso variegato e diversificato nelle varie regioni come dimostrano gli esempi che riportiamo.

Il Veneto, sulla spinta di una crescente consistenza numerica degli stranieri nella regione, ha costantemente governato le problematiche sanitarie con delibere, note e circolari regionali, prontamente adeguatesi alla normativa nazionale (già dal 1991 varie indicazioni e nel 1996 con la D.G.R. 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 negli ultimi due anni ha coinvolto 15 Az. Ulss e formato quasi 1.000 operatori sanitari.

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. Per prima

in Italia ha emanato delle *linee guida per l'assistenza sanitaria agli stranieri* che si caratterizzano per chiarezza e completezza. Anche nel recente 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.

La Puglia ha 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, 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. 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.

La Campania e la Sicilia, seppure lentamente si stanno adeguando con circolari e Piani Sanitari Regionali alla normativa nazionale. In particolare recentemente la Sicilia ha emanato le "*Linee guida per l'assistenza sanitaria ai cittadini extracomunitari*", al fine di impartire alle aziende sanitarie siciliane precise direttive sul tema e fornire idonea modulistica uniforme per la rendicontazione delle prestazioni erogate per cure ambulatoriali e ospedaliere. Un accenno viene dato sul tema, a nostro avviso strategico, della formazione.

Solo la Basilicata, la Calabria, la Sardegna ed il Molise non hanno provveduto ad aggiornarsi adeguatamente rispetto ai riferimenti nazionali.

A fronte di una buona politica sanitaria regionale, non sempre corrisponde una capillare attivazione dei servizi a livello territoriale, ma viceversa è anche capitato che la lettura di delibere e atti formali spesso nasconda un impegno maggiore e capillare più di quanto l'atto formale non indichi.

Dopo la legge Bossi-Fini e la legge n. 222/2002: "*Disposizioni urgenti in materia di legalizzazione del lavoro irregolare di extracomunitari*", alcune Regioni (A-

bruzzo, Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte, Puglia, Toscana, Umbria, Provincia autonoma di Bolzano, Provincia autonoma di Trento, Veneto) hanno emanato circolari o delibere precisando che gli stranieri extracomunitari che hanno fatto domanda di regolarizzazione possono iscriversi temporaneamente al SSN. Il primo atto è quello della regione Lazio (ottobre 2002), l'ultimo è della Campania (luglio 2003).

Questa eterogeneità regionale in termini di tempi e di scelte programmatiche specifiche, ci rende consapevoli di come il tema dell'immigrazione abbia notevolmente risentito in questi anni di un approccio esasperatamente ideologico e di come sia spesso strumentalizzato dalle parti politiche in modo demagogico. Riteniamo che ciò in generale non favorisca un confronto pacato ed un dibattito onesto, con una eccessiva attenzione all'aspetto della clandestinità che, del fenomeno immigratorio, è componente certamente minoritaria. Questo è però tanto più necessario in campi, come quello della salute, ove è possibile radicare i ragionamenti e le decisioni su solide basi scientifiche. Ed è su queste basi - ed in particolare su quell'approccio di sanità pubblica che connota le attuali politiche sanitarie - che esprimiamo il nostro apprezzamento sulla strada intrapresa (S. Geraci, M. Marceca, 2002). Pensiamo che l'esperienza italiana possa essere modello per politiche sanitarie sovranazionali che sappiano unire attenzione alle persone, equità e convenienza in termini di sanità pubblica (prevenzione delle malattie in particolare quelle trasmissibili) ed anche economicità del sistema (percorsi assistenziali appropriati producono minore dispersione di risorse).

### **Tutela della salute degli immigrati in Europa: per un diritto sovranazionale**

Negli anni '70-'80, caratterizzati dai primi grandi flussi migratori da Paesi extracomunitari verso l'Europa, il diritto alla salute è stato progressivamente esteso anche agli immigrati regolarmente presenti negli Stati dell'Unione Europea. Quindi, negli ultimi decenni questo diritto, nelle moderne legislazioni degli Stati dell'Unione, si è affermato sempre più, non solo come diritto del cittadino, ma come diritto di ogni individuo. Vogliamo approfondire il tema della tutela della salute dell'immigrato in condizione di irregolarità giuridica, come indicatore di equità nel sistema e lungimiranza in termini di sanità pubblica. Nel corso degli ultimi dieci anni alcuni Stati hanno provveduto a legiferare su questo tema e indipendentemente dall'orientamento politico dei propri amministratori, in tali Paesi ci si è resi conto della necessità di porre rimedio ad una situazione di grave lesione di diritti dell'individuo e si è pertanto cercato di adottare disposizioni che prevedessero l'accesso alle cure, se pur in modo variabile ed eterogeneo, anche per gli stranieri irregolarmente soggiornanti.

In altri Stati si è scelto di operare attraverso limitazioni o sospensioni delle decisioni di allontanamento al fine di consentire ai soggetti interessati la permanenza sul territorio dello Stato e il conseguente accesso alle strutture sanitarie.



Paesi quali Italia, Francia, Belgio, Germania, Regno Unito e Spagna hanno già da tempo avviato procedure al fine di garantire ai cittadini dei paesi terzi temporaneamente non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno sul proprio territorio, varie forme di accesso alle cure mediche essenziali.

Ma ciò tutela solo in parte la salute degli individui presenti sul territorio dell'Unione e non garantisce un livello uniforme di protezione. A risentire di tale vuoto normativo, non sono solo i destinatari della disciplina proposta - i così detti cittadini dei paesi terzi temporaneamente non in regola con le norme relative al soggiorno - ma tutta la popolazione residente.

Il Trattato di Amsterdam, in vigore dal 1 maggio 1999, ha stabilito, per la prima volta, la competenza della Comunità in materia di asilo e immigrazione. Successivamente nell'ottobre 1999 il Consiglio europeo di Tampere ha riconosciuto che *“gli aspetti separati, ma strettamente connessi, dell'asilo e della migrazione richiedono la definizione di una politica comune dell'UE”* e ha definito gli elementi che essa dovrebbe comprendere, cioè il partenariato con i paesi di origine, un regime europeo comune in materia di asilo, l'equo trattamento dei cittadini dei paesi terzi e la gestione dei flussi migratori.

In questo quadro ed all'interno di un procedimento di armonizzazione europea, l'Area sanitaria della Caritas romana, le associazioni Naga di Milano e Oikos di Bergamo, con la consulenza di eminenti studiosi di diritto internazionale, hanno predisposto una proposta **di Direttiva del Consiglio dell'Unione Europea**, per porre l'accento sulla questione dell'assistenza sanitaria per i cittadini dei paesi terzi temporaneamente non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno sul territorio dell'Unione nell'ottica della realizzazione di uno *spazio di libertà, sicurezza e giustizia* come già precisato nelle Conclusioni della Presidenza del Consiglio Europeo di Tampere del 1999. In quella occasione è stato riaffermato il comune impegno per ancorare la libertà ai diritti dell'uomo, alle istituzioni democratiche ed allo stato di diritto; valori necessari a garantire la pace e sviluppare la prosperità all'interno dell'Unione.

*“Tale libertà - proseguono le conclusioni della Presidenza - non dovrebbe, tuttavia, essere considerata appannaggio esclusivo dei cittadini dell'Unione. La sua stessa esistenza serve da richiamo per molti altri che nel mondo non possono godere della libertà che i cittadini dell'Unione danno per scontata. Sarebbe contrario alle tradizioni europee negare tale libertà a coloro che sono stati legittimamente indotti dalle circostanze a cercare accesso nel nostro territorio”*. La proposta di Direttiva relativa all'estensione dell'assistenza sanitaria per tutti gli stranieri, temporaneamente non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, comunque presenti sul territorio dell'Unione Europea, ritiene fondamentale un approccio volto a creare un equilibrio tra obblighi umanitari, immigrazione legale e lotta contro le organizzazioni criminali dedite alla tratta di esseri umani. Si ritiene che le sole misure di sanzione, repressione e controllo delle frontiere e dei movimenti illegali delle persone non costituiscano una risposta del tutto adeguata. A tal fine è neces-

sario insistere sull'importanza di introdurre misure volte a garantire uno standard minimo di assistenza, dignità e sicurezza alle stesse persone che vivono in condizioni di illegalità.

La proposta di direttiva si prefigge di:

- prevedere misure essenziali ai fini di garantire l'assistenza sanitaria ai cittadini dei paesi terzi soggiornanti nel territorio dell'Unione;
- elaborare definizioni comuni e criteri comuni per le nozioni di "cure mediche urgenti", "cure mediche essenziali", "cure mediche continuative", "medicina preventiva", "patologia grave", affinché gli Stati membri che le applicano pervengano ad un approccio comune;
- introdurre, nelle procedure negli Stati membri, un livello minimo ed omogeneo di assistenza sanitaria al fine di assicurare il diritto alla salute nella Comunità Europea per tutti gli individui;
- rendere concreta la possibilità di accesso alle prestazioni sanitarie, garantendo che tale accesso non sia impedito dallo stato di indigenza, né dalla situazione di irregolarità e pertanto non sia soggetto ad alcun tipo di segnalazione alle autorità di polizia.

Riteniamo che tale approccio risponda ad un mandato etico che ogni stato moderno deve condividere nell'equità, nell'impegno contro le discriminazioni (tutti uguali di fronte a dei diritti irrinunciabili come quello alla vita ed alla salute), nella lotta contro condizioni di patologia e malattia; nel contempo viene salvaguardata una impostazione di sanità pubblica che ben conosce come ogni esclusione produce malattia e disagio socio-sanitario per l'intera popolazione; infine, ed i primi dati cominciamo ad averli proprio in Italia, la garanzia di percorsi assistenziali visibili, certi ed efficaci, produce una economicità del sistema evitando dispersioni e interventi ripetuti a livelli inadeguati (l'urgenza costa di più della medicina di base).

## **Conclusioni**

Avendo una certezza del diritto, da riaffermare costantemente e da promuovere a tutti i livelli locali ed internazionali, e impegnandosi per ottenere una piena cittadinanza sanitaria da parte degli immigrati, lo sforzo di quanti in questi anni hanno lavorato per garantire una tutela sanitaria agli immigrati spesso tra le pieghe del SSN o nell'ambito del volontariato, sarà quello di una attenta messa in rete di esperienze, risorse e competenze per far sì che l'accesso ai servizi si possa tradurre in una reale fruibilità delle prestazioni. Si apre il tema affascinante della relazione con persone con altri sistemi biomedici di riferimento, della medicina transculturale, del lavoro multidisciplinare, della collaborazione tra pubblico e volontariato, dell'attiva partecipazione degli immigrati.

E' necessario ed urgente avviare un percorso di promozione della salute che, come definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, non si esaurisca nella cura del-

le malattie ma promuova un benessere fisico, psicologico e sociale a tutela individuale e dell'intera collettività. Politiche di accoglienza, politiche sociali e sanitarie devono integrarsi ed interagire perché la fragilità sociale è il fattore di rischio maggiore per la salute della popolazione immigrata e il progressivo inserimento ed inclusione nel tessuto sociale, economico e culturale è la migliore forma di prevenzione e benessere per l'intera popolazione.

Questi temi, che rientrano a pieno titolo nelle garanzie di una qualità della vita dignitosa per tutti, dovranno essere gli impegni del domani di tutta la comunità internazionale con l'augurio che la nostra società superi steccati ideologici e barriere culturali spesso pretestuose e con la certezza che una società del domani "sana" non può che essere una società veramente "meticcica".

## 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, n. 7, Roma, 1995
- Belardinelli S.: *Il diritto alla tutela della salute come diritto fondamentale*. In Sgreccia E., Spagnolo A. G. (a cura di): *Etica e allocazione delle risorse nella sanità*. Vita e Pensiero. Scienza Medicina Etica 12. Roma, 1996
- Bentivogli F. (a cura di): *Legislazione regionale in materia di immigrazione e emigrazione*. CNEL - Consulta per l'immigrazione, Roma, 1996
- Berlinguer G.: *Etica della salute*. Il Saggiatore, Milano, 1994
- Bonetti P.: *La condizione giuridica del cittadino extracomunitario*. Maggioli Editore, Rimini, 1993
- Buiatti E., Geddes M.: *Classi sociali e salute*. In CUAMM Notizie, Padova, n. 2, 1990
- Cagiano De Azevedo R. , Sposato A. C.: *Migrazioni internazionali ed etica istituzionale*. People on the move. Pontifical Council for the Pastoral Care of Migrants and Itinerant People. N. 71, 1996
- Carrasco de Paula I.: *Il concetto di salute e la sua dimensione etica*. In Sgreccia E., Spagnolo A. G. (a cura di): *Etica e allocazione delle risorse nella sanità*. Vita e Pensiero. Scienza Medicina Etica 12. Roma, 1996
- Comitato Nazionale per la Bioetica (a cura di): *Bioetica e formazione nel Sistema Sanitario*. Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento per l'informazione e l'Editoria. Roma, 1992
- Compagnoni F. (a cura di): *Etica della vita*. Società S. Paolo, Universo Teologia, Morale e Spiritualità: 47. Alba (Cuneo), 1996
- D'Andrea M.S.: *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
- De Bernant M.: *Migrazioni, culture, diritti umani: questioni preliminari ad una cittadinanza societaria*. Studi Emigrazione/Etudes Migrations. N. 107, Roma, 1992
- Di Liegro L.: *Immigrazione. Un punto di vista*. Sensibili alle foglie, Roma, 1997
- Di Pietro P.: *Sanità e diritto: l'assistenza sanitaria agli stranieri in Italia*. In Annuario Sanità Italia, Publiaci Divisione Editoriale, Roma, 1994
- Di Ruocco A., Gallotti F.: *Normativa in materia di stranieri*. Editrice Scientifica, Milano-Napoli, 1991
- Engelhardt H. G. jr.: *Manuale di bioetica*. Il Saggiatore, Milano, 1991

- Fernando S.: *The health of ethnic minorities*. International Migration 1992
- Gennari M., D'Andrea M.S.: Assistenza sanitaria agli extracomunitari irregolari e clandestini. Obblighi del medico. FM Federazione Medica, supplemento al Medico d'Italia n. 37, dicembre 1995
- **Geraci S., Marceca M.: Le politiche regionali per la promozione della salute degli immigrati. In Agenzia Sanitaria Italiana (ASI), n. 1/2, gennaio 2001**
- Geraci S., Martinelli B.: *Il diritto alla salute degli immigrati: scenario nazionale e politiche locali*. Edizioni Nuova Anterem, Roma, 2002
- Geraci S.: *Immigrazione e salute: un diritto di carta? Viaggio nella normativa internazionale, italiana e regionale*. Roma: Anterem Edizioni, 1996
- Geraci S., Martinelli B., Olivani P.: *Assistenza sanitaria agli immigrati: politiche locali e diritto sovranazionale*. Relazione al I Workshop: Immigrazione, salute e partecipazione. Aspetti critici e nuove prospettive operative. Istituto Italiano di Medicina Sociale, Roma, 2003, Atti in press
- Geraci S.: *Assistenza sanitaria agli immigrati: per un diritto sovranazionale*. Atti della Conferenza Le politiche dell'UE per l'immigrazione, diritti fondamentali, integrazione sociale, cooperazione allo sviluppo. Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro. Roma, 2004
- Gerin G.: *I diritti umani*. In Romano C., Grassani G.: Bioetica. Pg. 147-152, Utet, 1995
- Gnesotto R.: *Diritti Umani. I Principi*. CUAMM notizie. N. 1, Padova, 1997
- Gracia D.: *Fondamenti di bioetica. Sviluppo storico e metodo*. San Paolo, Milano, 1993
- Gracia D.: *I diritti in sanità nella prospettiva della bioetica*. L'Arco di Gianno. Rivista di medical humanities. N. 4, FrancoAngeli, Milano, 1994
- Granaglia E., Magnaghi M. (a cura di): *Immigrazione: quali politiche pubbliche?* Franco Angeli, Milano, 1993
- Hopkins A., Bahl V. (edited by): *Access to health care for people from black and ethnic minorities*. Royal College of Physicians of London, 1993
- Maciocco G.: *I fondamenti della sanità pubblica*. In Igiene e sanità pubblica di Comodo N. e Maciocco G., Carocci Faber, Roma, 2002
- Maciocco G.: *L'evoluzione dei sistemi sanitari*. In Igiene e sanità pubblica di Comodo N. e Maciocco G., Carocci Faber, Roma, 2002
- Magliona B.: *Il diritto alla salute del paziente extracomunitario in condizione di "irregolarità": problemi medico legali*. Professione sanità pubblica e medicina pratica. N. 2, 1996
- 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., Berlinguer G., Geraci S.: *La politica sanitaria sull'immigrazione in Italia*. 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, n. 7, Roma, 1995
  - Marceca M., D'Alessandro D, Fara GM.: *Considerazioni di sanità pubblica riguardo il fenomeno migratorio*. 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, n. 7, Roma, 1995
  - Marceca M.: *L'assistenza sanitaria agli immigrati: quadro normativo e politiche sanitarie emergenti*, "L'arco di Giano", n. 22, 1999
  - Martinelli B, Geraci S.: *Le politiche locali per l'assistenza sanitaria agli immigrati*. In Atti VII Consensus conference sull'immigrazione. A cura di Affronti M., Lupo M., Messina M. R.; Palermo, 2002
  - Miele R., Palanca V., Palumbo V., Pelliccia L., Tomaselli M.L.: *La nuova legislazione sugli stranieri*. Gli stranieri, Union Printing Edizioni, Viterbo, 1998
  - Miglietta G.: *Il diritto alla salute. Una lettura etica in prospettiva mondiale*. Documentazione Italia Caritas. N. 3, Roma, 1997
  - Montecchi R.: *Assistenza sanitaria ai cittadini stranieri*. In Bioetica, Diritti Umani e Multiculturalità. Immigrazione e sistema sanitario nazionale. Edizioni S. Paolo. Milano, 2001
  - MSF France: *Ideme: Intervention pour les droits des étrangers malades en Europe*. Un'azione di Médecins sans frontières. Parigi, 2001
  - Ruberti A.: *Tutela dei diritti umani in Gran Bretagna, Italia e Germania*. Affari Sociali Internazionali. N. 1, FrancoAngeli, Milano, 1996
  - Saulle M. R.: *Il diritto di migrare come diritto fondamentale*. In Affari Sociali Internazionali. N. 2, FrancoAngeli, Milano, 1992
  - Sgreccia E., Spagnolo A. G. (a cura di): *Etica e allocazione delle risorse nella sanità*. Vita e Pensiero. Scienza Medicina Etica 12. Roma, 1996
  - Spagnolo A. G., Sacchini D., Lojudice M. T.: *Etica e responsabilità del medico nel razionamento delle risorse*. In Sgreccia E., Spagnolo A. G. (a cura di): *Etica e allocazione delle risorse nella sanità*. Vita e Pensiero. Scienza Medicina Etica 12. Roma, 1996
  - Whitehead M.: *The concepts and principles of equity and health*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1990

## EPIDEMIOLOGIA, MALATTIE, INFORMAZIONE E PREGIUDIZI.

*F. Russo*

Dipartimento di Medicina Clinica e delle Patologie Emergenti  
dell'Università di Palermo

### **Introduzione**

La modalità di diffusione di un evento che epidemiologicamente riguarda il mondo intero, quale può essere quello di una pandemia influenzale se non ben gestita potrebbe creare dei pregiudizi nei confronti degli immigrati e del fenomeno migratorio.

