

**X CONSENSUS CONFERENCE
SULL'IMMIGRAZIONE
e
VIII CONGRESSO NAZIONALE DELLA
SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA DELLE MIGRAZIONI**

“Guadi e ponti per una sanità transculturale...”

5, 6 e 7 FEBBRAIO 2009
TRAPANI

ATTI

A cura di:

Mario Affronti e Salvatore Geraci



Si ringrazia il Consorzio Interpreti, Traduttori Consorziati (ITC) per aver permesso la pubblicazione degli Atti della X Consensus Conference sull'immigrazione e VIII Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni.

Interpreti e Traduttori Consorziati

<http://cms.consortioitc.eu/>

L'ITC è un consorzio di interpreti e traduttori e conta 22 soci fondatori, in maggioranza liberi professionisti che – prima di costituire il consorzio (marzo 2005) – avevano collaborato, individualmente, con la Commissione centrale per il riconoscimento dello Status di Rifugiato dall'anno della sua istituzione in Italia (1991).

Attraverso un'accurata selezione dei curricula e il monitoraggio della qualità del servizio erogato l'ITC si è dotato, capillarmente su tutto il territorio nazionale, di un'équipe di professionisti italiani e stranieri (più di 800) esperti delle lingue e delle culture dei paesi d'origine degli immigrati e dei richiedenti asilo e altamente qualificati dal punto di vista della deontologia professionale.

Gli interpreti e traduttori dell'ITC possiedono anche un'ottima conoscenza degli aspetti socio-culturali dei paesi di provenienza, fondamentale per la professione dell'interprete/mediatore linguistico.

Il servizio specifico offerto dall'ITC è perciò quello delle traduzioni e dell'interpretariato in una grande quantità (più di 100) di lingue e dialetti rari.

Il 23° socio dell'ITC è la Cooperativa "Il Ponte", che dal 1° luglio 2008 fornisce il servizio di mediazione linguistica e culturale presso i dieci Centri di Accoglienza Richiedenti Asilo istituiti in Italia nell'ambito del Programma Integra (Lampedusa, Agrigento, Cassibile, Caltanissetta, Salina Grande, Trapani, Brindisi, Bari, Foggia e Crotone).

Servizi erogati

2008 – IOM (International Organization for Migration), traduzioni da e verso le lingue richieste.

2008 – Pontificia Università Lateranense e Università di Tor Vergata, servizio di traduzione simultanea nelle lingue Inglese, Francese, Spagnolo e Portoghese (VI Simposio europeo di Filosofia – 17 interpreti)

2008 – Ministero dell'Interno - Inserimento dati domande d'asilo in database

2008 – Dal giugno 2008 l'ITC fornisce il servizio di interpretariato e traduzione, in aggiunta alle altre, presso le Commissioni per il Riconoscimento della protezione umanitaria di Bari, Torino e Caserta (istituite con il Decreto legislativo n. 25 del 28 gennaio 2008).

2008 – Proroga del contratto con il Ministero dell'Interno.

2006-08 – Rinnovo incarico per la Gestione del servizio di interpretariato presso le Commissioni per il Diritto d'Asilo da parte del Dipartimento per le Libertà civili e l'Immigrazione del Ministero dell'Interno.

2005-2008 – Tra gli enti e le istituzioni cui l'ITC fornisce il servizio di interpretariato in simultanea sono la FAO, la Pontificia Università Lateranense, l'Università di Tor Vergata, il Comitato organizzativo di Roma09 (Mondiali di Nuoto 2009), la Federazione italiana Nuoto, il Ministero degli Esteri, la RAI, il Consiglio Italiano per i Rifugiati, società private.

2005 – Nel 2005, con la nuova legge sull'istituzione delle Commissioni territoriali, l'ITC vince la

gara d'appalto del Ministero dell'Interno, Dipartimento per le Libertà civili e l'Immigrazione, per il settore traduzioni e interpretariato, svolgendo la sua attività presso le Commissioni territoriali di Roma, Milano, Gorizia, Foggia, Crotone, Trapani e Siracusa, nonché presso la Commissione nazionale per il Diritto d'Asilo e in collaborazione con l'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati (ACNUR).

Formazione

2008-2009 – Docenza presso la scuola di Alta Formazione della Caritas, Master in Mediazione transculturale.

2008 – Corso di Aggiornamento professionale per Interpreti e Traduttori/Mediatori della Commissione nazionale e delle Commissioni territoriali per il Diritto d'Asilo, Aule didattiche della Caritas (27-29 marzo), con il patrocinio del Dip. Per le Libertà civili e l'Immigrazione del Ministero dell'Interno e della Regione Lazio.

2008 – Corso di Informatizzazione per la Gestione Interpreti e Attività programma WESOFT per i dipendenti.

2008 – Corso sull'implementazione del Sistema Gestione Qualità ISO 9001 2000 e ISO 9000 2005.

2005-2008 – Collaborazione con l'ACNUR (corsi di aggiornamento professionale svolti presso le Commissioni territoriali di Trapani, Foggia, Siracusa, Crotone, Milano e Roma) per la realizzazione di corsi di formazione e aggiornamento in materia di asilo politico e ruolo e deontologia professionale dell'interprete e del traduttore/mediatore.

2005-2008 – Collaborazione con la Caritas diocesana di Roma nell'organizzazione e la docenza in corsi di lingua inglese.

Altre attività

L'ITC partecipa a convegni e seminari e fiere sui contenuti di sua competenza. Tra gli altri: Legal migration and social cohesion – Rimini, giugno 08, Career Day Napoli&Caserta – Napoli, novembre 08.

La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), è stata istituita all'inizio del 1990 sotto la spinta di gruppi ed organizzazioni che in varie parti d'Italia si occupavano di garantire il diritto all'assistenza sanitaria ad immigrati comunque presenti sul territorio nazionale. Allora il diritto alla salute era di fatto negato o nascosto per la maggioranza degli stranieri presenti.

Oggi la SIMM è una "rete nazionale" di scambio di esperienze, dati, evidenze scientifiche e considerazioni di politica sanitaria anche locale. Per questo è stata favorita la nascita di gruppi territoriali (Gruppi Immigrazione e Salute - GrIS), in massima autonomia, ma nella condivisione degli obiettivi statutari della Società:

- promuovere, collegare e coordinare le attività sanitarie in favore degli immigrati in Italia;
- favorire attività volte ad incrementare studi e ricerche nel campo della medicina delle migrazioni;
- costituire un forum per lo scambio, a livello nazionale ed internazionale, di informazioni e di metodologie di approccio al paziente immigrato;
- patrocinare attività formative nel campo della tutela della salute degli immigrati.

A ciò si è aggiunto l'impegno prima per l'emersione al diritto all'assistenza sanitaria e quindi per una reale accessibilità e fruibilità delle prestazioni, per percorsi assistenziali equi, efficaci e sensibili culturalmente e più in generale per una reale e consapevole promozione della salute senza esclusioni.

per informazioni: www.simmweb.it



I presidenti della SIMM:
1990-1993: Enrico Nunzi (Genova)
1994-1996: Serafino Mansueto (Palermo)
1996-2000: Luigi Frighi (Roma)
2000-2008 (due mandati): Salvatore Geraci (Roma)

Le ragioni della Consensus

“Processi di promozione della salute nelle comunità multietniche: costruire ponti e/o cercare guadi”. Così inizia la lettura magistrale che caratterizza e dà il titolo alla X Consensus Conference sull’Immigrazione. E così abbiamo deciso per diversi motivi. Innanzitutto la recente scomparsa del caro Prof. Serafino Mansueto, maestro e riferimento certo, appassionato cultore di scienza e umanità, ideatore ed instancabile promotore della Consensus, tra i fondatori della medicina delle migrazioni in Italia targata SIMM.

Con operosità buona e speranzosa, ci ha accompagnati in questi anni difficili verso traguardi di medicina pubblica all’inizio impensabili ed insperati. Il Prof si è spento il 2 settembre 2008, appena 4 mesi fa, proprio (e veniamo al 2° motivo che giustifica il sottotitolo “per riaffermare il diritto oggi minacciato”) in un fase particolarmente delicata della storia delle medicina delle migrazioni in Italia, quando con un colpo di spugna si volevano cancellare venti anni di cammino che con fatica avevano portato la nostra Terra all’avanguardia nel riconoscimento dei diritti delle persone al di là del colore della loro pelle, della loro cultura, stato sociale o cittadinanza.