Elemento essenziale in questi casi è una corretta e quanto più professionale informazione.

Abbiamo voluto dedicare questo intervento al dottor. Carlo Urbani che ha dato la sua vita per la cura delle popolazioni più povere e svantaggiate. Il suo amore per la medicina e per le popolazioni in difficoltà si è stato testimoniato dalla sua adesione alla missione umanitaria di Medici Senza Frontiere . La sua era una azione rivolta alla cura e soprattutto alla prevenzione in luoghi dove l'educazione sanitaria svolge un ruolo determinante. Fondamentale è stato il suo ruolo nella scoperta delle fasi iniziali dell'epidemia da polmonite atipica che ha colpito il globo nel 2003. La sua azione si è svolta direttamente in Vietnam dove la tempestività della sua opera ha ridotto e quasi annullato gli effetti dell'epidemia. Inoltre questa intuizione in aggiunta alla sua morte hanno suscitato a livello mondiale un'atteggiamento di allarme che è stata la giusta strada per limitare i danni di una malattia così insidiosa.

Nel presente lavoro approfondiremo la storia delle pandemie influenzali con particolare riferimento agli eventi che hanno colpito il mondo negli ultimi anni, per dimostrare come l'epidemiologia, la storia, la prevenzione della malattia e l'allarmismo più o meno giustificato sono nettamente modificati nell'epoca attuale apportando nuove opportunità ma anche problemi di difficile soluzione.

**Una pandemia influenzale** è un'epidemia globale di influenza e si verifica quando un nuovo virus influenzale emerge, diffonde e causa malattie in tutto il mondo.

Nel 20° secolo ci sono state tre pandemie. Tutte si sono diffuse nel mondo entro un anno dal loro esordio.

### **1918-19, “Spagnola”**

Il virus A (H1N1), causò il più alto numero noto di morti: da **20 a 50 milioni** di persone potrebbero essere morte in tutto il mondo a causa di questa influenza. Molte persone morirono nei primi giorni dopo l'infezione ed altri in seguito a causa delle complicanze. Quasi la metà di questi erano giovani adulti sani.

### **1957-58, “Asiatica”**

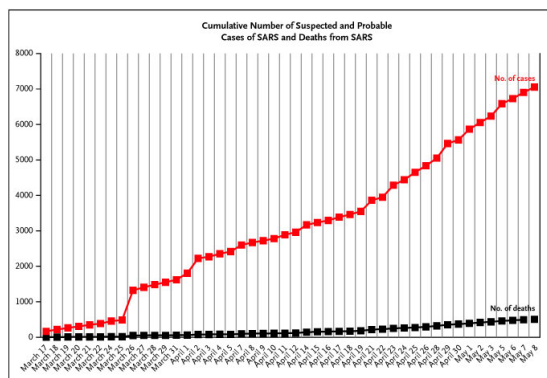
il virus A (H2N2), causò circa 70.000 morti negli Stati Uniti. Dalla prima identificazione avvenuta in Cina, alla fine del febbraio 1957, il virus si diffuse fino agli Stati Uniti nel giugno 1957.

## 1968-69 “Hong Kong”

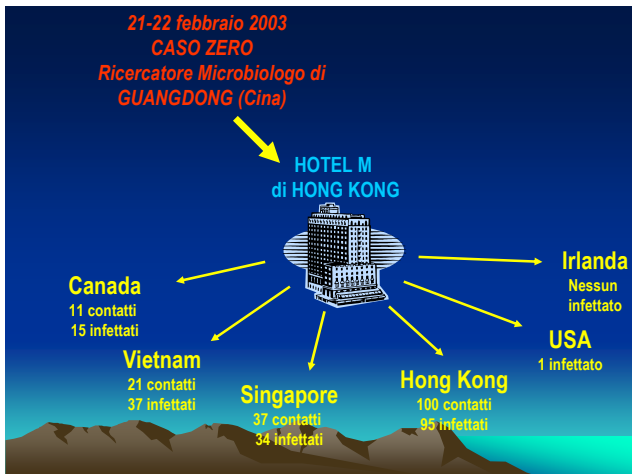
il virus A (H3N2), causò approssimativamente **34.000** decessi negli Stati Uniti. Questo virus era stato identificato in Hong Kong all’inizio del 1968 e si diffuse negli Stati Uniti entro un anno.

Nei primi mesi dell’anno 2003 si presentò il caso di una polmonite atipica molto insidiosa che causò un vero e proprio caso mondiale. .

Al Maggio 2003 il numero dei casi è stato di 7296 numero decessi 526 con un tasso di mortalità del 7%







**PAESI IN CUI È ARRIVATA LA MALATTIA**

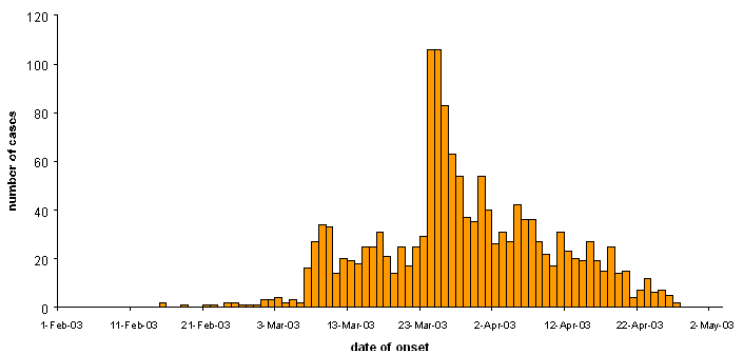
Nazione	n°casi	n°decessi	Nazione	n°casi	n°decessi
Australia	4	0	Malaysia	7	2
Brazil	2	0	Mongolia	9	0
Bulgaria	1	0	New Zealand	1	0
Canada	145	22	Philippines	10	2
China	4884	235	Poland	1	0
Hong Kong	1684	212	Republic of Ireland	1	0
China, Macao Special Administrative Region	1	0	Republic of Korea	1	0
China Taiwan	172	18	Romania	1	0
Colombia	1	0	Singapore	205	27
Finland	1	0	South Africa	1	1
France	7	0	Spain	1	0
Germany	9	0	Sweden	3	0
India	1	0	Switzerland	1	0
Indonesia	2	0	Thailand	7	2
Italy	9	0	United Kingdom	6	0
Kuwait	1	0	United States	64	0
			Vietnam	63	5

Come si può ben osservare un evento così di rilievo come la diffusione della SARS trova la sua origine in una storia di comune riscontro come quella di un soggiorno in un Hotel di una grande città e in una velocissima diffusione che è facilmente spiegabile al tempo dei viaggi aerei nel mondo di oggi .

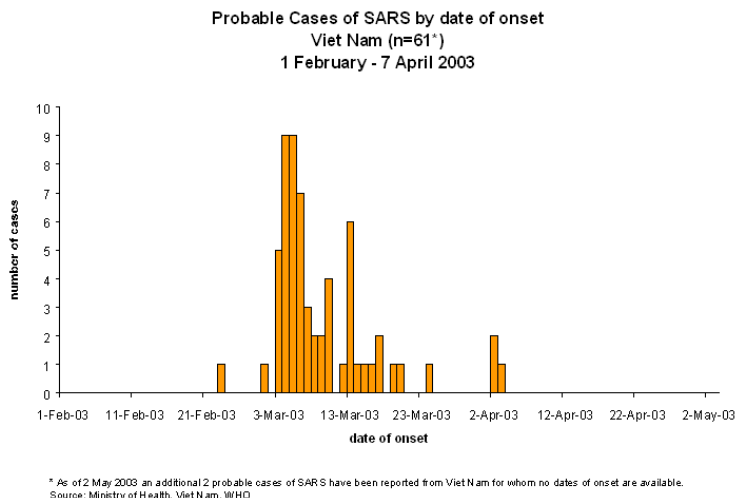
E' ben evidente che nulla ha a che fare questo tipo di modalità di diffusione della malattia con gli spostamenti spesso molto più lenti, lunghi e sofferti degli immigrati.

La SARS in pochi giorni fu presente in diverse nazioni di tutto il globo.

Probable cases of SARS by date of onset  
Hong Kong SAR, China (n=1,515\*)  
1 February - 2 May 2003



\* As of 2 May 2003 an additional 96 probable cases of SARS have been reported from Hong Kong Special Administrative Region of China for whom no dates of onset are available.  
Source: Department of Health, Hong Kong Special Administrative Region of China

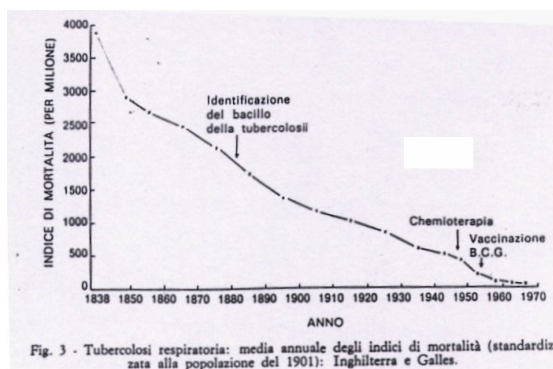


L'andamento della presenza della malattia in Vietnam è stata nettamente diversa rispetto ai paesi in cui la malattia si è diffusa. Questo, in un primo momento, incomprendibile andamento fu spiegato dal fatto che proprio in Vietnam la malattia fu individuata per prima grazie alle segnalazioni del dott. Carlo Urbani che poi morì per la stessa malattia. Dal Vietnam partì il piano di intervento e di allarme che coinvolse il paese e tutto il mondo e che permise nell'arco di pochi mesi di arginare la malattia.

Nella seguente diapositiva si evidenzia come quanti anni sono stati necessari nel caso della tubercolosi per arginare l'epidemia che comunque fu arginata non per la scoperta della terapia che comunque si scoprì dopo tanti anni bensì con la conoscenza della modalità di trasmissione e con la prevenzione comportamentale.

A proposito della SARS il dottor Lee Jong-wook, Direttore Generale dell'O.M.S. ha affermato:

«Con la Sars abbiamo imparato che solo lavorando insieme possiamo tenere sotto controllo l'emergere di minacce per la salute pubblica a livello mondiale». Questo principio assieme al sacrificio di un medico come Carlo Urbani conferisce grande dignità alla medicina e all'impegno sociale di tutti



Lo stesso direttore dell'OMS afferma nei primi mesi del 2004 «Adesso dobbiamo affrontare un nuovo pericolo per la salute dell'uomo e dobbiamo rafforzare i rapporti di collaborazione già esistenti e crearne dei nuovi. A livello internazionale l'Oms, la Fao e l'Oie lavorano in stretta collaborazione per fornire l'assistenza necessaria agli Stati membri».

E' il caso dell'influenza dei polli di cui tanto si è parlato e che rappresenta un fenomeno in cui il rischio questa volta è rappresentato da un eccessivo e ingiustificato allarmismo

L'influenza dei polli è una infezione virale che può interessare gli uccelli selvatici e domestici come polli e tacchini, causandone la morte. I virus influenzali si classificano in tre tipi: Tipo A, Tipo B, Tipo C

I virus influenzali di tipo A possono essere suddivisi in sottotipi sulla base delle loro proteine di superficie:

emoagglutinina (HA) e neuraminidasi (NA) Si conoscono 15 sottotipi. Tutti i sottotipi possono circolare fra gli uccelli. Solo tre sottotipi di antigene H (H1, H2 ed H3) e due sottotipi di antigene N (N1 ed N2) circolano, o hanno circolato, anche nell'uomo. Il virus influenzale di tipo A può causare infezioni severe in alcune specie animali, inclusi uccelli, maiali, cavalli, delfini e balene. La maggior parte dei virus influenzali aviari non provoca sintomi o provoca sintomi attenuati negli uccelli selvatici. Il virus influenzale che infetta gli uccelli è chiamato "virus dell'influenza aviaria". I virus dell'influenza aviaria, usualmente, non infettano direttamente gli uomini né si trasmettono, normalmente, da persona a persona.

Tuttavia, sono state riportate segnalazioni di infezioni umane e focolai epidemici fin dal 1997. Si tratta di infezioni che l'uomo ha acquisito direttamente dagli animali infetti; (allevatori, macellatori, persone che allevavano polli presso le loro abitazioni, veterinari).

### **1997: In Hong Kong**

virus dell'influenza aviaria tipo A(H5N1) infettò sia polli che uomini. Era la prima conferma della trasmissione diretta di un virus dell'influenza aviaria dagli uccelli all'uomo

18 persone furono ospedalizzate

6 di queste morirono

1.5 milioni di polli furono abbattuti, al fine di rimuovere la sorgente del virus.

### **1999: In Hong Kong**

Virus di influenza aviaria tipo A(H9N2)

2 bambini furono ospedalizzati

Guarirono entrambi

### **2003: virus dell' influenza aviaria A(H5N1)**

due casi si manifestarono fra i membri di una famiglia di **Hong Kong** che aveva soggiornato per un breve periodo in Cina. Una persona guarì mentre l'altra morì. Non fu chiaro dove le due persone avessero contratto l'infezione. Un'altra persona dello stesso nucleo familiare era deceduta per affezione respiratoria in Cina ma in quel caso non vennero effettuati test di laboratorio. Non furono riportati altri casi legati a questo focolai.

Sempre ad **Hong Kong**, nello stesso anno, fu confermata infezione da **A(H9N2)** in un bambino,

successivamente, guarito

L'infezione da alcuni virus A (per esempio, alcuni ceppi H5 ed H7) può causare epidemie estese ed elevata mortalità tra alcune specie di uccelli selvatici e di uccelli domestici, compresi polli e tacchini.

Tutti i virus influenzali mutano E' possibile che anche un virus dell'influenza aviaria subisca una mutazione tale da acquisire la capacità di infettare gli uomini e diffondersi da persona a persona.

Nei primi mesi dell'anno una epidemia di influenza aviaria sta colpendo alcuni paesi dell'oriente.

<b>Localizzazione</b>	<b>Ceppo virale</b>
Repubblica di Corea	H5N1
Vietnam	H5N1
Giappone	H5N1
Taiwan	H5N2
Tailandia	H5N1
Cambogia	H5N1

Hong Kong (SARPRC)	H5N1
Laos	H5N1
Pakistan	H7
Rep. Popolare Cina	H5N1
Indonesia	H5N1

Dopo la comparsa di tale epidemia l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ritiene possibile che due sorelle decedute in Vietnam per influenza aviaria abbiano contratto il virus dal fratello in precedenza morto forse a causa della stessa malattia. Le due sorelle, di 23 e 30 anni, però erano venute a contatto con i polli e questo rende difficile stabilire l'origine del contagio. Gli esperti non possono contare sulle analisi di laboratorio, perché l'uomo è deceduto prima di essere sottoposto a test ed è stato cremato, rendendo impossibili ulteriori indagini. Questo sarebbe il primo caso di contagio da uomo a uomo, che gli esperti sanitari considerano letale, soprattutto se il virus si unisce a quello della comune influenza.

La velocizzazione degli spostamenti, e la conseguente riduzione dei tempi necessari per gli interventi, renderebbe inoltre ancora più difficile e pressoché impossibile controllare efficacemente la diffusione

del virus. Per isolare l'infezione il governo vietnamita ha aperto dei centri di quarantena negli ospedali e ha ordinato l'isolamento di chiunque è sospettato di aver contratto il virus.

I sintomi dell'influenza aviaria nell'uomo

- Sindrome simil influenzale
- Infezioni oculari
- Polmonite
- Difficoltà respiratorie ed altre complicanze gravi che possono mettere a rischio la vita.

Al momento attuale non vi sono indicazioni per limitare l'effettuazione di viaggi per e da paesi colpiti dall'influenza aviaria. Si raccomanda in particolare di evitare il contatto con gli animali (pollame e suini).

Nei paesi interessati si consiglia di evitare le zone rurali e i mercati dove vengono commercializzati animali vivi. Inoltre, si raccomandano le norme di igiene personale, in particolare il lavaggio frequente delle mani con acqua e sapone. Al momento attuale non sono disponibili vaccini, per uso umano, contro il ceppo H5N1.

La vaccinazione antinfluenzale con il vaccino trivalente in uso nella corrente campagna vaccinale, pur non conferendo una protezione specifica verso il ceppo A (H5N1), è utile al fine di evitare la coinfezione, ovvero la contemporanea infezione da virus influenzali umani e virus aviario.

Il virus può sopravvivere nei tessuti e nelle feci di animali infetti per lunghi periodi, soprattutto a basse temperature (oltre 4 giorni a 22°C e più di 30 giorni a 0°C) e può restare vitale indefinitamente in materiale congelato. Al contrario, è sensibile all'azione del calore (almeno 70°C) e viene completamente distrutto durante le procedure di cottura degli alimenti

A tal proposito è bene saper che presso il Ministero della salute esiste il Piano italiano multifase d'emergenza per una pandemia influenzale

L'attuazione del Piano Nazionale per una Eventuale Pandemia (PNEP), si propone di perseguire obiettivi diversi:

- a) ridurre la morbosità e la mortalità della malattia;
- b) far fronte al numero di soggetti con complicanze da influenza, alle conseguenti ospedalizzazioni e al numero di morti;
- c) assicurare il mantenimento dei servizi essenziali;
- d) minimizzare l'interruzione dei servizi sociali e delle perdite economiche;
- e) stabilire le modalità di diffusione di informazioni aggiornate per gli operatori sanitari e per la popolazione generale.

Il PNEP sarà inoltre riesaminato dal Comitato, con scadenza annuale, alla luce dell'evoluzione delle conoscenze scientifiche nei campi di interesse.

La presa di consapevolezza del "caso dell'influenza dei polli" è senz'altro un evento che non fa altro che far conoscere al mondo medico il ruolo che si ha nel gestire un epidemia.

Il ruolo molto importante che però il mondo medico ha in questo caso è quello di far distinguere all'opinione pubblica la differenza netta fra una situazione come quella della SARS in cui l'epidemia è stata scoperta quando la diffusione era stata avviata e la situazione dell'influenza dei polli dove l'interessamento umano non è avvenuto in forma di epidemia. E' chiaro che la corretta informazione e quindi l'attenuazione di un senso di ansia e di angoscia che i cittadini possono avere in tali occasioni rappresenta un servizio importante per la società.

Tale visione è poi di estrema importanza nell'arginare un pregiudizio che una situazione del genere potrebbe creare nei confronti dei fenomeni immigratori. L'opinione pubblica purtroppo se non ben informata rischia di non sapere gestire il suo allarmismo colpevolizzando gli immigrati e, cosa ancora più grave, non tenere più in considerazione la vere realtà degli immigrati e le motivazioni sociali ed umane che determinano il loro migrare.

E' chiaro che diversa è la posizione in cui si trovano i medici e la sanità nei paesi direttamente colpiti e per dare un'idea di tale situazione ricordiamo che l'80% delle 10 milioni di famiglie vietnamite possiede circa 20 polli e molte allevano anatre usandone lo sterco come fertilizzante per le proprie risaie. Dei 2300 allevamenti

presenti nel Paese, ognuno possiede almeno 2000 polli. Per queste ragioni, molti vietnamiti si sono rifiutati di abbattere i polli come imposto dalle autorità governative, suscitando la preoccupazione della FAO. Dal punto di vista sanitario, il rischio di diffusione del virus è molto alto: la maggior parte dei vietnamiti ha ogni giorno uno stretto contatto con i polli.