E’una brutta storia tuttora in corso di cui non conosciamo l’esito. Ma il nostro impegno sicuramente non mancherà anche alla luce della bella eredità di persone che come il Prof, nella e per la SIMM, hanno dedicato la parte migliore della propria vita professionale ed umana: ricordiamo in questo momento anche il compianto Prof. Luigi Frighi, con Mansueto fondatore della SIMM, conoscitore fine dei temi della salute dei migranti e guida sicura della nostra Società per alcuni anni.

Oggi la medicina delle migrazioni vive un altro momento di passaggio. Dal punto di vista sanitario il profilo di salute si caratterizza da condizioni di sofferenza dovuta a fragilità sociale, accoglienza inadeguata e accessibilità non diffusa. Se apprezzabili miglioramenti nelle politiche sanitarie e nell’impegno contro le disuguaglianze nella salute sono evidenti negli ultimi anni, ancora c’è molto da fare, anche alla luce purtroppo del nuovo contesto socio-politico. La Consensus di quest’anno vuole fare il punto sul cammino realizzato ma anche tracciare le strategie per gli scenari futuri.

Questi i temi: i sistemi di cura altri, l’infermieristica, gli ambulatori STP ed il problema dell’accreditamento, il bambino straniero, alcune aree critiche come le epatiti e le modificazioni genitali femminili, le esperienze internazionali ed un tema emergente quale quello delle vittime di violenza intenzionale, dei torturati, dei rifugiati e dei rom e tanti altri che saranno oggetto delle tre sessioni di comunicazioni in plenaria.

Ma quale strategia per gli scenari futuri? In particolare come continuare a promuovere la salute in ambito multiculturale? Le due letture di Luisa Lenguini e di Gioacchino Lavanco rispettivamente ci daranno le coordinate di fondo, le idee fondanti, la strategia appunto. Costruendo ponti o cercando guadi?

Abbiamo scelto di parlare di medicina narrativa per “proporre un modo “nuovo” di interpretare la medicina in rapporto con l’alterità culturale e coerentemente con quanto abbiamo “scoperto” in questi anni nell’ambito della medicina transculturale.... In una sanità sempre

più centrata su complesse tecnologie ed organizzazioni, ritagliarsi del tempo per ragionare o semplicemente testimoniare un approccio dove la tecnologia è la relazione, l'organizzazione è l'accoglienza e l'ascolto, ci sembra un percorso da compiere, un guado da attraversare insieme” (Salvatore Geraci nell'introduzione alla Medicina narrativa nella SIMM).

E con l'immagine del guado vogliamo puntare anche ad una medicina ed infermieristica che si mettano in gioco, sempre, senza confini ... *“le società multietniche stimolano spesso la metafora del ponte, come positiva volontà di creare dei collegamenti. Spesso non ci si accorge che il ponte sottolinea, invece, anche una separazione, una differenza che non ammette soluzioni di continuità. Costruire ponti significa marcare la differenza.*

Al contrario il guado è la metafora di un territorio, spesso non semplice e non privo di rischio, in cui contesti e culture differenti si incontrano. Il guado è il luogo mentale in cui cercare un legame e non una separazione, lo spazio in cui non si individua un confine piuttosto l'impossibilità stessa di indicare il confine. E'un rapporto diverso con il limite, divenuto risorsa” (Gioacchino Lavanco).

In questi anni la SIMM si è sempre occupata della medicina e dell'infermieristica in un'ottica interculturale, si è occupata della salute intesa in senso globale dove diritto, dignità, ricerca, assistenza e cura si coniugano insieme nella partecipata attenzione ad ogni persona, a qualsiasi cultura e storia appartenga. La strada attraverso il guado è già tracciata.

Tale affermazione sembra importante in relazione ad un altro passaggio, ad un'altra crisi, che ci riguarda più da vicino: l'elezione del nuovo Presidente. Come è nello stile, ne abbiamo parlato poco. Ma inutile nascondere. Si tratta di un momento delicato. L'eredità è pesante Perché sono stati proprio questi due ultimi mandati a dare l'impronta definitiva alla nostra SIMM, vera rete di persone, competenze ed umanità, che hanno cercato di lavorare non costruendo ponti ma camminando come in un guado. Un grazie al Presidente di questi anni ed ai consiglieri che con lui hanno collaborato, in un percorso affrontato in modo umile ma efficace. Il metodo del guado è ormai definitivamente delineato per il nuovo Presidente e per il nuovo Consiglio.

Mario Affronti

La valigetta del dottore: non solo curare, ma prendersi cura

Mario Affronti

Introduzione

*Alcuni entrano nella nostra vita e silenziosamente ne escono;
altri restano per poco ma lasciano un'impronta nel nostro cuore
e noi non siamo più gli stessi*
Carol Smith

*2 settembre 2008. Oggi, in tarda mattinata, è morto il **Professor Serafino Mansueto**, fondatore nel 1990 della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, attento osservatore del fenomeno migratorio legato ai temi sanitari, appassionato conoscitore della salute degli immigrati, di profonda cultura ed acuto clinico, instancabile animatore delle Consensus Conference siciliane ma soprattutto **Maestro di medicina e di umanità**.*

Penso di interpretare il desiderio dei soci che lo hanno conosciuto personalmente o che hanno letto i suoi interventi ed articoli, per esprimere alla famiglia, agli amici ed ai suoi collaboratori le più sentite condoglianze. Salvatore Geraci

Siamo affranti per la notizia della scomparsa del Prof. Mansueto. Per noi era un Padre, un Maestro, un Amico. A noi ha insegnato a non arrendersi mai. A noi ha insegnato a lottare per le cose in cui si crede. A noi ha insegnato come si fa lezione. A generazione dei nostri studenti ha regalato la Sua cultura. Se la SIMM è oggi una realtà viva lo deve in larga misura a Lui, alle sue intuizioni ed alla tenacia con cui ha proposto periodicamente le Consensus Conference. Franceso Castelli

Il suo contributo umano e professionale ha rappresentato motivo di incoraggiamento e fonte di iniziative positive per le persone. Vorrei ricordare un proverbio africano a me caro: "Noi siamo attraverso agli altri". Grazie Professore. Patrizia Sironi.

Vi ringrazio molto per la mail che avete inviato in relazione al grave lutto che ha colpito Palermo e tutti i cittadini stranieri che vivono in questa città che, proprio grazie alle idee, al lavoro e alla disponibilità scientifica ed umana del Prof. Mansueto, hanno potuto trovare un clima meno freddo e più accogliente ed un'assistenza sanitaria condizionata dallo straordinario esempio che il Prof. Mansueto ha saputo offrire e coltivare nel tempo... Tullio Prestileo.

Ho accolto la notizia con frastornato stupore. Mi unisco al cordoglio con tutti coloro per i quali il Prof. Mansueto ha rappresentato un faro illuminato; la mia stima nei suoi confronti era, accompagnata da un istintivo affetto, per i suoi modi sempre accoglienti e rispettosi e il suo sorriso spontaneo, gioioso e rassicurante. Licia Scantamburlo.

Da vent'anni ci siamo frequentati con affetto e calore, prima ancora che con comune passione scientifica. Come membro della SIMM perdo un padre fondatore, a cui dobbiamo gran parte dei difficili sviluppi iniziali della nostra società. È stato lui con grande impegno a procurare i fondi e a sostenere gli impegni organizzativi delle nostre prime eroiche consensus conferences, e a non fare mai mancare il suo appoggio e il suo sostegno affettuoso. Come semplice amico

perdo i suoi abbracci, i suoi sorrisi accoglienti, l'affetto caldo, l'allegria e il raffinato senso dell'umorismo, le molte serate passate a condividere passioni, interessi culturali e risate. Nel mio cuore c'è un posto tutto suo, che abiterà per sempre. Marco Mazzetti.

Ripenso al modo in cui il professore mi aveva incitato ad andare avanti sulla strada dell'antropologia medica e a come sapeva, da grande maestro, ascoltare tutti, continuando ad esercitare senza sosta la sua curiosità di medico e d'umanista. Ha fatto del bene a tanti e ci ha insegnato a crescere, professionalmente e umanamente. Nicoletta Diasio.

Ho conosciuto il Prof. Mansueto subito dopo la nascita della SIMM, in una Consensus svoltasi a Baida (Palermo). Ne ho sempre apprezzato l'umanità, la cordialità, la disponibilità, spesso ben lontani dai proff. del suo rango. Memore delle numerose iniziative a cui ha voluto che partecipassi, fidando sulle mie povere competenze di studioso dei fenomeni migratori sin dal 1994, ne ricordo gli interventi presso l'ambulatorio di Santa Chiara, nonché le intense attività svolte all'Accademia di Studi Mediterranei di Agrigento. Indefesso lavoratore e grande uomo! Mario G. Giacomarra

Queste frasi immediate e perciò spontanee giunte sul nostro sito all'indomani della morte del Prof. Mansueto, dicono tutto di Lui.

Mansueto era uno di quelli che quando "entra nella nostra vita anche per poco, lascia un'impronta nel cuore e noi non siamo più gli stessi".

Anch'io ne sono testimone.

Le motivazioni

*Lo straniero separato dai suoi concittadini
e dalla sua famiglia
dovrebbe ricevere un amore maggiore
Platone*

La frase di Platone, ricordata da Marco Mazzetti nel Master-Day dedicato al prof. Serafino Mansueto a Roma lo scorso 20 gennaio, in occasione del IV Master in Medicina dell'Emarginazioni, Migrazioni e Povertà (MEMP), esprime bene le motivazioni di fondo che hanno ispirato l'azione del prof sin dall'inizio. In lui c'era la consapevolezza che questo atteggiamento, lungi da melliflui sentimentalismi o buonismi rappresentasse una vera e propria terapia, atto medico per eccellenza senza il quale l'atto stesso resta inefficace.

"Quando in una calda giornata di fine estate del 1987 a Palermo Anna Maggio, neo laureata in medicina, con il suo mal d'Africa e Serafino Mansueto, ordinario di medicina interna, con la sua passione verso i mali dell'Africa, parlarono dell'opportunità umana e sociale di dare assistenza agli immigrati presenti a Palermo, allora poche anime in confronto ad oggi, nessuno dei due poteva certo immaginare quello che sarebbe successo in seguito.

Con la concretezza che lo caratterizza, il prof in quattro e quattrotto creò il Poliambulatorio per Cittadini Extracomunitari S. Chiara di Palermo presso l'omonima casa dei Padri Salesiani dell'Albergheria, rettore Don Baldassare Meli - nel cuore del centro storico della città dove numerosi abitavano già allora gli immigrati - in locali, ristrutturati allo scopo, dall'amministrazione comunale del sindaco Leoluca Orlando. Da allora, dopo Anna, diverse generazioni di medici più o meno giovani, più di cento, si sono alternati in questi locali col solo scopo di riconoscere il diritto fondamentale dell'uomo, quello della salute" (Quaderni di Santa Chiara, 1/2004, v.u.).

La filosofia che sottende la nascita del Poliambulatorio S. Chiara si basa infatti sull'assunto che lo straniero va aiutato e supportato con le dovute cure per affievolire e far regredire eventuali stati di malattia. Questa attenzione non è esclusiva agli immigrati ma attraverso il controllo del loro stato di salute si controlla anche l'intero stato di benessere della popolazione in generale. Nel senso che le componenti immigrate – a prescindere dalla loro condizione giuridico-legale – rappresentano un micro-universo epidemiologico da osservare e tenere in dovuta considerazione quanto l'intero universo - formato complessivamente dalla popolazione autoctona - che lo comprende e lo ingloba.

Non si punta, insomma, alla separatezza ma alla congiunzione delle componenti della popolazione straniera e non, anche perché dal punto di vista medico non c'è e non può esistere nessuna differenza di trattamento. Quando ciò accade, come purtroppo accade, ci troviamo davanti ad una scorretta impostazione epidemiologica, poiché le malattie si diffondono senza badare alla nazionalità di appartenenza del potenziale ammalato. Congiungere e mettere in connessione, dunque, spezzoni differenti di popolazione e trattarli epidemiologicamente in maniera paritetica è il compito primo che deve assumere qualsiasi medico.

Queste convinzioni sono quelle che una volta maturate all'interno del gruppo di medici ed infermieri del S. Chiara, hanno fatto scattare la molla interiore della solidarietà e della necessità di passare all'azione concreta mediante l'attivazione di interventi socio-sanitari con particolare riguardo alle fasce deboli riscontrabili tra la popolazione immigrata e alle fasce non occupate in attività lavorative, nella consapevolezza che i problemi di carattere sanitario molto spesso rappresentano una conseguenza della condizione di precarietà o di vulnerabilità delle condizioni di vita e di lavoro che caratterizza i gruppi immigrati più sfortunati e marginali, cioè quelli che non riescono a sviluppare il progetto migratorio alla base della loro partenza e piano piano regrediscono nei circuiti di povertà. (F. Carchedi, 2004).

*Tu lascerai ogni cosa diletta
più caramente; e questo è quello strale
che l'arco dell'essilio pria saetta*
Par. XVII, 55-

*Tu proverai sì come sa di sale
lo pane altrui, e come è duro calle
lo scendere e 'l salir per l'altrui scale*
Par. XVII, 58-

Altra forte motivazione che in Lui non aveva soltanto radici umanistico-letterarie era rappresentata dalla lacerazione dello sradicamento: con particolare struggimento ricordava quando piccolino, la sua mano in quella del papà, lì sul molo del porto di Palermo assisteva alla "spartenza" (così amava dire) di migliaia di nostri connazionali, intere famiglie che lasciavano quelle radici che sono di abitudini, di frequentazioni, di persone, di luoghi cui si aggiungeva l'umiliazione del chiedere, la vergogna dell'accettare, in cerca di un futuro migliore. (S. Mansueto, Passio exilii, III Consensus Conference sull'Immigrazione e I Congresso Nazionale della SIMM, Cinisi Mare, Palermo, 29 maggio – 1 giugno 1994).

La migrazione è sempre una sconfitta, diceva spesso, soprattutto Perché depauperava i paesi che la subiscono dei suoi figli migliori e più intraprendenti. Ma per noi, per naturale contrappeso, dovrebbe essere fonte di opportunità e ricchezza. Da ciò derivava la sua profonda delusione quando le Leggi ostacolavano la migrazione anziché agevolarla, come è spesso successo negli ultimi tempi.

*Come Salgari scrisse dell'esotico senza averlo mai visto,
così i più bei nomi della medicina accademica italiana,
senza aver conosciuto la medicina dei migranti
senza aver forse mai visitato un immigrato
hanno scritto nei termini di un meraviglioso arrivo di patologie misteriose
che moltitudini di Sandokan e di Tremal-naik
importerebbero nei nostri paesi, trasmettendole forse ai semafori,
insieme ai fazzoletti e al lavaggio del parabrezza.*
S. Geraci e R. Colasanti

Altro importante aspetto che caratterizza la filosofia di intervento del prof è quello orientato a destrutturare luoghi comuni e stereotipi negativi che circolano erroneamente sulle componenti straniere ed immigrate insediate nell'area palermitana. Ad esempio, va ricordato che all'epoca dell'avvio delle attività socio-sanitarie (e in qualche misura anche adesso), era molto diffusa la convinzione che gli immigrati terzomondiali fossero diffusamente portatori di malattie che nel nostro paese erano già state debellate o comunque controllate dal punto di vista epidemiologico. Questa convinzione nel corso del decennio successivo è stata ampiamente ridimensionata ed addirittura – per alcune specifiche malattie - completamente smentita dalle diagnosi effettuate non solo dal Poliambulatorio S. Chiara ma anche da altre strutture pubbliche e del privato sociale operanti in altre parti del territorio nazionale. Per dirla con le parole di Riccardo Colasanti e Salvatore Geraci, nel campo degli aspetti sanitari delle migrazioni, eravamo in piena “fase esotica” (“sindrome di Salgari”), in una fase cioè in cui le aspettative erano quelle del reperimento di malattie esotiche ormai scomparse nelle nostre latitudini ed il migrante era visto come l'untore di manzoniana memoria.