Per concludere diamo quelle che a livello mondiale sono stati i suggerimenti che furono dati ai cittadini nel caso della SARS. Molte attenzioni furono rivolte al ruolo che gli ospedali dovevano avere nel caso si presentasse un caso sospetto o probabile. Al di là di questi però molto importanti sono stati quei suggerimenti semplici e sempre molto efficaci che permettono un comportamento della popolazione che riduce di molto la possibilità di trasmettere la malattia.

Attenzione viene posta al lavaggio delle mani:

Lavare le mani prima e dopo contatti significativi con qualsiasi paziente e dopo attività che possono causare contaminazione e dopo la rimozione di guanti

Quando non sono disponibili acqua e sapone, possono essere usati *disinfettanti cutanei a base di alcol*

Il lavaggio delle mani è la misura igienica più importante nella prevenzione della diffusione dell'infezione I guanti non sono un' alternativa al lavaggio delle mani

Usare la massima cautela nello smaltimento dei rifiuti ospedalieri

I guanti non sono un' alternativa al lavaggio delle mani Usare camici, grembiuli impermeabili e copricapo ogni qualvolta si opera con un paziente e vi è il rischio che si abbia presenza di liquidi biologici contaminati

Spegnere il sistema di condizionamento di aria se centralizzato Separare i pazienti probabili

da quelli già diagnosticati. Utilizzare materiale monouso

Le superfici dovrebbero essere pulite con disinfettanti di provata efficacia ad alto spettro (battericidi, virucidi, fungicidi)

Sterilizzare come di prassi apparecchi medici se devono essere riutilizzati.



## LA MALATTIA TERMINALE E GLI IMMIGRATI

*F. Russo, S. Salamone, V. Prestianni*

Missione Speranza e Carità - Palermo

Con l'aumento del numero di immigrati nel nostro paese, con l'aumento delle aspettative di vita presenti in Italia e con l'aumento dell'età media si registrano fra gli immigrati sempre più casi di malattie che per loro natura hanno un'evoluzione cronica a carattere degenerativo. Nella nostra esperienza, negli ultimi anni, abbiamo seguito alcuni casi di immigrati in fase terminale di malattia, prevalentemente per AIDS o per neoplasie.

Ognuno di questi casi rappresenta per noi medici una realtà con la quale in un modo o nell'altro bisogna confrontarsi e rispetto alla quale spesso si rimane con poche parole vista la grande tensione umana e spirituale che essa comporta. Spesso il medico non è preparato ad affrontare una situazione del genere e soprattutto, aldilà della sua preparazione, esistono difficoltà oggettive.

In maniera semplice e breve vi racconto alcune di queste esperienze vissute negli ultimi anni in maniera che queste possano servire da testimonianza e da spunto per una riflessione al di là di ogni giudizio o pretesa di voler capire o trovare una soluzione al problema.

Il primo caso è quello di una ragazza della Costa d'Avorio a cui è stata fatta diagnosi di AIDS. La sua situazione evolse rapidamente nel momento in cui ebbe un episodio di emiparalisi dovuto alla localizzazione cerebrale di una infezione da *Toxoplasmosi*. L'atteggiamento della ragazza quando prese consapevolezza del suo stato di malattia è stato quello di un rifiuto della sua condizione e soprattutto del rifiuto di doversi curare in un ospedale italiano. Il suo pensiero fu quello che in Africa tali situazioni si potevano risolvere con l'ausilio della medicina tradizionale. Ogni tipo di colloquio fatto con lei per persuaderla che, per quella sua condizione, in Italia esisteva una terapia non la convinse e volle fare di tutto per andare in Africa a curarsi. La comunità del suo paese in Italia le stette vicina ed esaudì il suo desiderio facendola andare in Costa d'Avorio. Arrivata in Africa abbiamo saputo che morì dopo alcune settimane.

Il secondo caso è quello di un ragazzo Ghanese che presentava un epatocarcinoma primitivo in su una cirrosi HbsAg correlata con infezione fin dalla nascita. Anche lui seguì lo stesso percorso di scegliere di andare in Africa. Questa volta noi medici non abbiamo potuto sostenere il fatto che qui in Italia si sarebbe potuto curare in quanto il grado della malattia era talmente avanzato che la medicina ufficiale non prevede un margine di intervento per la guarigione o per l'allungamento delle prospettive di vita. Anche lui morì dopo alcune settimane dal suo arrivo in Africa.

Un altro caso è quello di una ragazza nigeriana in AIDS la quale trovata in fase terminale della malattia non volle andare in Africa sostenendo che lì nessuno l'avrebbe accettata e soprattutto che non voleva fare soffrire i suoi parenti che dopo anni l'avrebbero rivista in condizioni così scadenti. Volle rimanere in Italia dove fu

ricoverata per un lunghissimo periodo di tempo presso il reparto di malattie infettive dell'Ospedale Guadagna dell'ASL 6. Fu circondata dal grande affetto dei medici, degli infermieri del reparto e dei volontari.

Qualche connazionale veniva ogni tanto a portarle del cibo del paese originario, ma erano visite rare e brevi: troppo grande il dolore nel vedere una connazionale in queste condizioni e per giunta in un paese straniero. Morì accanto ai volontari che la seguivano e al personale del reparto che con grande commozione portarono un fiore sul suo letto.

Un altro caso è quello di un ragazzo ghanese che si era ammalato in seguito alle bruttissime condizioni in cui era vissuto in Italia. Per anni e anni ha lavorato presso alcune risaie dove per mancanza di mezzi era costretto a lavorare con i piedi nudi immersi nell'acqua ghiacciata. Per amore di lavorare non si ribellò a questa condizione .

Nel tempo però si crearono dei problemi circolatori ai piedi tali che gli furono amputate entrambe le gambe. Inoltre si rifugiò per un periodo nell'alcol che gli causò una cardiomiopatia dilatativa molto grave.

Si ritrovò a vivere per strada e per questo fu accolto in una comunità di accoglienza. Non parlò mai di voler andare in Africa perché nonostante tutto era affezionato molto all'Italia e con la sua sedia a rotelle era solito fare delle passeggiate nelle vie della città. Un giorno morì per strada. La comunità Ghanese organizzò una grande celebrazione per ricordare la sua memoria. Adesso il suo corpo è stato seppellito a Palermo

Un caso recente è quello di una ragazza domenicana a cui è stata fatta diagnosi di AIDS. Ha in parte accettato la sua condizione di salute però ha fatto di tutto, una volta accettata la terapia, per fare in modo che sua figlia la raggiungesse qui in Italia per starle accanto. Le procedure burocratiche erano enormi ma lei non si è fatta scoraggiare ed è andata avanti. La scorsa settimana passando per una delle vie principali della nostra città la incontrai con una ragazza accanto. Mi sorrise e mi disse: è mia figlia!

Storie molto forti sono quelle di coloro che si ritrovano senza fissa dimora e che poi muoiono per strada o nella prossimità di un pronto soccorso ospedaliero. Gli immigrati o comunque gli emarginati in generale spesso hanno un senso di diffidenza verso tutto ciò che è struttura o istituzione. Spesso per vari motivi, fra i quali quello linguistico, non riescono a comunicare il proprio malessere. Spesso avvicinarsi al pronto soccorso di un ospedale in silenzio può rappresentare per loro una forte richiesta di aiuto. Se tale situazione non viene ben letta si rischia di non considerare il malessere di un uomo nella fase terminale della sua malattia. E' accaduto con un ragazzo bengalese, con un ragazzo tedesco, con un ragazzo cecoslovacco. E per concludere, un'esperienza ancora più attuale vista l'imminenza della Consensus.

E' quella di una donna della Guinea a cui viene fatta diagnosi di epatocarcinoma su cirrosi HbsAg correlata. Alcune settimane fa aveva espresso il desiderio che venis-

sero i figli dal paese perchè potessero continuare la sua esperienza di inserimento e di lavoro in Italia; dopo qualche giorno, però, cambiò idea, esprimendo il desiderio di andare lei nel suo paese. Adesso si trova in condizioni di non poter decidere cosa fare perché la malattia è in una fase molto avanzata. E' stato contattato il figlio che ha detto che fare arrivare la madre in Africa significava farla morire due volte perché le loro condizioni di povertà sono molto pesanti. Lui stesso vorrebbe venire in Italia per aiutare la madre. Le procedure burocratiche però sono grandi. Si spera che il desiderio della madre e del figlio possano essere soddisfatti.

Anche queste sono storie, storie di immigrati, di poveri, storie di coloro che scappano da una guerra o dalla fame, che si trovano lontano dalla loro nazione, dalla loro famiglia. La malattia prende anche loro e nella situazione in cui si trovano ciò diventa un peso enorme. Anche queste sono storie, storie di uomini, di donne, di fratelli, di sorelle, di padri, di madri, di figli, di anziani, di giovani, di credenti, di atei, di malati che se ne vanno nel silenzio più assoluto. Anche questi sono gli immigrati quelli che qualcuno vorrebbe farci conoscere e presentare in termini negativi, pregiudizievole o razzistici e che invece ci danno una testimonianza di amore e sacrificio.

## **COSTI E BENEFICI DELL'ASSISTENZA SANITARIA AGLI IMMIGRATI: PRIME IPOTESI E CONSIDERAZIONI**

*Salvatore Geraci, Andrea De Gaetano*

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni  
Area sanitaria Caritas Roma

In un momento storico in cui è in atto una ridefinizione del Servizio sanitario nazionale, dove il dibattito sulla salute focalizza la propria attenzione sull'economicità di gestione e viene compreso in forma riduttiva se non esclusiva al "controllo e razionalizzazione della spesa", a fronte di un sistema che ha permesso all'Italia di raggiungere alti standards di assistenza e di tutela e una diffusa equità d'accesso (seppur con degli ambiti di disequaglianze purtroppo in crescita), ci è sembrato opportuno cominciare ad affrontare il tema della salute degli immigrati anche da un punto di vista prettamente economico. A fronte dei costi sostenuti diventa importante capire se le scelte italiane di includere nei percorsi sanitari l'immigrato in condizione di regolarità giuridica a parità con il cittadino italiano e di garantire l'accesso alle strutture pubbliche anche all'immigrato clandestino (Straniero Temporaneamente Presente – STP), abbiano una contropartita in obiettivi benefici.

Questo vuole essere un primo tassello di specifici studi ed analisi nell'ottica di migliorare e rendere sempre più equo un servizio che nasce da un diritto inalienabile per ogni persona.

Riteniamo infatti che in una società opulenta come la nostra, il diritto alla salute per tutti non possa essere contingentato da presunti buchi di bilancio e le risorse debbano essere acquisite modificando l'ordine delle priorità a livello centrale e attraverso una partecipazione diffusa e proporzionale al reddito, da parte di tutti i cittadini.

### **La ricerca sui costi**

Il cuore dell'analisi, nel progetto originale, doveva coincidere con il calcolo delle spese sostenute per garantire l'assistenza sanitaria agli immigrati comunque presenti sul territorio nazionale confrontando ciò con le modalità di copertura delle stesse. In corso d'opera sono emerse delle difficoltà imputabili alla insufficiente disponibilità di dati da parte del Sistema informativo sanitario. Considerando infatti tutti i possibili capitoli di spesa sanitaria, solo per l'assistenza ospedaliera si ha la possibilità di ricavare informazioni utili, disaggregate per la popolazione immigrata; negli altri casi, costituiti tra l'altro da farmaci, assistenza medica di base e specialistica, assistenza protesica e balneotermale, non è possibile stabilire la quantità imputabile agli stranieri. L'unico dato certo è il valore aggregato nazionale per ogni voce di costo riportato nella tabella 1.

**Tabella 1**

Spesa per servizi e prestazioni sanitarie per tipo e voce economica dal 1995 al 2001\* (in milioni di euro)

Capitoli di spesa	Anni di riferimento						
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
<b>Servizi amministrativi (a)</b>	2.708	2.851	3.010	2.998	3.103	3.333	3.499
<b>Assistenza ospedaliera</b>	21.617	23.132	25.383	25.999	27.154	30.152	31.685
<b>Altri servizi sanitari (b)</b>	5.472	6.171	6.463	6.607	6.917	7682	7.939
<b>Totale servizi sanitari a gestione diretta</b>	29.797	32.154	34.856	35.604	37.174	41.167	43.123
<b>Farmaci</b>	4.995	5.468	6.017	6.628	7.372	8.741	11.608
<b>Assistenza medica generica</b>	2.854	3.161	3.437	3.485	3.353	4.263	4.413
<b>Assistenza medica specialistica</b>	2.379	2535	2.865	3.003	2.714	2.372	2.756
<b>Assistenza ospedaliera case di cura private</b>	3.870	4.093	4.417	4.331	4.822	5.098	5.140
<b>Assistenza protesica e balneotermale</b>	2.716	2.995	2.856	3.143	3.556	3.679	3.804
<b>Altra assistenza</b>	495	351	408	579	601	599	667
<b>Totale altre prestazioni</b>	17.309	18.603	20.000	21.169	22.418	24.752	28.388
<b>Totale servizi e prestazioni</b>	47.106	50.757	54.856	56.773	59.592	65.919	71.511
<b>% assistenza ospedaliera sul totale</b>	45,89	45,57	46,27	45,79	45,57	<b>45,74</b>	44,31

**Fonte ISTAT - contabilità nazionale**

\*la serie 1995 - 1999 ha recepito le modifiche introdotte dall'implementazione del sistema dei conti nazionali SEC 95

(a) spesa per il personale e i consumi intermedi

(b) prevenzione, profilassi e vigilanza igienica, distribuzione sangue, trasporto malati, consultori familiari ed altri servizi sanitari

Partendo quindi dall'unico dato disponibile (spesa sostenuta per i ricoveri ospedalieri degli stranieri) pubblicata per l'anno 2000 dall'Ufficio di statistica del Ministero della Salute (tabella 2) abbiamo ipotizzato che la richiesta di assistenza degli stranieri si distribuisca in modo equivalente a quella degli italiani e che quindi ri-

spetti le proporzioni risultanti nella tabella 1 tra le voci di costo. Pertanto si è assunto che il costo dei ricoveri ospedalieri degli stranieri per l'anno 2000 sia stato il 45,74% del costo complessivo per prestazioni e servizi sanitari a loro dedicati.

### Tabella 2

Remunerazione tariffaria teorica dei ricoveri di non italiani per acuti (valori espressi in euro) - Anno 2000

		Regime ordinario			Day hospital		
		Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Ricoveri	Stranieri*	96.676	133.030	229.706	15.117	36.952	52.069
	Stranieri* (PSA esclusi)	80.836	113.634	194.470	12.977	33.095	46.072
	Nazionali	4.364.914	4.822.294	9.187.208	1.192.049	1.461.448	2.653.497
Remunerazione tariffaria	Stranieri*	231.528.734	262.637.808	494.166.542	18.291.321	42.861.742	61.153.063
	Stranieri* (PSA esclusi)	192.966.970	221.724.834	414.691.804	15.745.991	38.621.866	54.367.857
	Nazionali	13.488.676.309	13.240.401.531	26.729.077.840	1.475.033.534	1.716.541.604	3.191.575.138
Remunerazione tariffaria media per ricovero	Stranieri*	2.395	1.974	2.151	1.210	1.160	1.174
	Stranieri* (PSA esclusi)	2.387	1.951	2.132	1.213	1.167	1.180
	Nazionali	3.090	2.746	2.909	1.237	1.175	1.203

### Fonte: Ministero della Salute - Ufficio di statistica

\*alla parola stranieri si attribuisce il significato letterale e non quello dettato dalla legge

Nota: la remunerazione teorica delle prestazioni di ricovero ospedaliero è stimata sulla base dell'ipotesi che ogni prestazione sia remunerata in ogni regione secondo i valori delle tariffe nazionali di riferimento pubblicate nel D.M. 30 giugno 1997.

Abbiamo quindi calcolato il costo complessivo dei ricoveri ospedalieri in regime ordinario ed in day hospital per gli stranieri (tabella 2: 494.166.542 + 61.153.063 = 555.319.605 €), maggiorato di una quota forfetaria a copertura delle spese generate da lungodegenze e riabilitazioni, la cui incidenza è evidenziata nella tabella 3; complessivamente ne è risultato un valore di 560.000.000 €. Ipotizzando che questo dato fosse stato il 45,74 % della spesa sostenuta per fornire assistenza sanitaria agli stranieri, l'ammontare complessivo sarebbe stato pari a 1.224.311.325 €.

**Tabella 3****Incidenza di lungodegenze e riabilitazioni sui ricoveri - Anno 2000**

	Italiani			Non italiani		
	Ricoveri per acuti	Lungodegenze e riabilitazioni	Totale	Ricoveri per acuti	Lungodegenze e riabilitazioni	Totale
Valore assoluto	11.840.705	830.859	12.671.564	281.775	2.212	283.987
Valore percentuale	93,44	6,56	100,0	99,22	0,78	100,0

**Fonte: elaborato su dati del Ministero della Salute - Ufficio di statistica**

Siamo consapevoli della forzatura derivante dal supporre l'uguale distribuzione nell'ambito dei capitoli di spesa tra gli italiani e gli stranieri, soprattutto in virtù della situazione attuale ove appare fondato ritenere che gli immigrati utilizzino in maniera preferenziale e frequentemente in modo inappropriato l'Ospedale, mentre sono ancora inadeguati i percorsi assistenziali territoriali; tuttavia, in prospettiva futura è ragionevole ritenere che le richieste assistenziali ed i percorsi sanitari si andranno ad uniformare a quelli della popolazione autoctona (anche se con differenze legate a diversa tipologia demografica), questo almeno sotto il profilo della distribuzione percentuale fra le varie voci di bilancio (quelle indicate nella tabella 1).

Il dato complessivo ottenuto è comprensivo di quanto attribuibile alle prestazioni assistenziali ospedaliere anche per gli immigrati irregolari. Si ricorda che la normativa nazionale stabilisce come le spese generate dall'assistenza agli "stranieri temporaneamente presenti" (STP) devono essere coperte tramite ricorso al Fondo Sanitario Nazionale (FSN) (attraverso deliberazioni del Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica - CIPE) per i livelli assistenziali derivanti da prestazioni rivolte alla tutela della gravidanza e della maternità, alla salute dei minori, agli interventi di profilassi internazionale e alla cura delle malattie infettive; tramite rimborso a carico del Ministero dell'Interno qualora l'onere derivi da prestazioni ospedaliere urgenti o comunque essenziali per lo straniero. Nelle tabelle 4 e 5 sono riportati gli stanziamenti previsti a tal fine negli ultimi anni. È possibile dunque sommare gli stanziamenti (CIPE e Ministero dell'Interno) riferibili all'anno 2000 e sottrarre il risultato alla spesa complessiva prima calcolata: si ottiene così un ammontare di 1.180.412.488,57 €.