L'azione: La SIMM e le Consensus

*D. Lgs.286/98 - Testo Unico - e
Regolamento d'attuazione - Dpr 31 Agosto 1999, n. 394.*

*Riconoscimento dei diritti:
rispetto della dignità
L. Di Liegro*

Agli inizi degli anni '80, una vasta rete di organismi di volontariato si è attivata in tutta Italia per rispondere sul piano della solidarietà a ciò che per diritto era negato. Allora, infatti, si sapeva ben poco di analoghe iniziative che nascevano in molte città italiane, tra tutte quella della Caritas romana e quella laica del Naga milanese. Ma anche qui Mansueto si era mosso bene contribuendo alla fondazione, presso l'Associazione Ferdinando Rielo di Roma, della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) che subito si pone come contenitore scientifico e consapevole di quanti erano interessati alla tematica e come catalizzatore di risorse individuali e collettive per processi di conoscenza e di promozione di diritti. In quel periodo si parlava di diritto alla salute negato per legge ai clandestini e nascosto ai regolari. Nella seconda metà degli anni '90, grazie alla forte spinta del mondo del volontariato sociale nato attorno alla SIMM, si ha finalmente l'emersione del diritto con un articolo a noi tanto caro - il 13 - di un decreto legge del Governo Dini poi confluito nel Testo Unico della legge Turco Napolitano: anche coloro che sono presenti in Italia in condizioni di irregolarità giuridica e clandestinità hanno diritto non solo alle cure urgenti ma anche a quelle essenziali, continuative

ed ai programmi di medicina preventiva.

E' un passo decisivo verso l'integrazione perseguita come un tentativo di mettere gli stranieri nelle condizioni di vivere "normalmente", cercando di risolvere quelle condizioni penalizzanti rispetto ai cittadini italiani in condizioni economiche e sociali comparabili, di cui l'accesso ai servizi sanitari è espressione primaria. In particolare si sottolinea come *"la difficoltà di utilizzare i servizi sanitari è anch'esso un problema che molti stranieri condividono con i cittadini italiani. Anche in questo campo quindi l'obiettivo di una politica di integrazione è quello di dare agli stranieri le informazioni necessarie sul funzionamento e sulle prestazioni del SSN e sulle modalità d'accesso. Ci sono però due aspetti molto particolari da considerare nella previsione di una assistenza sanitaria efficace: la forte connotazione culturale della malattia, della cura, del rapporto con il proprio corpo e della manifestazione agli altri della propria malattia; la condizione d'illegalità di alcuni stranieri presenti sul nostro territorio ai quali assicurare uno dei diritti fondamentali come quello della salute. Questo secondo aspetto è risolto con quanto già previsto dalla legge attualmente in vigore; più articolata dovrà essere invece l'applicazione della legge per venire incontro alle esigenze evidenziate nel primo punto, in quanto presuppongono, anche nell'ambito dei servizi sanitari pubblici, modalità di prestazione che rispettino le esigenze di persone appartenenti ad altre culture"*. (M. Marceca, 2000).

Se il problema della malattia fosse soltanto riferentesi a fatti oggettivi reificati al di fuori della relazione medico paziente, certamente non sarebbe necessario un tentativo di comprensione clinica transculturale ma dal momento che i modi e le maniere e le forme della salute passano attraverso gli uomini, sia a livello anamnestico, che diagnostico che burocratico è necessario che essi si comprendano, nei linguaggi, nei costumi, negli intendimenti. Non inserire questa progettualità in una politica sanitaria per i migranti, o nella pratica clinica d'ambulatorio col paziente straniero, vuol dire curare le emergenze, soccorrere i traumi, costatare i decessi, ma perdere un'altra occasione di fare salute, quella salute che nasce dalla trasparenza del tessuto esistenziale dell'ammalato. Se questa trasparenza è appannata se è criptica, aumenta lo spessore di tyché, dell'indefinibile e la soluzione non sarà nelle terapie antibiotiche o cortisoniche o vitaminiche da parata, come un ciclope cieco che getta la montagna contro Ulisse, e questi che sogghigna e lo sberleffa, leggero sulla barca, imprendibile.
R. Colasanti, 1990

*Vedere le persone prima che le malattie...
...in fondo siamo fatti tutti della stessa pasta umana*
M. Mazzetti

Questa filosofia che ha ispirato l'intero impianto legislativo, desumibile come ci ricorda M. Marceca dal *Documento programmatico relativo alla politica dell'immigrazione e degli stranieri nel territorio dello Stato* ed approvato con Dpr del 5 agosto del 1998, ci introduce ad un altro importante aspetto della salute dei migranti, quello transculturale.

"Di fatto non si riusciva a capire quale fosse la specificità della domanda di salute da parte della popolazione immigrata, che si diceva fosse fondamentalmente sana, e soprattutto non si

riusciva a dare una efficace risposta sanitaria: perché venivano nei nostri ambulatori e come mai le malattie tropicali erano così poche?

Da queste considerazioni, alla decisione di organizzare il primo congresso sui temi socio-sanitari delle migrazioni, il passo fu breve.

Senza il becco di un quattrino ma animati da una forte voglia di conoscere e di conoscerci, nel 1990 ci siamo incontrati, tutti volontari provenienti da ogni parte del nostro Paese, nell'ex seminario di Baida, sulle colline di Palermo, e, da allora, ogni due anni ci incontriamo per le Consensus Conference sull'Immigrazione, in un clima di grande condivisione, amicizia e speranzosa costruttività.

Il confronto aprì i nostri orizzonti e rispose alle nostre aspettative”.

(Quaderni di Santa Chiara, 1/2004, v.u.)

Nasce così quello che per molti è un modo nuovo di fare medicina, con al centro il malato anche se diverso per provenienza, per razza e per religione. Nasce la medicina transculturale i cui punti centrali di riflessione sono due: la consapevolezza che la cultura influenza in modo sostanziale la tipologia dell'espressione patologica e la forza della relazione terapeutica che sembrava essere stata trascurata negli ultimi tempi e che sicuramente influenza in modo decisivo il risultato terapeutico finale, soprattutto in campo multietnico. (M. Mazzetti).

Lo scopo è quello di realizzare nella pratica quotidiana una medicina più vicina all'uomo più che alla tecnologia, una medicina per così dire normale perché pone al centro della sua attenzione l'uomo visto non come una macchina da aggiustare di volta in volta nei suoi pezzi consumati ma come persona, relazione di soma e psiche, di anima e corpo che nella malattia esprime tutta questa complessità esistenziale. (B. Maisano).

La valigetta del dottore

La nostra esperienza di medici è bivalente.

Non ha soltanto un aspetto 'biologico', ma anche un aspetto 'umano'.

Ogni caso clinico costituisce un 'incontro' con una 'persona' sofferente della quale riusciamo ad 'intuire' gli intimi moti dell'animo

con un processo profondamente diverso

da quello usato per l'interpretazione dei fenomeni biologici.

Esso non è 'spiegazione' critica e analitica, ma 'comprensiva' (cum-prehendere) immediata e sintetica.

E l'intuire (intus-ire) ben più che l'obiettivo 'osservare' ne è il mezzo

E. Poli, 1965

“Il medico può guarire raramente

curare talvolta

consolare sempre”

E se il Paziente fosse vostra madre?

P. Greenland

“I moderni orientamenti scolastici provvedono mediocramente ad educare i sensi,

punto ad educare l'istrumento principale del sapere, ch'è la ragione”

Augusto Murri, Scritti Medici, 1902

Anche qui l'apporto del clinico Mansueto è stato determinante.

“Vale ricordare ai giovani che l'immagine del Medico della mia adolescenza e dei primi anni del mio internato universitario, è legata ad un romanzo di Cronin: La valigetta del Dottore. Dentro di essa stavano ben poche cose: lo stetoscopio, una manciata di farmaci veramente efficaci (il resto era materiale molto opinabile – da parte del Medico - ma anche oggi le cose stanno press'a poco così), un supporto tecnologico molto striminzito, costituito dalla radiologia con annessa stratigrafia e alcuni – pochi – esami contrastografici. E nient'altro”... “C'era però – ad abundantiam – quasi a far da generoso contrappeso, molto di quello che oggi invece è estremamente carente, e che attiene all'attitudine “umana” del Medico: non solo cioè il curare, ma il prendersi cura, l'esprimere competenza e coltivarla con l'esperienza, il generare confidenza da parte del paziente di fronte all'espressione di empatia. (S. Mansueto, Relazione al Convegno Rotary Club Palermo Est “Medicina Umanitaria: il mio futuro da Medico”. Maggio 2006).

In Lui c'era la consapevolezza che la clinica sia sempre stata una disciplina particolare, nella quale una componente scientifica e razionale convive con un'altra componente di natura del tutto diversa.

Mentre la prima considera il malato come un “oggetto” scientifico che deve essere descritto, spiegato e modificato secondo i canoni del pensiero scientifico, la seconda considera il paziente come una “persona”, caratterizzata dalla sua esperienza esistenziale, dal suo mondo psichico, dai suoi valori dalla sua concezione della vita. Poiché il medico non può ignorare questi aspetti che costituiscono l'uomo nella sua totalità, è inevitabile che la riflessione sull'operare del clinico entri in contatto con discipline diverse dalla logica e dalla metodologia delle scienze naturali: la psicologia del profondo, l'ermeneutica, la bioetica, l'antropologia e la filosofia.