**TABELLA 4****Deliberazioni CIPE per finanziamento di interventi previsti dalla legge 40/1998, art. 33****(FSN - Parte corrente)**

Regione	Delibera 30.1.1997	Delibera 5.8.1998	Delibera 21.4.1999	Delibera 15.2.2000	Delibera 21.12.2001	Delibera 25.7.2003	Delibera 25.7.2003
	Anno 1996	Anno 1997	Anno 1998	Anno 1999	Anno 2000	Anno 2001	Anno 2002
	£	£	£	£	£	€	€
Abruzzo	773.000.000	828.000.000	942.000.000	965.000.000	870.000.000	266.413,78	266.413,78
Basilicata	198.000.000	200.000.000	241.000.000	232.000.000	225.000.000	63.243,15	63.243,15
Calabria	1.305.000.000	1.608.000.000	1.689.000.000	1.029.000.000	891.000.000	337.273,45	337.273,45
Campania	7.317.000.000	6.588.000.000	5.607.000.000	4.577.000.000	3.146.000.000	2.015.199,81	2.015.199,81
Emilia Rom.	3.395.000.000	3.353.000.000	3.810.000.000	3.592.000.000	6.287.000.000	2.625.435,78	2.625.435,78
Friuli V. G.**	449.000.000	0	0	0	0	0	0
Lazio	13.199.000.000	12.334.000.000	12.169.000.000	12.164.000.000	10.441.000.000	5.655.279,82	5.655.279,82
Liguria	1.317.000.000	1.288.000.000	1.299.000.000	1.423.000.000	2.215.000.000	1.090.843,19	1.090.843,19
Lombardia	12.845.000.000	13.352.000.000	13.788.000.000	15.831.000.000	13.997.000.000	7.759.183,29	7.759.183,29
Marche	730.000.000	773.000.000	869.000.000	897.000.000	967.000.000	459.866,22	459.866,22
Molise	62.000.000	63.000.000	93.000.000	95.000.000	93.000.000	32.880,83	32.880,83
Piemonte	4.478.000.000	4.612.000.000	4.781.000.000	4.743.000.000	6.299.000.000	3.342.248,46	3.342.248,46
Puglia	2.059.000.000	2.306.000.000	2.516.000.000	2.249.000.000	1.471.000.000	778.030,02	778.030,02
Sardegna	450.000.000	423.000.000	469.000.000	458.000.000	246.000.000	161.089,78	161.089,78
Sicilia	2.648.000.000	2.314.000.000	2.561.000.000	2.089.000.000	1.240.000.000	435.902,15	435.902,15
Toscana	3.927.000.000	4.817.000.000	3.805.000.000	4.141.000.000	6.340.000.000	2.802.466,21	2.802.466,21
Umbria	680.000.000	735.000.000	870.000.000	1.056.000.000	1.402.000.000	714.249,93	714.249,93
Veneto	4.168.000.000	4.406.000.000	4.491.000.000	4.459.000.000	3.869.000.000	2.447.808,08	2.447.808,08
Italia	60.000.000.000	60.000.000.000	60.000.000.000	60.000.000.000	59.999.000.000 *	30.987.413,95	30.987.413,95

**Fonte: Elaborato su dati CIPE**

\* tale somma comprende 20 milioni di euro girati da un altro capitolo di spesa



**Tabella 5**

Stanziamenti del Ministero degli Interni a copertura delle spese in base all'articolo 35 del TU

Anno	Valuta	Stanziamiento	Integrazione	Totale
1995	£	10.000.000.000	10.000.000.000	20.000.000.000
1996	£	10.000.000.000	10.000.000.000	20.000.000.000
1997	£	10.000.000.000	10.000.000.000	20.000.000.000
1998	£	10.000.000.000	10.000.000.000	20.000.000.000
1999	£	12.000.000.000	10.000.000.000	22.000.000.000
2000	£	12.000.000.000	13.000.000.000	25.000.000.000
2001	£	12.000.000.000	13.000.000.000	25.000.000.000
2002	€	6.197.483	6.713.940	12.911.423
2003	€	6.197.483	29.296.230*	35.493.713

**Fonte: Elaborato su dati del Ministero dell'Interno**

\*tale somma comprende 20 milioni di euro girati da un altro capitolo di spesa

E' necessario sottolineare come gli stanziamenti per la copertura delle spese e le procedure per ottenere rimborsi a fronte di assistenza rivolta agli STP di cui sopra, siano insufficienti e complessi, infatti le richieste di rimborso delle aziende sanitarie sono di anno in anno soddisfatte solo in parte. In questo specifico settore andrebbe rivisto il meccanismo attraverso il quale si richiedono i rimborsi e effettuata un'attenta analisi sui dati per evidenziarne alcune incongruenze, imprecisioni e/o sovrapposizioni.

Ottenuta la stima della spesa complessiva al netto delle somme previste per gli irregolari si può compiere un passo ulteriore; infatti, dividendola per la popolazione straniera regolarmente presente, la quale al 1° gennaio 2001 era pari a 1.464.589 unità, se ne può ricavare una sua quota pro capite: risulta una spesa presunta di 805,97 € per immigrato presente. È bene evidenziare come questo sia un valore certamente sovrastimato sia per la già citata minore propensione all'uso di servizi sanitari diversi all'assistenza ospedaliera da parte degli stranieri rispetto agli italiani, sia per una sottostima del denominatore (calcolato sui dati forniti dal Ministero dell'Interno che tengono conto dei permessi di soggiorno validi in una determinata data ma che escludono gran parte dei minori, non titolari di un permesso proprio ma registrati in quelli dei genitori - le stime Caritas parlano di 1.686.606 immigrati al 1° gennaio 2001, irregolari esclusi). Nonostante ciò il dato ottenuto risulta comunque nettamente inferiore alla spesa pro capite per gli italiani che è di 1.147,49 euro.

La stima massima della spesa pro capite imputabile agli stranieri è dunque pari a circa il 70 % del corrispettivo per gli italiani, il valore effettivo è realisticamente più basso di almeno altri 15 punti percentuali.

Ci pare opportuno a questo punto ricordare come avviene il finanziamento del sistema sanitario.

Le leggi principali che lo disciplinano sono le seguenti: Decreto Legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992; Decreto Legislativo n. 446 del 15 dicembre 1997; Decreto Legislativo n. 56 del 18 febbraio 2000. Da una congiunta applicazione ne deriva che il SSN è finanziato con: il FSN per quanto concerne le spese derivanti da accordi internazionali, quelle imputabili ad alcuni enti particolari e quelle destinate a specifici obiettivi previsti in sede di programmazione o in leggi speciali; risorse assegnate direttamente alle regioni costituite da entrate proprie, addizionale IRPEF, accise sulla benzina, compartecipazione all’IVA e dall’IRAP; la partecipazione delle regioni a statuto speciale che provvedono senza apporti a carico dello Stato. Nella tabella 6 viene evidenziata la situazione dello scorso anno. La somma indicata col nome di “totale regioni” è quella che va a finanziare i cosiddetti Livelli essenziali di assistenza.

### **Tabella 6**

Determinazione delle disponibilità finanziarie - Anno 2003

<b>Provenienza somme</b>	<b>Euro</b>
Entrate proprie regionali (USL)	2.155.170.001
Partecipazione regioni a statuto speciale	4.684.567.690
IRAP stimata	30.422.289.753
Addizionale IRPEF stimata	2.559.333.335
IVA e accise*	33.103.588.806
Fondo sanitario - d.leg. 56/2000	2.871.454.310
<b>Totale regioni</b>	<b>75.796.403.895</b>
Vincolate e altri enti	586.391.301
Obiettivi di PSN	1.153.743.754
Riequilibrio	1.032.913.798
<b>Totale generale</b>	<b>78.569.452.748</b>

**Fonte: Elaborato su dati del Ministero dell’Economia e delle Finanze**

\*una quota della voce viene accantonata e va a costituire la categoria riequilibrio

Considerate le provenienze degli introiti dedicati alla copertura delle spese si può sostenere che tutti i soggetti presenti in Italia contribuiscono al sostentamento del SSN, infatti i maggiori contributi vengono offerti da IRAP e dalla compartecipazione all’IVA, e quest’ultima viene pagata da tutti, irregolari compresi. È probabile che avendo a disposizione dati più dettagliati si potrebbe dimostrare facilmente che gli stranieri danno più di quanto prendono in termini di risorse monetarie, in altre parole stanno finanziando la sanità italiana così come fanno con il sistema pensionistico.

## **I benefici**

Non è possibile evidenziare i benefici economici diretti derivanti dalla normativa attualmente in vigore che equipara gli immigrati con regolare permesso di soggiorno agli italiani nei diritti e nei doveri e che garantisce a tutti gli stranieri le cure essenziali. I primi dati disponibili che comparano la situazione sanitaria prima e dopo l'entrata in vigore della legge 40 del 1998 (Turco Napolitano) evidenziano però una maggiore accessibilità dei servizi, in particolare dei ricoveri ospedalieri e ci sono indicazioni di un miglioramento delle condizioni sanitarie degli stranieri. Piccoli segnali in particolare riferiti ai minori, alle donne con riferimento alla gravidanza ed agli esiti del parto ed in parte alle malattie infettive (riduzioni dei tassi dell'incidenza dell'Aids).

Quanto basta a nostro avviso a valutare positivamente un approccio universalistico di garanzia del diritto alla salute e all'assistenza sanitaria.

## **Prime conclusioni**

Costi ridotti, partecipazione significativa al finanziamento del sistema, miglioramento delle condizioni di salute individuale (e quindi ulteriore riduzione dei costi) e maggiore tutela collettiva, ci sembrano argomenti convincenti per continuare nella strada intrapresa senza sconti o semplificazioni di equiparazione di diritti e doveri tra tutti i cittadini italiani e stranieri.

## Bibliografia

11. Caritas e Migrantes: *Dossier Statistico Immigrazione (anni 2001 e 2003)*. Roma, edizione Nuova Anterem, 2001 e 2003
12. Geraci S., Martinelli B.: *Il diritto alla salute degli immigrati. Scenario nazionale e politiche locali*. Nuova Anterem, Roma, 2002
13. Istituto Superiore di Sanità, Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica: *Assistenza alla nascita tra le donne immigrate*. Rapporti Istisan, 03/4, Roma, 2003
14. Ministero della Salute – Direzione generale degli studi, della documentazione e della comunicazione ai cittadini: *Relazione sullo stato sanitario del Paese 2001 – 2002*. Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato S.p.A., Roma, 2003
15. Ministero della Salute, D.G. Sistema Informativo e Statistico e degli Investimenti Strutturali e Tecnologici, Ufficio di Statistica: *Il ricovero ospedaliero degli stranieri in Italia nell'anno 2000. Rapporto statistico*. Roma, 2003
16. Ministero della Salute: *Piano Sanitario Nazionale 2003 – 2005*, Roma, 2003
17. Segreteria conferenza dei presidenti delle Regioni e delle Province autonome: *Diritto alla salute: le risorse per il 2004*; Roma, 21 - 22 gennaio 2004
18. Taroni F.: *DRG/ROD e nuovo sistema di finanziamento degli ospedali*. Il pensiero scientifico editore, Roma, 1996
19. Vanara F.: *Il nuovo sistema di finanziamento nel servizio sanitario nazionale*. Aracne, Roma, 1995

## **EPATOPATIE E IMMIGRATI: MODELLI DIAGNOSTICI A BASSO COSTO ED ALTA EFFICACIA**

*Morrone A., Nosotti L., Toma L., Franco G., Giorgi I.*

Struttura Complessa di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale Istituto San Gallicano (IRCCS), Roma

### **Introduzione**

Dal 1985 la Struttura Complessa di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale dell'Istituto S. Gallicano (IRCCS) di Roma si occupa dell'assistenza socio-sanitaria di immigrati regolari, clandestini e irregolari, zingari, persone senza fissa dimora, pensionati a reddito minimo, famiglie mono-reddito, rifugiati, richiedenti asilo, vittime di tortura e di qualsiasi persona a rischio di emarginazione o senza assistenza sanitaria.

Nel corso degli anni sono stati sviluppati diversi metodi per l'approccio alla salute di queste fasce deboli della popolazione, che riducono i costi e migliorano i risultati diagnostico-terapeutici e riabilitativi.

Tali metodi sono stati alla base del riconoscimento del nostro Istituto come centro di eccellenza in Europa da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità <sup>(1)</sup>.

La salute viene considerata nella sua globalità olistica, un bene personale e collettivo, la cui comprensione non può non essere multidisciplinare,

Diversi sono i campi di azione (medico, sociale, psicologico e antropologico) coinvolti, con l'obiettivo di una ottimizzazione delle risorse economiche del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) attraverso l'uso di protocolli diagnostici e di medicina preventiva.

Il rapporto con la persona malata, la raccolta attenta dell'anamnesi, anche in chiave transculturale, rimane un pilastro fondamentale per gli ulteriori accertamenti diagnostici.

Si utilizzano quindi esami di routine o comunque a basso costo che riescono ad individuare precocemente malattie che porterebbero a conseguenze gravi per la salute degli individui e a costi elevati per il SSN.

In quest'ottica abbiamo voluto valutare la prevalenza di epatopatie in una popolazione di immigrati asintomatici basandoci sul riscontro di ipertransaminasemia durante test di screening. I livelli plasmatici delle transaminasi sono indicatori sensibili di danno cellulare epatico, e sono presenti normalmente nel siero a basso titolo, a livelli inferiori a 30-40 U/litro. Il primo passo nella valutazione di un paziente con aumento dei livelli delle transaminasi è la ripetizione del test per confermare il risultato.

In caso di conferma, è necessaria una valutazione per identificare le cause più comuni di ipertransaminasemia: epatopatia alcolica, epatite virale cronica B o C, epatite autoimmune, statosi epatica, steatoepatite non alcolica, emocromatosi <sup>(2)</sup>.

## **Materiale e metodi**

Nel periodo compreso tra settembre 2002 e dicembre 2003 sono stati osservati, presso la nostra struttura, 136 immigrati (85 di sesso maschile e 51 di sesso femminile, di età compresa tra 21 e 70 anni) che presentavano ipertransaminasemia di natura da determinare. I pazienti provenivano da Africa, Est Europa, America Latina, Sud-Est asiatico. Inizialmente tutti sono stati sottoposti ad accurata anamnesi per consumo di alcol e sono stati effettuati i seguenti test ematochimici: emocromo, marker per l'epatite virale A, B e C, sideremia, transferrinemia e ferritinemia, ceruloplasminemia, elettroforesi delle proteine sieriche, CPK e aldolasi, ANA, AMA, ASMA, alfa1 - antitripsina.

A tutti i soggetti è stata eseguita una ecografia epatica.

Negli individui che presentavano transaminasi cronicamente elevate e in cui l'eziologia rimaneva ignota dopo l'esecuzione dei test di screening, è stata praticata una biopsia epatica.

## **Risultati**

Le principali cause di ipertransaminasemia nella nostra casistica sono risultate in ordine di frequenza: epatite virale cronica C (38 casi), eziologia ignota (37 casi), epatopatia alcolica (26 casi), epatite virale cronica B (16 casi). In alcuni casi vi è stata sovrapposizione tra epatite cronica C ed epatopatia alcolica (5 casi), tra epatite cronica B ed epatopatia alcolica (3 casi) e tra epatite cronica B e C (1 caso). Da segnalare un caso di epatite cronica B con superinfezione da virus delta, un caso di cirrosi biliare, due casi di epatite da farmaci, due casi di miopatia e un caso di epatosi gravidica.

Dei 37 casi ad eziologia ignota, 25 hanno acconsentito all'esecuzione della biopsia epatica, che ha dato i seguenti risultati: steatosi epatica (15 casi), steatoepatite (5 casi), istologia normale (4 casi), fibrosi (1 caso).

Dal punto di vista istologico la steatoepatite è risultata tipicamente caratterizzata da steatosi di intensità variabile, prevalentemente macrovescicolare, ma a volte mista (macro - e microvescicolare) e da lesioni necrotico-infiammatorie lobulari, con infiltrato infiammatorio a predominanza linfocitaria ma con leucociti neutrofili tipicamente presenti.

I casi con steatoepatite sono stati classificati seguendo il sistema proposto da Brunt e al.<sup>(3)</sup>: 4 pazienti presentavano NASH di grado lieve, 1 di grado moderato, mentre tutti presentavano fibrosi allo stadio 1.

## **Discussione**

Dall'analisi della nostra casistica emerge uno spettro di patologie responsabili di ipertransaminasemia sostanzialmente sovrapponibile a quella dei pazienti italiani, con l'epatite cronica HCV correlata al primo posto.

Da segnalare peraltro l'alta prevalenza dell'epatopatia alcolica, che segnala un trend in aumento per il consumo di alcol fra gli immigrati (anche tra fasce prima tradizionalmente esenti come giovani e donne anche di religione islamica).

A questo proposito bisogna ricordare come il fenomeno dell'abuso alcolico sia multifattoriale e comprenda fattori biologici, psichici, sociali e culturali spesso strettamente interconnessi e correlati tra loro.

Gli immigrati indubbiamente presentano vari indicatori di rischio sociali ed economici (emarginazione, spesso disoccupazione o frustrazioni lavorative), e familiari (separazioni, mancati ricongiungimenti familiari), ma a volte assumono comportamenti a rischio per la salute come il consumo eccessivo di alcol in un tentativo di integrazione in un Paese come il nostro in cui è presente una radicata "cultura del bere".

L'assunzione di modelli culturali estranei alle proprie tradizioni può comportare il rischio di una perdita di identità culturale per quegli immigrati provenienti da Paesi a prevalente cultura islamica o induista, in cui il consumo di alcol è proibito.

Per quanto riguarda l'associazione tra epatopatia alcolica ed epatite virale, esistono in letteratura molti studi che hanno dimostrato l'alta prevalenza di epatite cronica HCV-correlata in pazienti con abuso di alcol rispetto alla popolazione nel suo complesso (10% contro 1,4%, ma con valori del 30% circa in pazienti con epatopatia alcolica).<sup>(4,5)</sup> È importante segnalare che il consumo di alcol accelera la progressione della malattia epatica verso la cirrosi e l'epatocarcinoma<sup>(6,7)</sup> e riduce la risposta alla terapia con IFN.<sup>(8,9)</sup>

È altresì dimostrato che con l'astinenza alcolica si riduce la carica virale HCV e migliora la risposta alla terapia antivirale.<sup>(10)</sup>

Un altro dato interessante nella nostra casistica è costituito dall'alta prevalenza di epatite virale cronica B, probabilmente collegato all'alta endemia dell'HBV in alcuni dei paesi di origine degli immigrati, ed alla mancanza di una pregressa vaccinazione.

Per quanto riguarda i casi ad eziologia ignota, è da sottolineare l'importanza della differenziazione istologica tra steatosi epatica (molto frequente) e steatoepatite (meno frequente), per la diversa storia naturale delle due condizioni: la steatosi epatica ha un decorso generalmente benigno, mentre la steatoepatite non alcolica può evolvere in cirrosi.

Proprio la storia naturale diversa e la prognosi diversa di queste due condizioni giustificano a nostro avviso l'esecuzione della biopsia epatica nei casi ad eziologia ignota, non essendo le metodiche ecografiche in grado di distinguere tra la steatosi e la steatoepatite.

La steatoepatite non alcolica (NASH) è stata descritta inizialmente nel 1980<sup>(11)</sup> in pazienti con un'epatopatia istologicamente indistinguibile dall'epatite alcolica, che però non consumavano alcol; da segnalare che sebbene la NASH sia stata generalmente descritta in associazione con il sesso femminile, l'obesità, con dislipidemia o

con diabete mellito tipo 2 <sup>(12)</sup>, nella nostra casistica è associata solo in due casi a obesità e in un caso ad alterata tolleranza glucidica.

Per quanto riguarda il trattamento, i pazienti con epatite virale HCV-correlata hanno iniziato una terapia di associazione con IFN convenzionale o pegilato + ribavirina, mentre i pazienti con epatite cronica HBV-correlata sono stati sottoposti a terapia con IFN convenzionale o pegilato o in alternativa con lamivudina.

Nei casi di epatopatia alcolica ( e nei casi di associazione tra epatopatia alcolica ed epatite virale), i pazienti sono stati sottoposti a colloqui psicologici o psichiatrici e inviati successivamente a gruppi di auto-aiuto ( Alcolisti Anonimi, ecc.)

I pazienti con steatosi epatica e con steatoepatite non alcolica (NASH) hanno seguito esclusivamente terapia non farmacologica consistente in dieta ipolipidica e ipocalorica in caso di obesità.

### **Conclusioni**

E'ormai dimostrata non solo la stretta correlazione tra povertà e malattie, ma anche l'esistenza di un circolo vizioso che le influenza reciprocamente.

Infatti la povertà porta alla malattia attraverso un incremento dei rischi personali e ambientali, una malnutrizione o quantomeno una scorretta alimentazione, un basso livello di informazione, una minore educazione sanitaria, e un minore accesso alle strutture sanitarie.

Inoltre la malattia a sua volta produce povertà riducendo il reddito familiare, abbassando le capacità di apprendimento, la produttività e la qualità della vita.

La povertà è pertanto uno dei maggiori determinanti di malattia, ma allo stesso tempo può esserne anche l'effetto.

Da tempo l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha stabilito che una delle priorità della Sanità Pubblica dei vari Paesi è quella di ridurre la povertà e di migliorare le condizioni di salute delle fasce più deboli ed emarginate della popolazione. <sup>(13)</sup>

Questa via viene considerata l'unica possibile per avviare processi di reale sviluppo economico all'interno dei Paesi, in particolare di quelli ad economia in transizione o in via di sviluppo.

Per fare ciò è necessario continuare ad elaborare metodologie nuove interdisciplinari come quelle attuate dal nostro Istituto, che prevedano da un lato la creazione di una rete di collaborazione tra strutture pubbliche e organizzazioni del privato sociale e l'utilizzo di nuove figure professionali come i mediatori socio-linguistico-culturali e dall'altra l'elaborazione di strategie preventive che permettano un contenimento dei costi per un sistema sanitario solidale ed universalistico, unito ad un'alta efficacia diagnostica e terapeutica.

In quest'ottica siamo convinti che una corretta relazione medico-paziente associata all'uso di semplici esami di laboratorio, possa spesso consentire una precoce individuazione delle malattie nella loro fase iniziale evitando la loro progressione a stadi più avanzati e permettendo così anche una migliore prognosi ed una riduzione dei ricoveri ospedalieri.



In particolare riteniamo che la valutazione delle transaminasi, esame sierologico di facile esecuzione e di basso costo, possa rappresentare nella popolazione immigrata a rischio un test di screening molto utile nella diagnosi precoce di patologie epatiche spesso asintomatiche, che altrimenti potrebbero evolvere verso quadri più gravi come la cirrosi e l'epatocarcinoma.

## Bibliografia

- 1) D. Manfellotto *“From misinformation and ignorance to recognition and care: immigrants and homeless in Rome, Italy”* in E. Ziglio, R. Barbosa, Y. Charpak, S. Turner *“Health Systems Confront Poverty”* Public Health Case Studies No.5; Regional Office for Europe, World Health Organization, Copenhagen 2003.
- 2) Pratt D. S. and Kaplan M.M. *Evaluation of abnormal liver-enzyme results in asymptomatic patients* N Engl J Med , 2000, 342: 1266-1271.
- 3) Brunt E.M., Janney C., Di Bisceglie A.M., Neuschwander-Tetri B.A., Bacon B.R. *Nonalcoholic steatohepatitis: a proposal for grading and staging the histological lesi* Am J Gastroenterol 1999; 94: 2467-2474.
- 4) Befrits R., Hedman M., Blomquist L., Allander T., Grillner L., Kinnman N., Rubio C., Hultcrantz R. *Chronic hepatitis C in alcoholic patients: prevalence, genotypes and correlation to liver disease.* Scand J Gastroenterol 1995; 30: 1113-18.
- 5) Coelho-Little M.E., Jeffers L.J., Bernstein D.E., Goodman J.J., Reddy K.R., De Medina M., Li X., Hill M., La Rue S., Schiff E.R. *Hepatitis C virus in alcoholic patients with and without clinically apparent liver disease.* Alcohol Clin Exp Res 1995; 19: 173-6.
- 6) Takase S., Tsutsumi M., Kawahara H. et al. *The alcohol-altered liver membrane antibody and hepatitis C virus infection in the progression of alcoholic liver disease* Hepatology 1993; 17: 9-13.
- 7) Noda K., Yoshihara H., Suzuki K., Yamada Y., Kasahara A., Hayashi N., Fusamoto H., Kamada T. *Progression of type C chronic hepatitis to liver cirrhosis and hepatocellular carcinoma: its relationship to alcohol drinking and the age of transfusion.* Alcohol Clin Exp Res 1996; 2: 95A-100A.
- 8) Okazaki T., Yoshihara H., Suzuki K., Yamada Y., Tsujimura T., Kawano K., Yamada Y., Abe H. *Efficacy of interferon therapy in patients with chronic hepatitis C. Comparison between non-drinkers and drinkers.* Scand J Gastroenterol 1994; 29: 1039-43.
- 9) Ohnishi K., Matsuo S., Matsutani K., Itahashi M., Kakihara K., Suzuki K., Ito S., Fujiwara K. *Interferon therapy for chronic hepatitis C in habitual drinkers: comparison with chronic hepatitis C in infrequent drinkers.* Am J Gastroenterol 1996;91: 1374-9.
- 10) Sata M., Fukuizumi K., Uchimura Y., Nakano H., Ishii K., Kumashiro R., Mizokami M., Lau JYN, Tanikawa K. *Hepatitis C virus infection in pa-*

*tients with clinically diagnosed alcoholic liver diseases. J Viral Hepatitis* 1996; 3: 143-8.

- 11) Ludwig J., Viggiano T., Mc Gill D.B., Ott B.J. *Nonalcoholic steatohepatitis. Mayo Clinic experiences with a hitherto unnamed disease.* Mayo Clin Proc 1980; 55: 434-8.
- 12) Marchesini G., Bugianesi E., Forlani G., Cerrelli F., Lenzi M., Manini R., Natale S., Vanni E., Villanova N., Melchonda N., Pizzetto M. *Non alcoholic fatty liver steatohepatitis and the metabolic syndrome.* Hepatology 2003; 37:917-23.
- 13) World Health Organization. *World Health Report 2003. Shaping the future.* World Health Organization: Geneva,2003.

## HEALTHY SKIN FOR ALL. ONE OF THE MOST IMPORTANT PUBLIC HEALTH PRIORITIES

*Morrone A., Toma L., Nosotti L., Franco G., Latini O.,  
Fornari U., Scardella P., Tumiatì M.C.*

Struttura Complessa di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di  
Dermatologia Tropicale Istituto San Gallicano (IRCCS), Roma

### Introduction

In 2003 the kind of population called Human Mobile Population (HMP)., which includes migrants, asylum seekers, refugees, migrant workers and travellers, was more than one billion.

Considering the dangerous health conditions of this population and after a quick overview of what is happening in nearby countries and everywhere else in the world, we can explain why in the next few years more and more people will flood Europe, North America, Australia and other developed countries and why we will have to be able to manage this phenomenon in terms of public health.

We believe that the dermatologists can prevent disability and infections of the skin, contribute to reduce the incidence of leprosy, cutaneous tuberculosis, scabies, and improve prevention and management of skin cancer and HIV/AIDS as well as other Sexually Transmitted Diseases (STD) (1).

Recognizing the overwhelming evidence of the close relationship between poverty and poor health, and the responsibility of health systems to improve the health of the needy, the World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe has gathered and analysed information on action taken in Member States to reduce poverty and improve the health of the poor populations. A collection of case studies, entitled *Health Systems confront Poverty* (2), was published last year. One of these case studies describes the innovative type of activity in the field of Migration, Poverty and Health of the Department of Preventive Medicine of Migration, Tourism and Tropical Dermatology (Dept.) at San Gallicano Institute – IRCCS in Rome (Italy), whose activities are in the spirit of the HMPC's aims.

The Department is actually one of the Collaborating Centres of WHO - European Office for Investment for Health and Development.

During the activity of the Department over many years, a new model to reduce the number of people suffering from dermatological and/or other diseases was developed. In fact a network of public institutions and private organizations was established, working with disadvantaged people at many different levels: medical, social, psychological, anthropological, educational and occupational.

Probably this method is not very new because some doctors, already two centuries ago, were quite sensitive to the needs of their patients, being aware at the same time of the essence of their culture, tradition and emotions. However, nowadays the situation of the National Health Systems is structurally different, and we have also to consider the new economical and demographic aspects of today's world, situa-

tion that makes a holistic approach to the people's health very difficult and expensive. Nevertheless this model offered us, at least in our case, the possibility to help and to treat more efficiently many different kinds of distressed people without a strong impact in terms of expenditure for the Italian National Health System (INHS). We, as well as the authors of the publication "*Health Systems confront Poverty*", are of the opinion that this model is not only ethically valid, but also practically and economically convenient, and that there is evidence that our experience is worth being repeated in as many situations as possible, also in the interest of public health.

## **main fields of action**

### **Immigrants**

In the last 20 years 60,528 illegal and clandestine immigrants, coming from 146 different countries, made their first visit to the Department. 25,421 (42%) were females, 10% were children and the number of both is increasing with time. In 2003 26.3% immigrants were from Africa (in 1985-91, 73%, in 1992-94, 48%), 14.4% from Central and South America (in 1985-91, 7%, in 1992-94, 22%), 20.9% from Asia (in 1985-91, 12%, in 1992-94, 21%), 38.4% from eastern Europe (in 1985-91, 8% and in 1992-94, 19%). Altogether 79% of the immigrants observed were under 40 years old, but it is interesting to notice the slow increase of elderly immigrants over 60, who in our cases exceeded 11%. In addition to these foreign patients, the percentage of Italian patients attending the Dept. has increased from 5% in 1985, to 25% at the beginning of 2004. This group is composed mainly of homeless (90%) and elderly people (10%). This phenomenon may in part be explained by the increase of the percentage of Italians (14.7%) who are under the poverty threshold. They have difficult access to the INHS and to the social and health care network, where complete coverage of their needs by the INHS is not fully available to them. These people come to the Dept. for all kinds of help, especially social and also for simple practices, such as intramuscular injections of drugs. The main diseases observed were the following: dermatological diseases (25.6%), infectious diseases (23.7%), digestive and intestinal diseases (12.2%), chest diseases (11.1%), orthopedic and traumatic diseases (10.7%), diseases of the genito-urinary tract (9.1%), HIV/AIDS infection (5.5%), psychiatric diseases (1.3%). No diseases were observed in 0.8% of cases.

### **Homeless**

In Italy, homelessness has become a major problem with serious social, economic, and ethical consequences, and the homeless are estimated between 170,000 and 250,000. Since 1998 a medical Observatory has been established in the Dept, in collaboration with the Municipality of Rome and without any further expenditure

for the INHS, for monitoring the health conditions of the resident, immigrant and nomadic homeless people (HP) in the metropolitan area of Rome.

3,162 people were visited (178 nomads and 305 refugees) representing 30% of HP in Rome, mainly young adult males (73.4%). 31.9% were Italian, 42% from non European countries. The most frequent countries of origin were Romania, Poland, Bosnia, Ukraine, Morocco, Moldavia, Iran, Tunisia, Albania, Iraq, Egypt. The commonest dermatological diseases observed were scabies, pediculosis, mycoses and bacterial infections.

### **Gypsies**

Between 4 and 5 thousands gypsies live in Rome, divided into about 50 communities.

We visited 4,941 gypsies between 1996 and 2003 and observed a high prevalence of odontoiatric diseases (50.3%), skin diseases (24.4% scabies, 20.1% pediculosis, 9.6% tinea capitis, 8.9% tinea corporis), traumatic diseases (10.2%) and gastroenterological diseases (6.2% gastritis and duodenitis, 6.1% liver diseases).

We observed also an increasing trend regarding alcohol and drug abuse by gypsies in Rome (about 500 with opioid addiction and about 700 with cocain/crack addiction).

In this case the cooperation between public health care structures and private organizations encouraged the active participation of gypsies in the management of their health and allowed the INHS to treat these people without any further expenditure.

### **Victims of prostitution trade**

The women victims of prostitution trade in Western Europe are about 500,000.

As detected by Interpol, the profit from sex trade is about 7-8 billion euros per year and the income per year for each prostitute is about 150,000 - 180,000 euros.

In Italy the number of these women is about 50,000 coming mainly from China, Nigeria, Albania, Romania, Ukraine, for more than 9 million Italian clients.

From 1<sup>st</sup> January 1998 to 1<sup>st</sup> April 2003, 3,937 foreign prostitutes were registered for first medical examination in our Dept. The majority of them (98.8%) were undocumented or with an expired tourist residence permit.

The main diseases observed were the following: infectious diseases, mainly syphilis, tuberculosis and HIV/AIDS (32.7%), dermatological diseases, mainly burns (14.4%), gynaecological diseases, mainly STD (14.1%), orthopedic and traumatic diseases (13.2%), psychiatric diseases (11.3%), digestive and intestinal diseases (7.7%), other chest diseases (6.6%). Moreover we observed many cases of Female Genital Mutilation (FGM) with a prevalence of 43.2% among the women coming from endemic countries.

Although several health prevention campaigns in all European countries have been carried out in order to protect prostitutes and their clients, and even though in

Europe laws that protect victims of prostitution trade exist, we need further interventions aiming at improving the protection of undocumented migrant women and at reducing the incidence of STD in young people.

#### *ABANDONED CHILDREN AND ADOLESCENTS*

In Italy, while the immigrant population has doubled during the last 10 years, for minors this has happened in just 4 years and their number now probably represents a fifth of the immigrant population.

In 2003 the number of foreign children in Italy was about 320,000 and more than 49% of them was born in Italy, which is now the oldest Nation in the world with 24,5% of people over 60 years of age.

For the first time in the history of humanity, the number of people over 60 will exceed, in 2050, the number of children under 14, with very important economic and social consequences related to this demographic lack of balance.

We visited 1,137 foreign minors in the last three years (401 from East-Europe, 185 from Latin-America, 156 from Asia and 140 from Africa), 255 of them had the double nationality, 50% of them were under 14 and 37% of them were abandoned. In our experience the health conditions of foreign minors in Italy is still worse than that of the Italian minors and there are not sufficient epidemiological and clinical studies on this subject.

The number of foreign minors in Italy increased by 5,0% in the last three years and this encouraging trend will be carefully preserved because we cannot hope in an unexpected improvement of the Italian (or European) people fertility rate. For these reasons we have to encourage a growth of the fertility rate among Italians and migrants too, but most of all we have to promote the entrance of new immigrants (to Italy as well as to Europe) and we have to improve their rapid integration in the new social, economic, occupational and educational context.

#### **Refugees/asylum seekers and victims of torture**

During the last five years we visited in our Dept. 924 refugees/asylum seekers from 39 different countries, most of them from Kurdistan and from Iraq. 82.5% were males with a mean age of 25 years, in 78% of the cases with a high educational level and in more than 60% of cases we observed signs of torture. The recognition of the status of refugee concerned only 30.1% of the cases; the absence of any work or economical support was the main problem for our patients, 31.7% of them were homeless and the main dermatological conditions observed were similar to the above mentioned diseases related to the homeless condition.

The victims of torture represented 51% of the cases and most of them showed symptoms of depression and anxiety, panic attacks or agoraphobia. Poor sleep patterns are almost universal but are not usually revealed by the patients spontaneously.

In our experience the basic health needs of refugees/asylum seekers are broadly similar to those of the other migrants, and although symptoms of psychological distress are more frequent than those observed in the other patients, they do not necessarily signify mental illness. Poverty and social exclusion have a negative impact on health and time, patience, and a welcoming approach will break down many barriers, especially visiting the victims of torture.

### **female genital mutilations**

Female Genital Mutilation (FGM) is a condition that, while originating in distant countries and regions, is frequently observable in our country due to the continuous flow of people from the African continent, particularly Egypt, the Horn of Africa and Sudan sub-Saharan Africa. While being frequently practiced by people of the Islamic religion, it is also observed among Christian populations, animists and Jews (Ethiopian Falashas).

The WHO has classified FGM in 4 types:

**Type 1.** Excision of the prepuce, with removal of all or part of the clitoris.

**Type 2.** Excision of the clitoris, with removal of all or part of the labia minora.

**Type 3.** Excision of all or part of the external genitalia and narrowing of the vaginal opening (**infibulation**).

**Type 4.** Unclassified: includes perforation, penetration or incision of the clitoris and/or labia; stretching of the clitoris and/or labia; cauterization by burning the clitoris and surrounding tissue; scraping of the tissue surrounding the vaginal opening (**angurya cuts**) or incision of the vagina (**gishira cuts**); introduction of corrosive substances or herbs into the vagina to cause bleeding in order to close or tighten it; and any other procedure falling under the definition of FGM.

The complications observed are serious, both physical (haemorrhagic shock, vaginal **fistulae**, keloids, dermoid cysts) and psycho-sexual. A specially created law prohibits the practice being carried out in Italy.

In the last 20 years we examined 249 women affected by FGM ( 121 type 1, according to WHO classification, 69 type 2 and 59 type 3 ), coming from 13 different countries ( Somalia, Egypt, Ethiopia, Eritrea, Nigeria, Sudan, Chad, Mali, Burkina Faso, Sierra Leone, Camerun, Niger, Senegal).

### **Immigrants and food**

The presence of foreigners from different continents is by now structural within the Italian community, with an age distribution that becomes more and more ample, in which the people over 60 years old and the children under 14 are more represented than before. Moreover the last group of age is often born in Italy where the feeding habits are different from those of their parents.

We have to underline the fact that, together with the mother tongue, the feeding habit is one of the fundamental characteristics of the cultural identity of each population. In fact many studies carried out on the phenomenon of migration in It-

ally show that everybody feels very strongly the need to keep alive customs and traditions belonging to his/her own ethnic group, above all in the field of feeding and gastronomy.

On the other hand food is one of the factors recognised as fundamental for the maintenance of an ideal condition of health, so much so that one of the strategic lines of all the health studies concerns the “digestive and metabolic diseases, with special regards to intestinal diseases, liver diseases, diabetes and obesity. It is well known in fact that many pathological conditions are related for example to incorrect feeding. Among these we find some types of tumours, type 2 diabetes, cardiovascular and ischemic diseases, arthrosis, osteoporosis, biliary lithiasis, dental caries and other iron and iodine deficiency diseases.