Il clinico, quindi, oltre ad essere un biologo applicato che si occupa specificamente dei fenomeni patologici umani e dei mezzi per combatterli, è anche un uomo che aiuta un altro uomo sofferente e che, per consolarlo, deve cercare di comprendere i moti dell'animo. Questa comprensione non fa parte della scienza ma dell'ermeneutica.

“Il medico deve ‘interpretare’ le malattie ‘more scientifico’, ma deve anche ‘comprendere’ il malato ‘more humano’. Ed è questa comprensione che dà vita ad una ‘humanitas medica’. (G. Federspil, 2004)

Grazie

*Guadi e Ponti per una sanità transculturale.
A Serafino Mansueto per riaffermare il diritto oggi minacciato
X Consensus Conference ed VIII Congresso Nazionale SIMM
Trapani, 5-8 febbraio 2009*

Così il prof. Serafino Mansueto è entrato nella mia vita ed in quella di molti altri lasciando un'impronta indelebile.

Grazie caro maestro di medicina e di umanità.

La X consensus conference e l'VIII congresso nazionale SIMM sono dedicati a Lei che li ha fortissimamente voluti; a Lei che così tanto ha fatto per questa bella, bellissima gente; a Lei che accompagnerà noi e la Simm verso nuovi e più grandi traguardi e ci aiuterà ad attraversare il “guado” nei momenti di maggiore difficoltà, come ci ricorda S. Geraci, suo successore come presidente Simm negli ultimi sei anni, a proposito della condizione di fragilità sociale che interessa ancora l'esistenza di molti immigrati:

“La storia della medicina delle migrazioni in Italia è la storia di un impegno per far emergere diritti e dignità e per un’inclusione ordinaria dell’immigrato nel nostro sistema di servizi e di diritti.

La medicina delle migrazioni in questi anni ha significato per il nostro paese:

- *impegno concreto quando nessuno vedeva gli immigrati – persone “ombra” nelle statistiche ufficiali e nelle politiche pubbliche*
- *garanzia di diritti sanitari che erano nascosti e negati*
- *pressione per l’emersione di tali diritti, ieri lavoro di advocacy concreta ma anche oggi sperimentazione di empowerment Perché prossimità proprio con le comunità spesso invisibili.*

Le attività della medicina delle migrazioni sono state:

- *studi scientifici quando l’Università o gli Istituti di ricerca ignoravano il fenomeno perché non iscritto nei flussi di finanziamenti;*
- *riflessione sulla formazione degli operatori alla transculturalità che è essenzialmente umanizzazione e personalizzazione della relazione, del processo terapeutico con tutte le persone, in una “mediazione di sistema” che accoglie, trasforma e se necessario cura*
- *impegno contro la generalizzazione ed il pregiudizio che fa dell’altro l’escluso, il lontano, il diverso anche nei diritti e nella dignità.*

Questa è stata ed è la Medicina delle Migrazioni nel nostro paese

- *processo culturale che fa degli immigrati i “nuovi cittadini” in un’ottica di reciprocità e corresponsabilità*
- *espressione dell’incontro, dell’impegno, di società civile, istituzioni e cittadini.*

Già nel 1995 scrivevamo “la medicina delle migrazioni non vuole e non può essere una nuova branca della medicina Perché sempre di più l’immigrato diventerà presenza ordinaria del nostro tessuto sociale... occasione per riscoprire come il nostro “ovvio” non sia assoluto, come le nostre strutture sanitarie si siano progressivamente allontanate dai bisogni reali delle persone, sommerse di burocrazia, affollate di false esigenze... occasione per migliorare il nostro essere medici, infermieri, operatori sanitari nel rapporto con il malato o con chi pone una domanda di salute e di benessere...” e su questa “piattaforma” migliaia di operatori sanitari si sono rimboccati le maniche, hanno profuso impegno spesso oltre il loro orario di lavoro, nel volontariato ma anche nei loro servizi, ed ancora oggi rilevano storture del sistema che “non vede”, che fa finta di non vedere, e che è distante, in alcuni casi, ai cittadini immigrati ed italiani.

Tutto questo impegno è spesso stato vanificato o reso debole da politiche di accoglienza incerte ed in alcuni casi ostili – non a caso gran parte delle problematiche sanitarie degli immigrati sono imputabili a ciò che abbiamo definito “condizione di fragilità sociale” - ma con chiarezza indica la strada da percorrere per pianificare interventi sociali e sanitari adeguati in un’ottica di equità intesa come dare a tutti le medesime possibilità di sviluppo e benessere”.

E’ il nostro sogno, è l’ideale di un mondo meticcio in cui non c’è posto per la mia o la sua cultura ma per la nostra diversa cultura.

Anche questo Lei ci ha insegnato: “bisogna sognare sempre, i sogni sono un dovere perché anche se non si realizzassero avranno comunque dato sostanza e colore alla nostra vita”.

Con affetto filiale, Mario, il “suo ragazzo per antonomasia”.

Il percorso del diritto all'assistenza sanitaria degli immigrati in Italia: la nostra storia! nota a margine della decima Consensus Conference

Salvatore Geraci

“16.4. Dispensing with the duty of certain authorities (for example school authorities, doctors and medical authorities) to inform on the illegal status of migrants so as to avoid the situation where irregular migrants do not claim their rights through fear of identification as irregular migrants and fear of expulsion.”

Risoluzione dell'Assemblea Parlamentare del Consiglio d'Europa n.1509 del 2006¹

Decima Consensus Conference sui temi sanitari dell'immigrazione: quasi 20 anni di incontri, riflessioni, proposte e progettualità ... Tanta strada, tanta storia, ponti, guadi, bivi, scelte, incontri

Tutto è iniziato già dalla metà degli anni '80, quando in varie parti d'Italia, in modo spontaneo ed allora certamente non coordinato, vari gruppi di matrice confessionale o laica si erano organizzati per garantire il diritto all'assistenza sanitaria agli stranieri che ne erano esclusi. Ambulatori di primo livello che tra mille difficoltà, con l'entusiasmo di chi sa di percorrere strade impervie ma anticipatorie, con la curiosità del volontario, con la passione di chi crede ad un diritto alla salute senza esclusioni, hanno visto protagonisti centinaia di medici ed operatori sanitari con competenze ed appartenenze diverse ma con una comune umanità, sensibilità professionale e forte senso di giustizia sociale.

Abbiamo cominciato ad occuparci di immigrati ancora prima che di immigrazione; abbiamo incontrato persone malate, bisogni sommersi e diritti negati. Dall'impegno personale si è passati ad una coscienza collettiva di una nuova realtà; dall'emergenza all'esigenza di capire, studiare, sperimentarsi nell'incontro con questi “nuovi cittadini”; da un diritto di fatto negato e/o nascosto alla volontà di affermare, anche sul piano giuridico che la salute è un bene di tutti e per tutti.

Ed è stato proprio quando all'inizio degli anni novanta, questi gruppi sono riusciti a collegarsi e scambiarsi esperienze e progettualità anche politica, che ne scaturisce un movimento dal basso, di alto profilo nelle competenze specifiche che, con lo stile che aveva caratterizzato ogni singolo gruppo e cioè quello della gratuità, dell'impegno e della libertà, riesce ad essere credibile nell'analisi del fenomeno e nelle proposte. Con questa chiave di lettura va vista la nascita e lo sviluppo della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni che da allora in gran parte condiziona le scelte di politica sanitaria nazionale nello specifico settore (www.simmweb.it).

1995

Il primo risultato di questo impegno è stata la proposta di legge che diverrà l'articolo 13 (poi art. 11), del Decreto Dini reiterato ben 5 volte (dal novembre 1995 e ultima il 12 settembre 1996: le ultime due versioni con radicali modifiche dal sopraggiunto Governo Prodi).

¹ Human rights of irregular migrants - Resolution 1509 (2006): *Assembly debate* on 27 June 2006 (18th Sitting) (see [Doc. 10924](#), report of the Committee on Migration, Refugees and Population, rapporteur: Mr van Thijn). *Text adopted by the Assembly* on 27 June 2006 (18th Sitting).

Già dal primo Decreto Legge del 18.9.1995, n. 489 dal titolo *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* con quell'articolo è stato recepito il diritto alla salute come diritto per tutti gli stranieri, anche se irregolari o clandestini, non solo come accesso straordinario ma anche come cure ordinarie e continuative.