For these reasons we have developed in our Dept. a service with a specific aim: to investigate the feeding habits of the populations of immigrants who attend our hospital; to find out whether there may be any possible connection with the diseases related to feeding habits, and to propose and develop specific guide-lines for all public health services, and in particular a specific campaign of nutritional education to be carried out by trans-cultural operators, involving a multidisciplinary team: doctors, nurses, linguistic and cultural mediators, nutritionists, psychologists, sociologists and opinion leaders of the community.

We interviewed in 2002-2003 182 patients coming from 35 different countries (39% from Eastern Europe, 11% from North Africa and Middle East, 15% from Central and South Africa, 28% from Central and South America, 7% from Far East) in order to study their feeding habits and the anthropological and cultural aspects of nutrition.

We observed in about 50% of patients the presence of malnutrition, that was successfully treated by nutritionists working at our Department.

### **Social, psychological, anthropological assistance and linguistic-cultural mediation**

For long the belief has survived that the term ‘health’ could be properly defined by the expression ‘absence of disease’, ‘well being’, not being ill. Nowadays we have realised that health is not simply this and WHO felt bound to define health as ‘implementation for all human beings, women and men, of their whole potential in terms of physical, psychic, cultural and religious faculties’. This accounts for the inconceivability of defining ‘healthy’ people obliged to live abroad, in a foreign land, far from their families, devoid of friendship and love, without resources and a job.

To attend to the migrants therefore does not mean to take care only of their body, although most of them address the Department with requests centred on their ‘ill’ body.



In the last 20 years 60,528 immigrants coming from 146 different countries were observed from linguistic-cultural mediators.

Several kinds of demands have been specified: 'clear' demands; demands concerning psycho-somatic problems; demands raising an unconscious psychological problem; demands for social help; demands for legal help.

In order to meet these different demands a particular attention is given to the patients' reception, organised by linguistic-cultural mediators with the supervision of the Social worker, and offered to the people addressing the service. The aim is both to refer people to the correct operators on the grounds of their needs and to meet cognitive requirements. For the latter reason patients are asked to answer a questionnaire useful for collecting data which can later be processed for further research and surveys.

The work of social secretariat concerns decoding and clarifying regulations in force in Italy and involves a network activity to keep in touch with the different organisations dealing with a same person, in order to be able, if necessary, to refer the person to the right institution.

Also differentiated are the psychological and medical activities of the Department service:

- 234 patients were followed by the psychologists or the psychiatrists from 2000 to 2003;
- analysis of the demand and, if necessary, assistance of person or families asking for psychiatric help was done;
- advice was given to the other Dept. operators on situations and cases at risk;
- all the Dept. operators are involved in a study group that meets every other week to discuss and check the work done, in order both to improve the service and to function as a referring and advice point for other institutions working on similar socially complex situations.

Within the Department is a medical-anthropological Counselling Service, specially aimed at detecting and taking care of cultural disadvantage as a risk of onset of diseases. The Service avails of the help of anthropologists from Università "La Sapienza", Rome.

### **Clinical, epidemiological and teaching activities in ethiopia**

During the last five years we started a clinical activity in Africa, namely in Ethiopia. The particulars of this activity in respect of 2003 are as follows:

- 1) We opened a dermatological department in the regional hospital of Quihà – Makallè (Tigray Region). This centre, accessible daily, provides for the local population dermatological consultations and necessary prescriptions, treatment for out-patients and, for some dangerous health conditions, hospitalization. Last year we visited and treated 1,217 patients, on whom we performed 118 skin biopsies that were histologically examined at San Gal-

licano hospital and the results of which were sent by e-mail to the Quhià hospital in addition to the necessary suggestions concerning treatment. We provided the patient with all the necessary information to facilitate his/her understanding of his/her disease, particularly in order to assure compliance of the patient to treatment and to make them accept preventive behavioural habits; and, as a result, to minimize the worsening progression of the disease and to prevent transmission of some contagious diseases. Therefore, minimization of costs can be achieved by making sure that the patient has in fact started medical treatment and is taking the preventive measures suggested. Such activity is possible with the contribution of a monthly paid local nurse whom we have trained in regard to assistance in this dermatological clinical duty. The local nurse has undergone a theoretical and practical course on how to obtain clear digital clinical images that are sent to San Gallicano hospital via the WEB. This last didactical task, which is not necessarily associated with medical assistance, is important mainly for three factors:

- a) In absence of the above mentioned activities of the local nurse, the patient could not be adequately diagnosed nor treated due to the lack of proper expertise.
  - b) The filing of images from these diseases, more than just being a diagnostic tool for distant doctors, also becomes an essential tool to instruct other native health care workers who can treat some of these dermatological diseases. Therefore, we should encourage and propagate any initiatives taken of their own accord by the local health care workers within the local community (“self-empowerment”).
  - c) In addition to instructing local medical workers, the filing of 1,993 clinical images, has proven useful to teach European medical doctors in the field of tropical dermatology and other infectious diseases of the skin. In fact, we have so far used such images to offer a course in the San Gallicano Hospital to train our medical doctors in this field. All the principal clinical, sociological and cultural case histories of patients in our Dermatological department in Tigray, have been stored in a computer data base by nine Italian medical doctors (dermatologists, surgeons and infective and tropical diseases specialists) who have participated in the medical missions in Tigray.
- 2) Prior to the activities of the medical doctors, the house had been made comfortable by being equipped with a refrigerator, beds and beddings, pots and pants, cutlery.
  - 3) In the last year we suggested, outlined and discussed the development of a social and medical support programme for the Orphanage of Wukro, which

hosts 200 orphan children from parents who died of AIDS or from the most recent war between Ethiopia and Eritrea. We have considered improving and extending our medical and social activities in Tigray against infectious and dermatological diseases (AIDS, tuberculosis, leprosy) and have provided preventive education and rehabilitation programmes for many years in Ethiopia and Eritrea.

### **Discussion and conclusions**

The WHO's document "Health Systems Confront Poverty" acknowledges that poverty in Europe is multidimensional and is linked not only to material deprivation but also to low educational achievement, poor health, vulnerability and exposure to environmental and occupational risks, as well as voicelessness and powerlessness. Furthermore, it recognizes that poverty deprives individuals of the freedom to satisfy basic needs and rights. This might include freedom to achieve sufficient nutrition (food security), to obtain remedies for treatable illnesses, or to enjoy clean water or sanitary facilities. This lack of freedom prevents individuals from fulfilling their potentialities, thus leading to a great loss for society and hampering development. Poverty might also be the source of stigmatization within subgroups of our societies, within national borders and among countries – both rich and poor. Finally, the WHO's publication confirms that the impact of poverty might be unequally distributed among the poor and that it can have different impacts according, for example, to gender and age group (3).

We have to remember that the same "European" aspects of the poverty, described above, are valid for the all Developing Countries (DC) and they are more and more described in many articles and documents (4-13).

In our experience we could identify twelve global public health priorities that should be carried out by Dermatologists in the world:

- 1) Skin activities in developing and developed world should be integrated into the general health system based on primary health care and not only supported by secondary and tertiary care, as outlined at the Alma Ata conference, but also by political, social and economical interventions aimed at reducing poverty (14, 15).
- 2) To promote prevention activities around the world aimed at obtaining a reduction of some accidents, especially burns, or other culture-related dermatological injuries (e. g. cupping, coining, scraping, branding, FGM).
- 3) To reduce the practice of FGM in Sub-Saharan countries and to improve of care by proper education of health care providers (guide-lines) and prevention of new cases by women's education in developed countries (16).
- 4) To improve the health of the skin of women in the world reducing the gap existing in many different geographical areas of developing and developed countries (where we still observe many unacceptable health differences between men and women).

- 5) Provide increased and results-based financial and technical resources to scale up access to prevention, care and sustained treatment, including effective low cost treatment (using generic drugs), in the poorest countries suffering from HIV/AIDS, Malaria, Tuberculosis, Leprosy, Scabies and STD.
- 6) Ensure men, women and adolescents to have universal and equitable access to and promote the use of a comprehensive range of high quality, safe, accessible and reliable skin care services.
- 7) Combat stigma and discrimination of disadvantaged people living in the poorest countries or in the big western metropolis.
- 8) Request the Global Commission on International Migration to take into account in its work the goal of “healthy skin for all”.
- 9) Improve and harmonize surveillance systems, in line with international standards, to track and monitor some skin diseases that could be a beacon to find the essential global health priorities: leprosy, skin cancer, scabies, cutaneous tuberculosis, ulcers, diabetic and madura foot, HIV/AIDS.
- 10) Monitoring and control of environmental hazards which pose a threat to human health, including potentially toxic chemicals, radiation, harmful consumer goods and biological agents.
- 11) To improve the quality of life of many people suffering from disability.
- 12) Control and reduce the air and water pollution in order to better protect the skin from many irritants and allergens.

The title of the last WHO Report was: “*Shaping the future*” (17), but the future public health policies around the world will need to take under careful consideration the above mentioned global public health priorities and the impossibility to “*shape the future*” if we shall not include among our top priorities “*a healthy skin for all*”, particularly in the countries where the level of poverty is still unacceptable.

## References

- 1) Chi-Keong ONG & Terence J. Ryan “Healthy skin for all”, Oxford 1998.
- 2) D. Manfellotto “From misinformation and ignorance to recognition and care: immigrants and homeless in Rome, Italy” in E. Ziglio, R. Barbosa, Y. Charpak, S. Turner “Health Systems Confront Poverty” Public Health Case Studies No.5; Regional Office for Europe, World Health Organization, Copenhagen 2003.
- 3) A. Sen “Development as freedom”. New York, Oxford University Press, 2000.
- 4) A. Morrone *The skin and the catastrophes*, J Eur Acad Dermatol Venereol. 2002 May;16(3):207-9.
- 5) A. Morrone, G. Franco, L. Toma, O.B. Tchangmena, M. Marangi *A case of loiasis in Rome*, J Eur Acad Dermatol Venereol. 2002 May;16(3):280-3.
- 6) A. Morrone, L. Toma, G. Franco and O. Latini «Donovanosis in developed countries: neglected or misdiagnosed disease?» (Letter) *International Journal of STD & AIDS* 14, 288-289 (2003).
- 7) A. Creese, K. Floyd, A. Alban, L. Guinness Cost-effectiveness of HIV/AIDS interventions in Africa: a systematic review of the evidence. *Lancet* 2002; 359: 1635-.
- 8) Food and Agriculture Organization of the United Nations. *Rural women carry family burdens. Focus, AIDS—a threat to rural Africa*. Rome: FAO, 2001.
- 9) N.C. Grassly, G.P. Garnett, B. Schwartzlander, S. Gregson, R.M. Anderson The effectiveness of HIV prevention and the epidemiological context. *Bull World Health Organ* 2001; 79: 1121-32.
- 10) S.M. Blower, A.N. Aschenbach, J.O. Kahn Predicting the transmission of drug-resistant HIV: comparing theory with data. *Lancet Infect Dis* 2003; 3: 10.
- 11) Centers for Disease Control. Advancing HIV prevention: new strategies for a changing epidemic—United States. *MMWR* 2003; 52(15): 329-32.
- 12) S.M. Blower, P. Farmer Predicting the public health impact of antiretrovirals: preventing HIV in developing countries. *AIDS Science* 2003;3.
- 13) P.R. Lamptey Reducing heterosexual transmission of HIV in poor countries. *BMJ* 2002; 324: 207-11.
- 14) P. Piot, A.M. Coll Seck International response to the HIV/AIDS epidemic: planning for success. *Bull World Health Organ* 2001; 79: 1106-12.
- 15) World Health Organization. *Scaling up the response to infectious diseases: a way out of poverty*. Geneva: WHO, 2002.
- 16) A. Morrone, J. Hercogova, T. Lotti Stop female genital mutilation: appeal to the international dermatologic community, *Int J Dermatol.*, 2002 May;41(5):253-63.

- 17) World Health Organization. *World Health Report 2003. Shaping the future*. World Health Organization: Geneva, 2003.

## La donna immigrata

Angela Spinelli, Giovanni Baglio, Gabriella Guasticchi

Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, e-mail: spinelli@asplazio.it

### L'immigrazione al femminile

In Italia, specie negli ultimi 15 anni, è notevolmente aumentata la popolazione straniera. Naturalmente anche le donne, molte provenienti da aree povere del mondo, sono immigrate nel nostro Paese, sia per motivi di lavoro che per ricongiungersi al proprio marito o altri familiari. Le stime parlano di 260mila donne straniere presenti in Italia nel 1991 e di 726mila nel 2002 (1-2). Esse rappresentano circa metà della popolazione straniera (48,0%) e un 2,2% di tutta la popolazione femminile residente (italiana o non) nel nostro Paese. La maggioranza risiede al Nord Italia (56,0%), come gli stranieri in generale, meno al Centro (30,5%) e al Sud e Isole (13,4%).

La loro provenienza è molto varia, in prevalenza da paesi ad economia meno avanzata: secondo i dati del 2001 (3), il 27% dall'Europa dell'Est, il 20% dall'Asia, il 19% dall'Africa e il 13% dall'America Latina (tabella 1). In particolare negli ultimi anni vi è stato un grosso aumento delle donne provenienti dai paesi dell'Europa orientale.

**Tabella 1 – Donne straniere per paese di provenienza. Italia, 2001**

Area geografica	Numero	Percentuale
<b>Europa</b>	<b>278.459</b>	<b>43,8</b>
Unione Europea	90.686	14,3
Europa dell'Est	174.198	27,4
Altri Paesi	13.575	2,1
<b>Africa</b>	<b>117.966</b>	<b>18,6</b>
Settentrionale	65.560	10,3
Centro-orientale	21.719	3,4
Occidentale	30.290	4,8
Centro-meridionale	397	0,1
<b>Asia</b>	<b>124.458</b>	<b>19,6</b>
Estremo Oriente	81.051	12,8
Sub Continente Indiano	31.629	5,0
Vicino e Medio Oriente	8.330	1,3
Ex URSS Asia	3.448	0,5
<b>America</b>	<b>113.111</b>	<b>17,8</b>
Settentrionale	32.076	5,0
Centro-Meridionale	81.035	12,8
<b>Oceania</b>	<b>1.392</b>	<b>0,2</b>
<b>Totale</b>	<b>635.386</b>	<b>100,0</b>

La gran parte di queste donne sono giovani ed in età riproduttiva (più del 65% di età compresa tra i 19 e i 40 anni). Se si considerano le modalità di arrivo e le condizioni di inserimento delle donne immigrate in Italia, si possono notare alcuni tratti caratteristici che differenziano la popolazione extracomunitaria femminile da quella maschile. Innanzitutto, cosa spinge una donna ad emigrare?

Vi sono alcuni motivi in comune con gli uomini, come ad esempio difficoltà economiche, ragioni politiche o anche spinte e motivazioni culturali; altri, invece, sono peculiari delle donne: la condizione di ripudiate o divorziate, il ricongiungimento familiare, il matrimonio.

Negli ultimi anni, anche grazie alle nuove normative, si è assistito ad un aumento di nuovi permessi di soggiorno per ricongiungimento familiare. Da un totale di 92.073 permessi di soggiorno rilasciati nel 1992 (pari al 14% di tutti i permessi) si è arrivati a 472.240 nel 2002 (31%). Molti di questi riguardano donne; ad esempio, tra i 56mila nuovi permessi per ricongiungimento familiare concessi nel 1999 il 73% si riferiva a donne. In generale si assiste a una progressiva “familiarizzazione” dei flussi migratori. Lo sviluppo dei ricongiungimenti e la conseguente familiarizzazione dei flussi migratori sono fenomeni in grado di determinare nel giro di pochi anni una profonda trasformazione delle caratteristiche socio-demografiche della popolazione immigrata, così come è avvenuto in altri paesi di più antica immigrazione. Sul piano demografico, è possibile prevedere un definitivo riequilibrio del rapporto maschi/femmine, un aumento delle nascite e di conseguenza un abbassamento dell’età media; sul piano socio-culturale, si registrerà una crescente domanda di servizi (sanitari, educativi e sociali) e in definitiva l’istanza di nuove politiche sociali a favore dell’integrazione (4).

### **Condizioni di salute della donna immigrata**

Le donne straniere presenti nel nostro Paese sono generalmente in buona salute. Nella tabella 2 sono riportati i ricoveri di stranieri provenienti da Paesi ad Economia in via di Sviluppo (PES) effettuati in regime ordinario secondo i 17 capitoli ICD 9 – CM, come riferito dal Ministero della Salute (5). Nel 2000, circa 51.000 dei 114.150 ricoveri che hanno interessato le donne si riferivano ad eventi fisiologici quali la gravidanza, il parto e il puerperio, inclusi i rari casi con eventuali complicanze. In percentuale questo capitolo rappresenta il 45% di tutti i ricoveri ordinari tra le donne provenienti da PES. Il secondo capitolo per numerosità di ricoveri ordinari è quello delle malattie del sistema genito-urinario (7,1%), seguito dalle malattie dell’apparato digerente (6,2%) e dai traumatismi ed avvelenamenti (5,3%).

La tabella 3 descrive l’attività di ricovero in day hospital (DH) di stranieri PES, secondo i capitoli della classificazione ICD 9 – CM. In totale, sui 46.327 ricoveri, 33.200 hanno riguardato donne, anche se la gran parte, 19.601 casi (59,0% del totale), si riferiva nuovamente a gravidanza, parto e puerperio. Se nel caso dei ricoveri ordinari i ricoveri registrati sotto questo capitolo fanno riferimento principalmente



ai parti, per i ricoveri in DH si tratta nella gran maggioranza di casi di ricoveri per interruzione volontaria di gravidanza. La seconda causa più citata è risultata essere “le malattie del sistema genito-urinario” (6,2% del totale), seguito dalle “malattie infettive e parassitarie” (4,4%).

Capitoli ICD 9 - CM	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Malattie infettive	5.589	6,8	3.258	2,9	8.847	4,5
Malattie apparato genito-urinario	3.709	4,5	8.118	7,1	11.827	6,0
Gravidanza, parto e puerperio			51.068	44,7	51.068	26,1
Malattie pelle e sottocutaneo	1.482	1,8	890	0,8	2.372	1,2
Malattie sistema osteo-muscolare	3.245	4,0	2.151	1,9	5.396	2,8
Malformazioni congenite	1.381	1,7	1.078	0,9	2.459	1,3
Alcune condizioni morbose neonatali	2.346	2,9	2.169	1,9	4.515	2,3
Stati morbosi mal definiti	5.415	6,6	5.388	4,7	10.803	5,5
Traumi e avvelenamenti	16.871	20,6	6.045	5,3	22.916	11,7
Tumori	2.155	2,6	3.745	3,3	5.900	3,0
Malattie endocrine e immunitarie	1.188	1,5	1.280	1,1	2.468	1,3
Malattie del sangue	654	0,8	790	0,7	1.444	0,7
Disturbi psichici	3.232	4,0	2.205	1,9	5.437	2,8
Malattie sistema nervoso e organi senso	3.662	4,5	2.843	2,5	6.505	3,3
Malattie sistema circolatorio	4.592	5,6	3.233	2,8	7.825	4,0
Malattie apparato respiratorio	8.743	10,7	5.172	4,5	13.915	7,1
Malattie apparato digerente	9.731	11,9	7.130	6,2	16.861	8,6
Altro	7.718	9,4	7.587	6,6	15.305	7,8
<b>Totale</b>	<b>81.713</b>	<b>100,0</b>	<b>114.150</b>	<b>100,0</b>	<b>195.863</b>	<b>100,0</b>

**Tabella 3 - Ricoveri in DH a carico di stranieri PES, per sesso e causa di ricovero. Italia, 2000**

Capitoli ICD 9 - CM	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Malattie infettive	2.026	15,4	1.471	4,4	3.497	7,5
Malattie apparato genito-urinario	1.012	7,7	2.054	6,2	3.066	6,6
Gravidanza, parto e puerperio			19.601	59,0	19.601	42,3
Malattie pelle e sottocutaneo	513	3,9	391	1,2	904	2,0
Malattie sistema osteo-muscolare	682	5,2	643	1,9	1.325	2,9
Malformazioni congenite	338	2,6	248	0,7	586	1,3
Alcune condizioni morbose neonatali	63	0,5	56	0,2	119	0,3
Stati morbosi mal definiti	605	4,6	526	1,6	1.131	2,4
Traumi e avvelenamenti	775	5,9	375	1,1	1.150	2,5
Tumori	793	6,0	1.092	3,3	1.885	4,1
Malattie endocrine e immunitarie	555	4,2	764	2,3	1.319	2,8
Malattie del sangue	477	3,6	557	1,7	1.034	2,2
Disturbi psichici	256	2,0	187	0,6	443	1,0
Malattie sistema nervoso e organi senso	1.042	7,9	1.096	3,3	2.138	4,6
Malattie sistema circolatorio	493	3,8	517	1,6	1.010	2,2
Malattie apparato respiratorio	667	5,1	523	1,6	1.190	2,6
Malattie apparato digerente	1.298	9,9	781	2,4	2.079	4,5
Altro	1.532	11,7	2.318	7,0	3.850	8,3
<b>Totale</b>	<b>13.127</b>	<b>100,0</b>	<b>3.200</b>	<b>100,0</b>	<b>46.327</b>	<b>100,0</b>

### Assistenza alla nascita

In seguito all'aumento della presenza della popolazione straniera e dei ricongiungimenti familiari, dal 1980 ad oggi si è registrato un aumento da circa 5.000 a 30.000 nati da almeno un genitore straniero (5-6% del totale dei nati). La gran parte di questi bambini hanno entrambi i genitori stranieri. Nel 2000 i nati con genitori entrambi stranieri sono stati 25mila.

Una serie di studi sono stati condotti per valutare gli esiti alla nascita e l'assistenza ricevuta dalle donne straniere in gravidanza. 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 (1).

Uno studio per valutare le condizioni di salute alla nascita è stato condotto in 33 punti nascita di 25 città italiane nel 1996-97 (6). 2.424 neonati con genitori extracomunitari sono stati confrontati con 4.848 con genitori entrambi italiani. I nati pretermine (età gestazionale inferiore a 37 settimane) sono stati 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.

Per valutare l'assistenza in gravidanza e al parto, il Reparto di Indagini Campionarie di Popolazione del Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha condotto nel 1995-96 uno studio nel quale sono state raccolte informazioni relative a 9.004 donne italiane (7), a 74 donne extracomunitarie irregolari e 76 donne extracomunitarie con permesso di soggiorno (8). Lo studio sull'assistenza alla nascita tra le donne straniere è stato ripetuto nel 2000-01, intervistando 318 donne immigrate da Paesi ad economia in fase di sviluppo, per 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 (9).

Nel primo studio, 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 (7-8). Inoltre i dati confermano la prevalenza di esiti negativi alla nascita (parto pretermine e basso peso alla nascita) maggiore tra le straniere.

In tabella 4 sono confrontati i dati relativi ai principali indicatori di assistenza in gravidanza. Il 96% delle immigrate intervistate nel 2000-01 è stato seguito da un operatore sanitario durante la gravidanza (9). 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).

**Tabella 4 - Indicatori di assistenza in gravidanza – Indagini dell’Istituto Superiore di Sanità**

Fonte: 7-9

Indicatore	Italiane (1995-96)	Immigra- teirregolari (1996)	Immi- grate- regola- ri (1995- 96)	Immigra- te (2000- 01)
Non assistite in gravidanza	0,5%	---	3%	4%
1 <sup>a</sup> visita dopo il 1° trimestre	10%	42%	25%	16%
Numero medio ecografie	5	2	3	3
Mese 1 <sup>a</sup> ecografia	3°	4°	4°	3°

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.

Inoltre il 15,4% delle intervistate ha frequentato un corso di preparazione al parto (9), 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.

Nell’indagine del 2000-01 è stato possibile valutare anche le difficoltà che le donne hanno avuto ad essere assistite in gravidanza. Il 17% delle intervistate ha dichiarato di aver avuto difficoltà ad essere assistita durante la gravidanza, con percentuali più elevate tra le donne dell’Est Europa. (tabella 5).

**Tabella 5 – Ha avuto difficoltà ad essere assistita durante la gravidanza? (in percentuale)**

Risposta	Provenienza				Totale
	Est Euro- pa	Asia	Africa	Centro Sud America	
No	76,1	85,0	85,1	96,2	83,0
Sì, per difficoltà di accesso alle strutture pubbliche	5,8	3,7	6,4	1,9	4,7
Sì, per difficoltà di comunicazione	5,8	6,2	4,3	0,0	4,7
Sì, per problemi economici	8,7	3,7	2,1	0,0	5,0
Altro	3,6	1,2	2,1	1,9	2,5

**Fonte: 9****Aborto spontaneo**

L'Istat raccoglie dal 1956 i dati relativi alle dimissioni di donne dagli istituti di cura per aborto spontaneo. La variabile relativa alla cittadinanza è disponibile nella rilevazione dal 1990, ma solo dal 1992 (con esclusione del 1993) può essere considerata di buona qualità. Come riportato in tabella 4, negli ultimi 10 anni si è osservato un andamento crescente delle notifiche di aborto spontaneo, con un aumento del contributo delle donne straniere (10). Dall'analisi fatta dall'Istat, la quota di aborti spontanei di donne straniere risulta infatti passata da 2,7% nel 1992 a 3,8% nel 1996 e a 7,4% nel 1999 (pari a 5.152 aborti spontanei).

Per poter valutare se questo aumento sia stato determinato dall'aumento della popolazione delle donne straniere nel nostro Paese e se il rischio di aborto spontaneo sia maggiore nella popolazione straniera, sono state calcolate le proporzioni di abortività spontanea ( $n^\circ$  di aborti spontanei/ $n^\circ$  aborti spontanei +  $n^\circ$  nati + una certa proporzione di IVG x 1000) per classi di età, tra le cittadine italiane, le straniere provenienti da Paesi ed Economia Avanzata (PEA) e quelle da Paesi ad Economia in fase di Sviluppo (PES). Come osserva in tabella 5, il rischio di abortire spontaneamente è risultato abbastanza simile tra i tre gruppi, con valori leggermente più elevati tra le cittadine italiane (101,2 per 1000 gravidanze rispetto a 97–98 per 1000 tra le straniere). In tutti e tre i gruppi il rischio aumenta al crescere dell'età della donna (10).

Analizzando i dati per continente di provenienza o per paese emerge un quadro piuttosto eterogeneo, con proporzioni di abortività spontanea più bassi tra le donne dell'Africa settentrionale e dell'Asia orientale e occidentale e più elevati per le donne dell'America centro-meridionale e dell'Africa centro-meridionale.

**Tabella 6 – Aborti spontanei per cittadinanza, anni 1990-1999**

**Fonte: 10**

Anno	Italiane		Straniere		Non indicato		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
1990	48.717	85,6	928	1,6	7.257	12,8	56.902	100,0
1991	56.322	95,5	1.196	2,0	1.448	2,5	58966	100,0
1992	56.061	96,3	1.557	2,7	622	1,1	58.240	100,0
1993	50.985	89,0	1.722	3,0	4.598	8,0	57.305	100,0
1994	59.759	95,3	2.079	3,3	843	1,3	62.681	100,0
1995	60.790	95,7	2.280	3,6	459	0,7	63.529	100,0
1996	62.703	95,5	2.464	3,8	468	0,7	65.635	100,0
1997	63.374	94,8	2.945	4,4	554	0,8	66.873	100,0
1998	62.719	94,1	3.605	5,4	342	0,5	66.666	100,0
1999	64.016	91,8	5.152	7,4	529	0,8	69.697	100,0

**Tabella 7 - Proporzioni di abortività spontanea per classi di età e cittadinanza – Italia 1996**

Classi di età	Paese		
	Italia	PEA	PES
15-19	83,4	85,4	99,4
20-24	74,5	56,8	75,5
25-29	80,7	91,2	78,5
30-34	95,4	97,6	95,6
35-39	146,1	126,1	126,7
40-44	276,6	213,4	249,4
≥ 45	451,7	266,1	259,0
Totale	101,2	97,7	97,1

PEA: Paesi ad Economia Avanzata PES: Paesi ad Economia in fase di Sviluppo

**Fonte: 10**

### Interruzione volontaria di gravidanza

In Italia, per ogni interruzione volontaria di gravidanza effettuata, viene compilata dagli operatori della struttura una scheda (modello D12/Istat) che contiene alcune informazioni sulla donna e sull'intervento. La variabile "cittadinanza" è stata introdotta solo dal 1995. Pertanto, per analizzare l'andamento storico del contributo delle straniere all'IVG, è necessario considerare il luogo di nascita. Dal 1980 al 2001 le donne nate all'estero che hanno effettuato IVG in Italia sono aumentate: il numero di casi è passato infatti da 4.510 a 32.161 e, in termini relativi, la proporzione sul totale delle donne che ha effettuato IVG in Italia è cresciuta da poco più del 2% al 24%. Si tenga però presente che una quota di donne nate all'estero sono cittadine italiane: nel 2001, ad esempio, delle 32.161 donne nate all'estero, 6.761 avevano la cittadinanza italiana.

A partire dal 1995 è possibile valutare il fenomeno considerando la cittadinanza. Come si osserva dalla tabella 8, si è passati da 8.967 IVG nel 1995 a 13.826 nel 1998 e a 25.094 nel 2001 (11).

### Tabella 8 - IVG per cittadinanza, Italia 1995-2001

Elaborazione effettuata dall'Istituto Superiore di Sanità sulla base dei dati dell'Istat e del Sistema di Sorveglianza dell'IVG

Anno	Cittadinanza			Sconosciuta n.	Totale IVG	Tasso sti- mato Stran. %
	Italiana n.	Straniera n.	%			
1995	118.116	8.967	7,1	12.466	139.549	27,4
1996	127.700	9.850	7,1	1.373	140.398	29,1
1997	119.292	11.978	9,1	8.896	140.166	26,4
1998	123.728	13.826	10,1	798	138.352	28,7
1999	118.818	18.806	13,7	1.084	138.708	30,5
2000	111.741	21.201	15,9	2.191	135.133	n.d
2001	106.166	25.094	19,1	974	132.234	n.d

L'aumento numerico e percentuale delle IVG effettuate da donne straniere è sicuramente dovuto all'aumento della presenza straniera in Italia. Infatti, per i cinque anni per cui sono stati stimati i tassi di abortività, che sono valori che tengono conto della popolazione (N. IVG per 1000 donne cittadine straniere di età 15-44), non si osservano grandi aumenti: 27,4 per 1000 per il 1995, 29,1 nel 1996, 26,4 nel 1997, 28,7 nel 1998 e 30,5 nel 1999. Questi valori tuttavia sono di molto superiori (circa tre volte) a quelli osservati tra le cittadine italiane i cui tassi, in quelli anni calcolati per le donne di 18-49 anni, risultano essere pari a circa 9 per 1000, indicando un maggior ricorso tra queste donne, rispetto alle italiane, all'interruzione della gravidanza. Questo dato non sorprende se si considera che molte delle donne cittadine straniere nel nostro Paese vivono spesso in situazioni disagiate e che provengono da aree in cui l'aborto è usato più frequentemente che in Italia.

Naturalmente poiché la maggioranza delle donne straniere sono residenti o domiciliate nell'Italia settentrionale o centrale, anche per quanto riguarda l'IVG il loro ricorso ai servizi ed il loro contributo al fenomeno è maggiore in queste aree geografiche, con un massimo nel 2001 di 30,4% di tutte le IVG in Lombardia e di 30,3% in Veneto e un minimo di 1,7% in Basilicata e 2,5% in Puglia e in Molise (tabella 9).

**Tabella 9 –Numero e percentuale di IVG effettuate da cittadine straniere per Regione Italia 2001**

Regione	IVG Totale		IVG Straniere	
	N.		N.	%
Piemonte	11.014		2.835	25,7
Valle d'Aosta	279		35	12,6
Lombardia	21.889		6.608	30,4
Bolzano	448		78	17,4
Trento	1.181		128	10,8
Veneto	6.573		1.981	30,3
Friuli Venezia Giulia	2.154		367	17,1
Liguria	3.793		979	25,8
Emilia Romagna	10.980		2.864	26,1
Toscana	8.186		1.840	23,7
Umbria	2.407		660	28,1
Marche	2.604		610	23,6
Lazio	15.173		3.771	24,9
Abruzzo	2.634		265	10,1
Molise	775		19	2,5
Campania	12.563		972	7,8
Puglia	14.067		355	2,5
Basilicata	645		11	1,7
Calabria	3.372		190	5,6
Sicilia	9.035		400	4,4
Sardegna	2.462		126	5,2
ITALIA	132.234		25.094	19,1

**Fonte: Relazione Ministro Salute 2003 (11)**

La maggior parte delle straniere che abortiscono in Italia sono cittadine dell'Est Europa, ma anche di paesi dell'Africa, del Centro-Sud America e dell'Asia nell'ordine. Negli ultimi anni si è osservato un aumento maggiore delle IVG effettuate da donne dell'Est Europa e del Centro e Sud America. C'è comunque da sottolineare che questi sono, come detto nel primo paragrafo, i paesi da cui provengo-



no la maggioranza delle donne presenti nel nostro Paese e che un aumento di questi due gruppi di donne si è osservato nella popolazione generale femminile.

Inoltre abbastanza diverso risulta il ricorso all'IVG per età della donna. Se per le italiane i livelli maggiori si registrano nella fascia fra i 25 e i 34 anni (sebbene negli ultimi anni si stia assistendo ad uno spostamento verso le età più giovani), per le donne straniere è presente un trend fortemente decrescente passando dalle età più giovani a quelle più avanzate (tabella 10). Ciò significa che la fascia di popolazione a maggior rischio è diversa da quella italiana; infatti mentre tra le cittadine italiane l'IVG è più frequente tra le donne di età 25-34 anni, tra le straniere sono le giovani quelle che ricorrono di più all'IVG (12). Tuttavia, da un'analisi recentemente effettuata dall'Istat, si osserva un avvicinamento tra cittadine italiane e straniere nell'andamento dei tassi specifici per età (13).

**Tabella 10 - Tassi di abortività volontaria per 1.000 donne residenti in Italia, secondo la cittadinanza e le classi d'età (Anno 1998)**

Eta'	Cittadinanza		
	Italiana	Straniera *	RR Straniera/Italiana
18-24	11,5	55,0	4,78
25-29	12,0	44,0	3,66
30-34	12,2	31,4	2,57
35-39	11,1	23,6	2,13
40-44	5,3	10,0	1,89
45-49	0,5	0,7	1,40
18-49	9,1	32,5	3,57

\* Stima su donne straniere con permesso di soggiorno

Inoltre (tabella 11), confrontando le distribuzioni delle IVG per cittadinanza e per stato civile, si osserva una percentuale più elevata di nubili tra le donne provenienti da Paesi ad Economia Avanzata (59,7%), rispetto alle italiane e coloro provenienti da Paesi ad Economia in fase di Sviluppo(PES), 44,5% e 44,8% rispettivamente nel 2001. Anche la distribuzione per numero di nati vivi precedenti si differenzia per provenienza: il 54,6% delle straniere provenienti da Nazioni con economia più avanzata che hanno abortito nel 2001 non aveva nati vivi (che corrisponde approssimativamente al numero di figli), rispetto al 38,0% delle altre straniere ed al 44,9% delle italiane. Bisogna comunque ricordare che le differenze osservate nelle caratteristiche demografiche possono dipendere dalla struttura di base della popolazione generale femminile. Per un corretto confronto sarebbe necessario calcolare i tassi. Tuttavia, specie per la popolazione straniera, non si dispone sempre della distribuzione per tutte le variabili demografiche ed è quindi impossibile effettuare questi calcoli. Una notevole differenza si osserva, infine, nella ripetitività del ricorso all'IVG. Infatti, se tra le cittadine italiane che hanno abortito nel 2001, il 19,6% ha dichiarato di averlo già fatto nel passato e questa percentuale è simile a

quella delle straniere provenienti da Paesi ad economia avanzata, per le straniere provenienti da Paesi poveri la percentuale è stata molto più elevata (28,1%).

Si osservano differenze anche per residenza della donna: nella distribuzione delle IVG la straniera non residente tende ad essere più giovane, maggiormente nubile ed ad avere meno figli, rispetto alla straniera residente nel nostro Paese.

La metà delle donne straniere provenienti da PES e il 35% di quelle dei PEA che hanno ottenuto un'IVG in Italia nel 2001 si sono rivolte al consultorio per la certificazione (11), con frequenza molto maggiore rispetto alle italiane (tabella 11). Questo fenomeno è probabilmente dovuto alla bassa soglia di accesso (gratuità delle prestazioni, non necessità della prenotazione) che caratterizza i consultori familiari per tutte le problematiche della salute riproduttiva, oltre al particolare impegno di questi servizi verso le aree di degradazione sociale, nelle quali spesso si colloca il fenomeno migratorio nel nostro Paese. Se adeguatamente utilizzato questo momento di incontro potrebbe innescare legami per un ritorno al controllo e per aprire un dialogo facilitante conoscenza ed uso della contraccezione sicura.

Un dato preoccupante è invece quello relativo alla distribuzione delle IVG per epoca gestazionale (tabella 11). Infatti dall'analisi dei dati del 2001 si osserva che le donne straniere abortiscono più tardivamente delle italiane (25,0% oltre la 10° settimana di gestazione tra le provenienti da PES, rispetto al 15,0% nelle cittadine italiane). L'epoca gestazionale è una variabile importante da considerare nell'analisi del fenomeno abortivo in quanto, da un lato gli interventi effettuati a settimane di gestazione più avanzate comportano un maggior rischio di complicanze, dall'altro lo stesso rappresenta un valido indicatore della disponibilità e qualità dei servizi.

Anche per quanto riguarda l'iter e le caratteristiche dell'intervento, le straniere non residenti risultano maggiormente svantaggiate rispetto alle residenti.