L'articolo 13 è stato, soprattutto Perché contenuto nell'ambito di una normativa certamente non 'favorevole' agli immigrati, fortemente innovativo: si riscopre un diritto, un diritto da sempre negato ad alcuni immigrati presenti nel nostro paese non in posizione regolare, un diritto inalienabile che da anni molti operatori del settore con insistenza chiedevano.

L'articolo 13, non è stato un articolo casuale, nasce da una capillare azione di studio e di sensibilizzazione, da incontri e confronti tra associazioni, con il ministro, con i suoi collaboratori, con tutte le forze politiche.

Questo articolo ha avuto anche il merito di sdoganare un problema, di liberare risorse, se non altro sul piano organizzativo, per affrontare il diritto all'accesso alle cure. Da quel momento Aziende Usl ed Ospedaliere, Enti Locali hanno dovuto/voluto pianificare interventi, deliberare iniziative, promuovere politiche adeguate.

I limiti interpretativi rappresentati da quell'articolo del Decreto Legge in oggetto, diventano spunto per azioni specifiche di chiarimento, di dibattito tecnico, di miglioramento delle procedure: un patrimonio prezioso per la definizione della successiva normativa.

La SIMM non manca di dare il proprio contributo tecnico e si caratterizza per competenza ed affidabilità anche a livello locale (in quel periodo nasce il GrIS Lazio).

Dal 1996 al 1998 si succedono telex e note di chiarimento ministeriali, quesiti regionali e anche delibere locali ormai orientate in modo "inclusivo" di questa popolazione nel sistema di tutela sanitario. Alla fine del 1996, l'impossibilità della reiterazione del Decreto a seguito di una sentenza della Corte Costituzionale, ha nuovamente cambiato 'le carte in tavola'. L'articolo 13 divenuto ormai articolo 11, forzatamente scompare dal panorama normativo italiano: fortunatamente il nuovo ministro della Sanità, on. Rosy Bindi, si pone su questo tema in continuità con il suo predecessore e cerca di salvare i diritti acquisiti ed anche le indicazioni emerse per una politica sanitaria adeguata. Viene promulgata quindi una Ordinanza Ministeriale, la prima datata 15 novembre 1996, successivamente ripresentata con qualche leggera modifica per ben 5 volte fino alla promulgazione della Legge Turco Napolitano.

1998

Dopo un intenso lavoro preparatorio, anche con il prezioso contributo dell'associazionismo e per la parte sanitaria di esperti della SIMM, il 14 febbraio 1997 il Governo presieduto dall'on. Prodi, ha presentato un atteso Disegno di Legge dal titolo "*Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero*" con il dichiarato obiettivo di "*superare la logica dell'emergenza e dei provvedimenti tampone, per confermare l'impegno europeista dell'Italia e il rispetto di accordi e convenzioni, per garantire un limpido percorso di cittadinanza agli immigrati regolari, per contrastare l'immigrazione clandestina e lo sfruttamento criminale dei flussi migratori, per regolare il flusso degli ingressi*" (dal Comunicato del 14 febbraio 1997 dell'Ufficio Stampa della Presidenza del Consiglio dei Ministri).

Il 19 febbraio 1998 il Senato ha definitivamente approvato questa legge che viene promulgata il 6 marzo 1998 con il n. 40: "*Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero*". Il 25 luglio 1998 viene emanato il Decreto Legislativo (DLGS) n. 286 dal titolo "*Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero*" (TU), che incorpora tutte le disposizioni della Legge 40, integrandola con alcuni dispositivi ancora in vigore da leggi precedenti. L'auspicio di avere una normativa sanitaria inclusiva si realizza e per anni, queste norme, saranno un "fiore

all'occhiello" della politica sanitaria italiana.

A sostenere e rafforzare quanto delineato dal quadro legislativo, pochi mesi dopo l'emanazione del TU è arrivato il *Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000* dal titolo significativo "Un patto di solidarietà per la salute". Tale documento, per la rilevanza che ha rivestito in termini di programmazione su base nazionale, ha assunto, per quanto di nostro interesse, un significato storico: per la prima volta infatti la salute degli stranieri immigrati è stata riconosciuta tra le priorità del SSN e dell'intera collettività che esso tutela.

Tra i documenti e provvedimenti previsti dal PSN quali adempimenti prioritari, vi era inoltre un Progetto Obiettivo dal titolo «*Salute degli immigrati*», la cui stesura è stata affidata ad una Commissione istituita presso il Servizio studi e documentazione dell'allora Ministero della Sanità con il contributo determinante della SIMM, che ha licenziato un documento che però a causa del cambiamento di governo è stato accantonato nonostante fosse un documento tecnico e non modificasse diritti ed impostazioni di politica sanitaria. La stessa Commissione ha promosso alcune attività, tra cui, in primis, la costituzione di un Coordinamento di referenti regionali sul tema, ed altre iniziative di sensibilizzazione e divulgazione (ad esempio la presentazione di "decaloghi"- documenti schematici di indirizzo operativo - rivolti ad operatori sanitari e ad utenti immigrati, tradotti in varie lingue e reperibili, al tempo, sul portale del ministero della Salute).

2001-2005

Nel tempo le realtà locali (Regioni e Province) sono divenute le reali "protagoniste" delle politiche sociali e sanitarie per gli stranieri, nell'implementarle e renderle operative; ma è proprio in questo ambito che si evidenzia una preoccupante discontinuità applicativa in base agli umori politici nazionali e locali. Per effetto dell'art. 117 della Legge Costituzionale n. 3 del 2001 (di modifiche al titolo V della II parte della Costituzione), la tematica "salute e immigrazione" appare ambigualmente sospesa tra la legislazione "esclusiva" (l'immigrazione è infatti tra le materie in cui lo Stato mantiene la piena potestà legislativa ai sensi dell'art. 1, comma 3, della Legge 59/97) e la legislazione "concorrente" (la tutela della salute è inserita tra le materie in cui la potestà legislativa spetta alle Regioni).

Ciò rende ancora più pressante la chiara definizione di un sistema di garanzie relative ai contenuti di tutela della salute – i "livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale" recentemente sottoposti a nuova revisione - e alle modalità di erogazione dei servizi e delle prestazioni – i requisiti per l'accreditamento istituzionale - che riguarda anche gli immigrati presenti sul territorio nazionale.

Quindi pur essendo la politica sull'immigrazione dettata a livello nazionale, i percorsi di inserimento, di integrazione e di promozione anche in ambito sanitario, sono implementati e realizzati localmente. Il progressivo decentramento amministrativo e politico, sta producendo estrema eterogeneità sul territorio nazionale per una più o meno specifica attenzione a livello locale. Ciò può determinare disuguaglianze sia in ambito di accesso ai servizi, sia in ambito di profilo di salute della popolazione immigrata su base territoriale. Per questo, già da 1995 e più strutturalmente dal 1998, l'Area sanitaria della Caritas romana ha istituito un "Osservatorio sulle politiche locali per l'assistenza sanitaria agli stranieri" che ha prodotto periodici rapporti, specifiche ricerche e che attualmente collabora in un monitoraggio coordinato dell'Istituto Superiore della Sanità.

Ciò che in questi anni emerge è che le Regioni che hanno scelto di promuovere o comunque sostenere iniziative di attivazione di organismi che vedessero il coinvolgimento delle diverse realtà istituzionali e non istituzionali presenti sul territorio, hanno maturato una visione d'insieme e potuto dar vita ad una serie di interventi fondati su priorità condivise e

implementati a partire dal basso con una partecipazione allargata (in questo senso interessanti le iniziative, ad esempio delle Marche o del Lazio e fino ad un recente passato, della Regione Friuli Venezia Giulia).

In altre Regioni permane una notevole frammentarietà o addirittura mancanza tanto della capacità di lettura sistemica del fenomeno, quanto delle azioni specifiche eventualmente intraprese a livello locale.