**Tabella 11 – Alcune caratteristiche dell’IVG (%) per cittadinanza – Italia, 2001**

	Italiane	Straniere	
		PEA	PES
<b>STATO CIVILE</b>			
nubili	44,5	59,7	44,8
coniugate	49,1	33,9	49,8
<b>SENZA NATI VIVI PRECEDENTI</b>			
	44,9	54,6	38,0
<b>IVG PRECEDENTI</b>			
si	19,6	21,4	28,1
<b>CERTIFICAZIONE</b>			
Rilasciata dal consultorio	27,2	35,2	50,4
<b>SETTIMANA GESTAZIONALE</b>			
≤ 8	46,8	38,5	30,2
9-10	38,2	42,1	44,8
11-12	12,7	17,3	23,5
> 12	2,3	2,1	1,5

PEA: Paesi ad Economia Avanzata PES: Paesi ad Economia in fase di Sviluppo

### Conclusioni

Dai dati qui illustrati, è evidente che la presenza di donne straniere, provenienti in particolare da aree povere del mondo, rappresenta una realtà del nostro Paese. Queste donne sono in prevalenza giovani e in buone condizioni di salute. Tuttavia l’immigrata è generalmente esposta a tutta una serie di fattori di rischio per la salute, come evidenziato da numerosi studi epidemiologici che indicano nella povertà e nell’emarginazione i due principali determinanti delle malattie degli immigrati.

La complessità della “rete causale” chiama in causa la condizione giuridica e la posizione sociale (la mancanza del permesso di soggiorno si associa a uno stato di precarietà economica e di disadattamento), ma anche l’estraneità dai consueti circuiti dell’informazione (si pensi a quanto sia importante l’informazione nei programmi di educazione alla salute) e l’impossibilità di accesso ai servizi socio-sanitari.

Anche durante le varie fasi della loro vita riproduttiva le donne immigrate provenienti da Paesi ad economia in fase di sviluppo si trovano in queste condizioni. Il quadro che emerge dall'analisi dei dati delle nascite, dell'IVG e dell'aborto spontaneo conferma il dato di una popolazione con carenza di conoscenze dei percorsi sanitari e conseguente difficoltà di accesso alle strutture. Inoltre queste donne, a causa delle proprie condizioni di vita, sembrano avere maggiori difficoltà a controllare la propria fecondità e quindi si trovano costrette ad interrompere delle gravidanze non desiderate.

Gli operatori e le operatrici dei servizi sanitari regionali sempre più evidenziano l'incremento della domanda di prestazioni socio-sanitarie da parte della popolazione straniera e, in alcuni casi, la loro difficoltà a soddisfarla in maniera esauriente. A questo proposito alcuni esperti sulle tematiche dell'immigrazione (14) sottolineano 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 mediazione culturale o 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.

Per quanto riguarda questo secondo aspetto si tratta di creare, inoltre, una rete informativa in grado di connettere i vari organismi che lavorano sul territorio al fine di attuare un monitoraggio dei bisogni di salute degli immigrati e di individuare le principali aree critiche su cui implementare nuovi modelli di intervento. Particolare attenzione andrebbe rivolta all'individuazione dei bisogni di salute insoddisfatti e delle opportunità mancate e alla capacità del sistema di garantire una adeguata continuità assistenziale.

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.

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.

Un contributo importante a questo processo 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.

## Bibliografia

1. ISTAT. La presenza straniera in Italia negli anni '90. Informazioni 61. Roma: ISTAT, 1998.
2. Caritas e Migrantes. Immigrazione: Dossier statistico 2003. XIII Rapporto sull'immigrazione. Roma: Edizioni Nuova Anterem, 2003.
3. Caritas di Roma. Immigrazione: Dossier statistico 2001. XI Rapporto sull'immigrazione. Roma: Edizioni Nuova Anterem, 2001.
4. Favaro G.(1994) La faccia nascosta dell'immigrazione. In: Favaro G, Tognetti-Bordogna M. Marginalità e società. Franco Angeli, Milano; 28: 9-23.
5. Ministero della Salute. Il ricovero ospedaliero degli stranieri in Italia nell'anno 2000. <http://www.ministerosalute.it>
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. Spinelli A, Grandolfo M, Donati S, Andreozzi S, Longhi C, Bucciarelli M, Baglio G. Assistenza alla nascita tra le donne immigrate. In: Morrone A, Spinelli A, Geraci S, Toma L, Andreozzi S, Eds. Immigrati e zingari: salute e disuguaglianze. Rapporto ISTISAN 03/4, Istituto Superiore di Sanità, Roma, 2003.
10. Burgio A, Silvestri I. Caratteristiche dell'ospedalizzazione degli immigrati provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria e la salute riproduttiva delle donne straniere. In: Atti del "7° Seminario Internazionale di Geografia Medica - Salute e migrazione". Verona, 2001.
11. Relazione sull'attuazione della Legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza (Dati definitivi anno 2001, dati preliminari anno 2002). Presentata dal Ministro della Salute (Sirchia), 31 agosto 2003. <http://www.ministerosalute.it>
12. Spinelli A, Boccuzzo G. L'interruzione volontaria di gravidanza tra le straniere immigrate in Italia. In: Atti (Supplemento) del convegno "VI Consensus Conference sulle migrazioni – IV Congresso Nazionale SIMM". Palermo, 2000: 83-86.

13. Loghi M, Bugio A. L'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere. In: Salute e migrazione (a cura di De Santis G.). Atti Settimo Seminario Internazionale di Geografia Medica, Verona 13-15 Settembre 2001. Edizioni Rux, Perugia, 2002: 379-393.
14. Geraci S, Marceca M. Donne e bambini immigrati. In: Geddes M, Berlin-guer G, Eds. La salute in Italia. Rapporto 1998. Roma: Ediesse, 1998: 43-76.

## SOMMARIO

Al Professor Luigi Frighi	pag. 2
Le ragioni della Consensus	pag. 3
Lampedusa...agavi.....migranti... ed il ligure gagliardo <i>Mario Affronti</i>	pag. 4
Esclusione, fragilità sociale e reciprocità: un percorso da compiere <i>Salvatore Geraci</i>	pag. 6
Proposta per l'istituzione di gruppi intraospedalieri di riferimento per la piena applicazione della normativa vigente in tema di Sanità ed Immigrazione <i>Daniela Panizzut, Pierfranco Olivani</i>	pag. 10
Indagine sulla popolazione extracomunitaria irregolare visitata presso l'Ambulatorio Naga - Milano nel periodo gennaio-marzo 2002 e raffronto con indagini precedenti: dati socio-demografici e sanitari. <i>Pierfranco Olivani</i>	pag. 12
Lo status giuridico del paziente extracomunitario alla luce delle normative vigenti. riflessioni e proposte <i>Paolo Cernuschi, Anna Maria Stola, Silvia Bondini</i>	pag. 31
La nuova disciplina sulla privacy del paziente <i>Anna Maria Stola, Paolo Cernuschi, Silvia Bondini</i>	pag. 39
Immigrazione e abitudini alimentari <i>Rosanna Marchetti</i>	pag. 51
Lavoratori immigrati e rischio infortunistico: ricerca dell'Istituto Italiano di Medicina Sociale <i>Amedeo Spagnolo</i>	pag. 77
Famiglie miste e nuove generazioni: una sfida per l'integrazione? <i>Rosanna Adragna</i>	pag. 89

Richiedenti asilo e rifugiati: accessibilità e fruibilità alla medicina di base a Roma <i>Pietro Benedetti</i>	pag. 95
Infermieristica, società multietnica, alterità e bisogni della persona: il percorso (in)formativo del corso di laurea in infermieristica di Reggio Emilia <i>G. Artioli, I. Chiesi, C. Gradellini</i>	pag. 102
Immigrati e infezione da HIV/AIDS in italia <i>Mario Figliomeni, Nicola Schinaia, Luca Avellis, Ilaria Itro, Gianni Rezza</i>	pag. 108
Analisi preliminare dello studio di salute dei senza fissa dimora a Roma. <i>Nicola Schinaia, Mario Figliomeni, Aldo Morrone, Luigi Toma, Ottavio Latini</i>	pag. 114
L'uso di sostanze stupefacenti nella popolazione immigrata <i>Mario Figliomeni, Nicola Schinaia, Ilaria Itro, Gianni Rezza</i>	pag. 122
La problematica relazione tra povertà e salute mentale <i>Luigi Frighi</i>	pag. 125
“Psichiatria transculturale: psicodinamica e clinica della relazione con il diverso” <i>Pierluigi Giordano, Maurizio Guarneri, Rosa Lo Baido, Laura Nastri, Concettina Taglieri</i>	pag. 126
“La perturbante immagine del diverso” <i>Concettina Taglieri, Silvana Cacace, Salvatore Malizia, Pierluigi Giordano</i>	pag. 127
Il razzismo <i>Pierluigi Giordano</i>	pag. 135
Cultura, salute, immigrazione: le malattie sessualmente trasmesse in Europa <i>Roberto Guarneri</i>	pag. 145



- Diversità culturali e sanitarie fra aree di accoglienza ed aree di provenienza dell'immigrato: considerazioni relative allo studio della scabbia e della pediculosi nell'attuale contesto socio-culturale ed economico. pag. 157  
*Roberto Guarneri*
- Lo scenario geografico attuale della leishmaniosi cutanea mediterranea, alla luce dei nuovi flussi migratori pag. 165  
*Roberto Guarneri*
- Migrazioni e malattie: attualità emergenti pag. 172  
*Roberto Guarneri \**
- Situazione attuale delle popolazioni mobili in Sicilia pag. 183  
*Roberto Guarneri*
- Analisi socio-culturale e sanitaria della situazione italiana del bambino immigrato, con particolare riguardo a segmenti di età infantile e scolare pag. 201  
*Roberto Guarneri \**
- Etnopsichiatria: l'esperienza milanese di Terrenuove pag. 210  
*Marco Mazzetti*
- Proposta per sessione su "Integrazione sociale e sanitaria: una politica tanti modelli?" politiche per l'integrazione e diritti sociali: nuove forme di cittadinanza? pag. 212  
*Roberta Di Rosa*
- Integrazione tra i servizi territoriali e ospedalieri per le donne migranti a Reggio Emilia pag. 223  
*A. Foracchia, A. Venturini*
- L'esperienza formativa del National Focal Point Italiano in ambito transculturale pag. 228  
*Anna Maria Luzi, Anna Colucci*
- Bambini di recente immigrazione : ricerca – intervento su HBsAg e HBsAb pag. 232  
*R. Fornaciari, T. Fontanesi*

- L'incontro e l'integrazione tra culture della salute  
nella u.o. consultori dell'Azienda USL  
di Bologna: donne cinesi e italiane  
*Grazia Lesi* pag. 234
- L'interruzione volontaria di gravidanza  
delle donne straniere  
nella Provincia di Reggio Emilia  
*Mara Manghi* pag. 246
- Multietnicità e servizi:  
l'esperienza di un quartiere di Palermo  
*Maria Del Gaudio* pag. 251
- Progetto pilota:  
l'informazione e la sensibilizzazione mezzo  
per la prevenzione diagnosi e cura delle malattie  
della mammella nell'ambito della sperimentazione  
interregionale (Pa-Bo) per combattere le disuguaglianze  
nell'accesso alle strutture sanitarie degli indigenti italiani e stranieri.  
*C. Amato, S. Vieni, E. Cacace* pag. 264
- I ricoveri di italiani e stranieri  
nella Regione Veneto. anno 2001  
*M. Pacchin* pag. 271
- Monitoraggio dell'interruzione volontaria  
di gravidanza nell'ULSS 6 Vicenza nel periodo 1995-2001.  
Analisi delle caratteristiche socio-demografiche,  
della storia riproduttiva e delle modalità di intervento  
di 1.107 donne residenti italiane e straniere  
*M. Pacchin* pag. 280
- Dinamiche demografiche  
nella Provincia di Vicenza  
previsioni al 2023 in relazione ai flussi migratori.  
*M. Pacchin* pag. 288
- Esperienze di un centro di pronta accoglienza  
per minori non accompagnati senza fissa dimora  
sull'impatto con la nuova legge sull'immigrazione.  
prospettive per la loro finale integrazione.  
*E. Pelargonio, I. Faggioni, I. Kosturi, M.A. Moretti, G. Cassinari* pag. 294

- Importanza del sostegno psicologico nell'immigrato multi-etnico: come iniziare? pag. 303  
*E.Pelargonio, M.Sgaramella, A. Meftahi, M.S.Ricci*
- Ipotesi di mediazione interculturale quale possibile strategia di regolazione del fenomeno delle mutilazioni genitali femminili pag. 310  
*Filomena Petrazzuolo*
- Accesso ai servizi per pazienti extracomunitari: software dedicato per la gestione delle informazioni e la progettazione degli interventi pag. 328  
*M. Raspagliesi, A. Agodi, F. Milana, M. Barchitta, A. Casciaro, T. Consoli, S. Cosentino, L. Mariani, F. Mazzeo Rinaldi, P. Di Gregorio, C. Pennisi.*
- Il linguaggio della comunicazione nella valutazione psicologica dell'ospite straniero. pag. 336  
*M.S. Ricci, M. D'Angelo, D. Sibilìa, E. Pelargonio*
- Indagine preliminare campione sugli emergenti problemi dell'anziano immigrato pag. 349  
*M.S. Ricci, E. Pelargonio, A. Meftah , M.Sgaramell, S.Pelargonio*
- Studio epidemiologico multicentrico SIMIT sulla prevalenza di malattie infettive in pazienti immigrati ospedalizzati nel 2002. pag. 357  
*G. Scotto, A. Aracino, R. Pempiniello, I. El Hamad, S. Geraci, E. Palumbo, D.C. Cibelli, P.E. Conte, G. Angarano*
- Assistenza sanitaria e protezione sociale: intervento integrato per prostitute clandestine pag. 359  
*Camillo Smacchia*
- Ricerca sul disagio psico-sociale negli immigrati afferenti ad un centro di salute internazionale dell'ASL di Brescia: osservazioni preliminari pag. 362  
*S. Antonelli, M.C. Pezzoli, C. Scarcella, A.M.Indelicato, M. Mazzetti, D. Cecchi, W. Ielasi, I. El-Hamad*
- Esperienza di mediazione interculturale ed orientamento socio-sanitario al centro di salute internazionale e medicina transculturale dell'ASL di Brescia pag. 370  
*G. Ilaria, M.C. Pezzoli, I. El-Hamad, A.M. Indelicato, F. Kalim Siddiqui, E. Nchuinang Ngassa, C. Scolari, C. Scarcella*

- Assistenza socio-sanitaria agli immigrati a Brescia:  
il centro di salute internazionale e medicina transculturale  
dell'ASL di Brescia pag. 375  
*C. Scarcella, A.M. Indelicato, F. Lonati, D. Cecchi, G. Valenti,  
C. Scolari, F. Roda, G. Boschi, M.C. Pezzoli, I. El-Hamad*
- Osservatorio epidemiologico sul fenomeno migratorio  
in Provincia di Brescia: caratteristiche socio-sanitarie  
degli immigrati afferenti al centro di salute internazionale  
e di medicina transculturale dell'ASL di Brescia pag. 384  
*M.C. Pezzoli, I. El-Hamad, A.M. Indelicato, G. Valenti, C. Scolari,  
F. Lonati, D. Cecchi, G. Boschi, F. Roda, M. Gandossi, C. Scarcella*
- Indagine sierologica sul grado di esposizione ad infezioni  
diffusibili in una popolazione di immigrati afferenti  
ad un centro di salute pubblico di primo livello a Brescia:  
risultati preliminari pag. 395  
*C. Scolari, M.C. Pezzoli, C. Scarcella, A.M. Indelicato,  
F. Speziani, F. Lonati, M. Gandossi, E. Grassi,  
M. Zangani, I. El-Hamad.*
- Valutazione del quantiferon-gold test nell'identificazione  
dell'infezione tubercolare latente in una popolazione  
di immigrati e nei contatti di caso di tubercolosi  
della Provincia di Brescia pag. 398  
*A.C. Carvalho , M.C. Pezzoli, C. Scarcella, A.M. Indelicato,  
P. Arce , I. El Hamad, S. Bigoni, A. Matteelli,  
C. Scolari, G.Carosi*
- Il centro di salute e ascolto per le donne immigrate  
e i loro bambini: dall'analisi dei dati di accesso  
alle maternità milanesi delle donne immigrate  
alla sperimentazione di un nuovo modello assistenziale. pag. 401  
*G. Sacchetti, C. Gregori, L. Sacchi*
- La attività di diagnosi precoce della patologia  
neoplastica mammaria per le donne immigrate:  
l'esperienza di Bologna. pag. 411  
*Gianni Saguatti*
- L'intercultura:  
una strada per superare i limiti della globalizzazione pag. 414

*Mario Grasso*

- “Migrantes” per mare: decessi tra gli immigrati clandestini nella sicilia occidentale. esperienze e casistica del Settore Medico-Legale di Palermo  
*Milone L., Castana M., Rubino M., Procaccianti P.* pag. 422
- Immigrazione clandestina nella Sicilia Occidentale. Esperienze medico-legali su un naufragio collettivo  
*Milone L., Rubino M., Argo A., Procaccianti P.* pag. 428
- Attività del DH per Immigrati dell’Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Palermo  
*L. Sutura, M.G. Andollina, D. Briguglia, M. Lupo, C. Pecoraro, G. Cassarà, F. Russo, GB Rini, M.Affronti,* pag. 434
- La malattia tra soma e psiche: caso clinico  
*M.G. Andollina, L. Sutura, D. Briguglia, M. Lupo, C. Pecoraro, G. Cassarà, M. Affronti* pag. 440
- Percorso di assistenza ostetrico-ginecologica in donne immigrate (I)  
*R. Vassallo, A. M. Ministeri, L. Giarraputo, S. Biondo Dagnino, P. Ficano* pag. 442
- Percorso di assistenza ostetrico ginecologica in donne immigrate (II)  
*A.M. Ministeri, R.Vassallo, L. Campisi, G. Patti, P. Ficano* pag. 446
- L’esperienza dei centri o spazi per la salute delle donne immigrate e dei loro bambini in Emilia/Romagna  
*Maria Giovanna Caccialupi* pag. 451
- Sperimentazione di un sistema informativo relativo all’assistenza sanitaria di primo livello agli immigrati irregolari  
*Emanuela Forcella, Laura Cacciani, Angela Spineli, Salvatore Geraci, Mario Affronti, Marco Tosi, Isabella Lante, Patrizia Carletti, Valentino Mantini, Gabriella, Guasticchi, Giovanni Baglio* pag. 464

Immigrazione e salute: politiche locali e diritto sovranazionale* <i>Salvatore Geraci, Barbara Martinelli, Pierfranco Olivani</i>	pag. 466
Epidemiologia, malattie, informazione e pregiudizi. <i>F. Russo</i>	Pag. 479
La malattia terminale e gli immigrati <i>F. Russo, S. Salamone, V. Prestianni</i>	pag. 489
Costi e benefici dell'assistenza sanitaria agli immigrati: prime ipotesi e considerazioni <i>Salvatore Geraci, Andrea De Gaetano</i>	pag. 492
Epatopatie e immigrati: modelli diagnostici a basso costo ed alta efficacia <i>Morrone A., Nosotti L., Toma L., Franco G., Giorgi I.</i>	pag. 501
Healthy skin for all. one of the most important public health priorities <i>Morrone A., Toma L., Nosotti L., Franco g., Latini O., Fornari U., Scardella P., Tumiate M.C.</i>	pag. 507
La donna immigrata <i>Angela Spinelli ,Giovanni Baglio, Gabriella Guasticchi</i>	pag. 519