A rendere più incerto e vischioso il ruolo degli enti locali nella definizione ed implementazioni di specifiche politiche è certamente il dibattito ideologico-politico sull'immigrazione particolarmente acceso nel nostro paese. L'autonomia locale infatti permette in parte di attuare politiche "aggressive" a livello nazionale: è quello che è accaduto ad esempio in Toscana, in Piemonte o in Emilia Romagna che avevano governi di centro sinistra nel periodo del secondo e terzo governo Berlusconi (2001-2006) ma anche nel Lazio, presieduto dal governatore Storace (centro destra) nello stesso periodo, ma caratterizzatosi da scelte particolarmente adeguate dal punto di vista sanitario per gli stranieri. Al contrario può anche accadere che amministrazioni locali vanifichino percorsi ed esperienze consolidati per allinearsi ad input della politica nazionale come recentemente è accaduto in Friuli Venezia Giulia dove, cambiando giunta regionale (dal centro sinistra al centro destra), si è abrogata una legge sull'immigrazione di ampio respiro e tecnicamente di ottimo profilo.

2006-2007

Alla fine del 2006 alcuni segnali importanti hanno caratterizzato la riflessione sulla salute degli immigrati in Italia ed indicato possibili sviluppi circa le politiche sanitarie per questa popolazione. Ad ottobre il nuovo ministro della Salute Livia Turco, intervenendo a Catania al Convegno della Società Italiana di Igiene, incentra il suo discorso sull'immigrazione ed enfatizza la necessità di una integrazione a doppio senso: *"... Non è efficace l'integrazione a senso unico: non è solo la persona immigrata che si deve <integrare> col sistema salute; è anche il sistema salute che si deve integrare con i nuovi italiani!..."* anche Perché *"...il nostro Sistema Sanitario è perfettamente in grado di curare i nuovi italiani senza costruire ghetti di isolamento Gli ultimi venti anni hanno visto, con governi diversi, una crescita dell'offerta e dell'accesso ai servizi della popolazione immigrata: oggi un immigrato, sia pure illegale, può ricevere un set di servizi essenziali dal servizio pubblico che, integrato all'ampia rete dei servizi sanitari erogati dal volontariato, rispondono ad alcune delle esigenze primarie di salute di questa popolazione. Allora che manca? 1) Manca un approccio culturale all'immigrato che lo consideri una risorsa, non un guaio per il Paese. 2) Manca umanizzazione nel rapporto servizi-immigrati. 3) E'insufficiente la mediazione culturale tra servizi sanitari pubblici e popolazioni immigrate. 4) E'insufficiente la comunicazione: in moltissimi casi l'immigrato nemmeno conosce i suoi diritti alla salute. 5) Sul territorio italiano mancano meccanismi di omogenea contribuzione alla spesa sociale: gli immigrati regolarizzati pagano i contributi sanitari, ma non è raro che non ne usufruiscano.... 6) Manca la prevenzione: buona parte della consistente attività di prevenzione che il nostro Sistema Salute offre, non raggiunge le donne e gli uomini immigrati, vuoi per ostacoli di mediazione etnica con lingue e culture, vuoi per sfiducia dei nostri operatori verso il successo di azioni preventive verso gli immigrati ..."*

Un'analisi attenta ed anche un programma chiaro che comincia a concretizzarsi quando, su *"... sollecitazioni degli operatori del settore pubblico, del volontariato e del privato sociale, impegnati nel settore ed in particolare della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni che in gran parte li rappresenta, per una adeguata azione di monitoraggio degli interventi, la tutela omogenea dei diritti sanitari ed una armonizzazione delle procedure su tutto il territorio nazionale..."*, a novembre 2006 viene istituita presso il dicastero della Turco la *Commissione*

Salute e Immigrazione.

Obiettivi dichiarati sono:

- la promozione di interventi di prevenzione rivolti alla popolazione straniera;
- la promozione dell'accessibilità e della fruibilità dei servizi sanitari da parte degli immigrati presenti sul territorio nazionale in una prospettiva di garanzia dei percorsi assistenziali, con particolare attenzione alla componente femminile, ai bambini stranieri ed ai lavoratori;
- la valorizzazione delle competenze professionali degli stranieri in campo sanitario;
- il contrasto del pregiudizio sanitario nei confronti degli stranieri e il sostegno alla cooperazione internazionale.

"... I lavori della Commissione potranno essere finalizzati alla progettazione di un piano integrato di intervento sul tema della salute degli immigrati, con azioni ed obiettivi complessi, che possa trovare attuazione attraverso azioni promosse dal Ministero della salute in collaborazione con le Regioni e gli enti locali o nell'ambito di progetti comunitari" (dal decreto di istituzione della Commissione, 27 novembre 2006).

Inoltre a maggio 2007 è stato presentato al ministro Turco il rapporto sulle Linee guida per il contrasto delle mutilazioni genitali femminili ed il ministero della salute ha investito risorse per la definizione di un piano strategico di settore specifico per gli immigrati da dedicare a interventi ed azioni locali.

Tutto ciò ha determinato negli addetti ai lavori grandi aspettative che ben presto vengono in parte deluse: la Commissione più che uno strumento di lavoro acquista la fisionomia di un'assemblea con oltre 40 partecipanti e, per motivi economici (la partecipazione alla Commissione è a titolo gratuito ma l'amministrazione deve sostenere i viaggi dei commissari fuori sede) si riunisce solo 3 volte in un anno e mezzo; le raccomandazioni comunque prodotte ed i documenti stilati non si traducono in atti formali; la preoccupazione espressa in particolare per l'impatto sui servizi e sulle salute delle persone dall'ingresso nell'Unione Europea dei Rumeni e Bulgari se non accompagnati da indicazioni "inclusive" in ambito sanitario e le proposte indicate vengono di fatto ignorate; la discussione e la valutazione sulla scelta di prevedere nella legge finanziaria del 2007 (L. 296/06) il finanziamento di 25 milioni di euro in tre anni per la *"realizzazione di un Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà, con compiti di prevenzione, cura, formazione e ricerca sanitaria"*, istituito successivamente con Decreto del ministro della Salute 3 agosto 2007, che pur ha sollevato grandi perplessità tra gli addetti ai lavori, non è stata mai messa all'ordine del giorno.

Ed ancora nel Disegno di Legge Delega sull'immigrazione (Amato – Ferrero) presentato nell'aprile 2007, ci sono pochi accenni alla sanità anche se è espresso un significativo quanto generico intento di *"razionalizzazione delle competenze in materia di assistenza sanitaria dei cittadini stranieri, in un'ottica di piena inclusione nel Sistema Sanitario Nazionale"*.

Ma indubbiamente, accanto a non essere riusciti a ridefinire le norme con una nuova legge sull'immigrazione, bloccata più dall'incertezza della stessa maggioranza che dal dibattito politico che comunque si prospettava acceso, la debolezza dell'esecutivo in ambito sanitario si è mostrata su ciò che abbiamo definito *"il caso dei neocomunitari"* e che ha visto la SIMM impegnarsi profusamente.

Il primo gennaio 2007 la Bulgaria e la Romania sono entrate nell'Unione Europea: evento importante e largamente previsto come da tempo era previsto l'impatto che tale provvedimento avrebbe provocato in ambito di assistenza sanitaria se non adeguatamente preparato e gestito. Infatti *improvvisamente* migliaia di cittadini rumeni presenti irregolarmente in Italia, dal 1 gennaio 2007 hanno perso il diritto ad essere assistiti come STP (Stranieri Temporaneamente

Presenti: definizione che comprende gli immigrati senza permesso di soggiorno) non acquisendo spesso altro titolo per l'assistenza. Come tutti i comunitari, essi possono circolare liberamente nell'Unione Europea (e non possono essere espulsi – anche i provvedimenti di espulsione attivi sono stati archiviati), possono lavorare anche senza entrare nei decreti flussi (è stato di immediata attuazione la possibilità di lavoro agricolo e turistico alberghiero, domestico e di assistenza alla persona, edilizio, metalmeccanico, dirigenziale e altamente qualificato; per le altre qualifiche tra un anno), possono quindi avere una carta di soggiorno ed iscrizione al SSN. Ai sensi del DLGS 30/2007, entrato in vigore l'11 aprile 2007 la carta di soggiorno, prima necessaria per soggiornare per periodi superiori a tre mesi, viene sostituita dall'iscrizione anagrafica. A livello sanitario i cittadini neocomunitari (come tutti i comunitari), nel caso di soggiorno di breve durata, hanno diritto di accedere alle prestazioni in natura che si rendono necessarie dal punto di vista medico richieste dal proprio stato di salute per consentire di continuare il soggiorno in condizioni sicure sotto il profilo medico, dietro esibizione della tessera europea di assicurazione malattia (TEAM). In realtà in molti casi i cittadini provenienti da Romania e Bulgaria, soprattutto se in condizioni di fragilità sociale, non sono in possesso di tale documento e, spesso, non risultano iscritti al SSN del Paese di provenienza. Di fatto molti cittadini neocomunitari si sono trovati nella situazione di non poter proseguire trattamenti terapeutici in corso o si sono visti negare l'assistenza sanitaria anche in situazioni delicate come la gravidanza. E' opportuno chiarire che la maggior parte di queste persone non si trovano nel nostro paese per soggiorni di breve durata e non possono quindi accedere alle prestazioni sanitarie con la TEAM.

Dall'altra parte chi lavora e soggiorna stabilmente in Italia non sempre è in grado di esibire un regolare contratto di lavoro e ottenere quindi l'iscrizione anagrafica e il rilascio della tessera sanitaria. Va aggiunto, inoltre, che coloro i quali sono titolari di regolare contratto di lavoro non sono comunque riusciti, in diversi casi, a effettuare l'iscrizione anagrafica dato che moltissimi uffici comunali hanno sospeso per lunghi periodi tali pratiche sostenendo di non possedere disposizioni chiare e una formazione adeguata per rispondere alle richieste. Con notevole ritardo, a febbraio 2007 una Circolare del ministero dell'Interno, ripresa dal ministero della Salute, proroga la possibilità di rinnovo per tutto il 2007 del tesserino STP a favore di coloro che ne erano già in possesso nel 2006 e non hanno altro titolo all'assistenza sanitaria; a seguito anche di una Interrogazione Parlamentare, sollecitata proprio dalla SIMM, ad agosto 2007 il ministero della Salute pubblica una circostanziata Circolare di precisazione e chiarimento sui percorsi e procedure per la copertura sanitaria dei comunitari ma che ancora una volta lascia dei dubbi in quanto non prevede percorsi strutturali di tutela per tutti i cittadini presenti, con particolare modo quelli in condizione di fragilità sociale (rom, donne in gravidanza, minori anche se non accompagnati). Di fatto in questo periodo molti operatori sanitari del pubblico e del privato sociale non sono stati in grado di rispondere adeguatamente ai bisogni di una parte della popolazione rumena e bulgara presente in Italia da diverso tempo, o arrivata di recente, in particolare di quella più povera e sfruttata, creando dei vuoti assistenziali non coerenti con il nostro mandato costituzionale. A seguito di ripetute segnalazioni e denunce da parte dell'associazionismo e degli operatori sanitari, grazie anche alla pressione esercitata dalle regioni Marche, Piemonte e Toscana, il 19 febbraio 2008 il ministero della Salute pubblica una breve nota che, nell'ambiguità dell'impostazione, tuttavia invita ad *“essere attivate, nei confronti di queste persone, anche per motivi di sanità pubblica nazionale, le campagne di vaccinazione, gli interventi di profilassi internazionale e la profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive, ai sensi della vigente normativa nazionale”*. Attualmente solo 9 Regioni e la Provincia autonoma di Bolzano hanno emanato atti formali per garantire percorsi assistenziali per questa popolazione in condizione di fragilità sociale e stiamo così assistendo ad una enorme differenziazione e discrezionalità.

La stagione inaugurata alla fine degli anni novanta caratterizzata da una politica sanitaria coraggiosa, innovativa (l'Italia è stata prima in Europa a prevedere percorsi inclusivi per l'intera popolazione immigrata presente a qualunque titolo) e partecipata, si è impattata con le incertezze citate e poco peso hanno avuto azioni specifiche comunque positive messe in cantiere dall'esecutivo: la definizione di un piano strategico sulla salute degli immigrati "cancellato" dalla caduta del Governo; il finanziamento di alcuni progetti specifici sulle politiche locali, sui flussi informativi e sull'accessibilità dei servizi e sulla fruibilità delle prestazioni che hanno visto alla fine del 2008 un reale avvio; un'ampia indagine commissionata all'Istat sulla condizione e integrazione sociale immigrati che, se tutto andrà in porto, si avvierà fra qualche mese, con l'obiettivo di fornire un set di indicatori di salute (e non solo) confrontabili tra italiani e stranieri. Con il fondato dubbio che il cambiamento dell'impostazione governativa potrà vanificare anche queste importanti azioni.

2008: si avvia una nuova stagione di diritti negati?

Poco prima dell'estate 2008, man mano che in Italia si accendeva il dibattito sulla sicurezza, all'attenzione della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni sono giunti diversi *quesiti* sulle nuove norme sulla sicurezza (in particolare sull'effetto in sanità del "reato" di clandestinità) e *segnalazioni* circa la difficoltà di accesso all'assistenza sanitaria da parte degli stranieri irregolari e "clandestini". Infatti il clima di "criminalizzazione" degli immigrati con riferimento a quelli presenti in Italia non in regola con le norme del soggiorno, ha immediatamente prodotto una significativa riduzione degli accessi negli ambulatori dedicati e nelle strutture sanitarie in genere, con un gradiente Nord-Sud (un ambulatorio di Brescia ha segnalato oltre il 50% in meno rispetto all'utenza aspettata), creando, di fatto, danni per la salute degli immigrati stessi. Infatti, tutto ciò è accaduto non perché siano diminuiti tali stranieri ma per il clima di sospetto e paura creatosi con ripercussioni gravissime anche sulla collettività: pensiamo alle "badanti" che non si rivolgono al medico o immigrati che vanno a lavorare in condizioni precarie di salute, o che vivono in condizioni di promiscuità con altri immigrati in regola o con italiani in condizione di fragilità sociale... Gli appelli diffusi di rassicurazione non sono serviti a nulla anzi, durante l'estate, ci sono stati alcuni casi di denuncia impropria da parte del personale sanitario nei confronti di stranieri illegali che hanno richiesto prestazioni sanitarie (a Treviso ed in Puglia), contravvenendo arbitrariamente le disposizioni legislative attuali.

Il clima è diventato particolarmente pesante quando nell'ambito della discussione in Senato del cosiddetto "Pacchetto Sicurezza" (atto 733), in commissione congiunta Giustizia ed Affari Costituzionali, è stato depositato da quattro senatori ed una senatrice della Lega Nord un emendamento che mina radicalmente uno dei principi base della politica sanitaria nei confronti dei cittadini stranieri nel nostro paese e cioè la garanzia di accessibilità ai servizi per la componente irregolare e clandestina.

Erano previste due modifiche al comma 4 e comma 6, e l'abrogazione del comma 5 dell'articolo 35 del Decreto Legislativo 286 del 1998 (Testo Unico sull'immigrazione).

Successivamente l'emendamento viene prima ritirato in Commissione ma poi ripresentato in aula diviso in due (modifica al comma 6 e abrogazione del comma 5).

Partiamo dal comma 5, la cui cancellazione è di estrema gravità: esso infatti attualmente prevede che *"l'accesso alle strutture sanitarie (sia ospedaliere, sia territoriali) 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"*. Come abbiamo visto questa disposizione normativa è presente nell'ordinamento italiano già dal 1995, attraverso l'art. 13, proposto da una vasta area della società civile, del decreto legge n. 489/95, più volte reiterato, voluto ed approvato dal centro destra anche con

i voti della Lega. La “logica” della norma non è solo quella di “aiutare/curare l’immigrato irregolare” (per altro deontologicamente assolutamente corretta!) ma in particolare di tutelare la collettività come prevede l’articolo 32 della Costituzione; il rischio di segnalazione e/o denuncia contestuale alla prestazione sanitaria, creerebbe una barriera insormontabile per l’accesso e spingerebbe ad una “clandestinità sanitaria” pericolosa per l’individuo ma anche per la popolazione laddove possano esserci malattie trasmissibili. Ormai esiste una significativa documentazione sul tema, compresa la posizione della Federazione degli ordini dei medici italiani, di alcune Società scientifiche e dei Ministri della sanità europei ... che sottolineano l’indispensabilità di questa impostazione per garantire concretamente la salute per tutti (è assolutamente intuitivo come le malattie non facciano distinzione di etnia, status giuridico o colore della pelle). L’effetto della cancellazione di questo comma vanificherebbe il lavoro fatto negli ultimi 13 anni che ha prodotto importanti successi nell’ambito sanitario tra gli immigrati testimoniato ad esempio dalla riduzione dei tassi di Aids, dalla stabilizzazione di quelli relativi alla Tuberculosis, dalla riduzione degli esiti sfavorevoli negli indicatori materno infantili (basso peso alla nascita, mortalità perinatale e neonatale ...). E tutto questo con evidente effetto sul contenimento dei costi in quanto l’utilizzo tempestivo e appropriato dei servizi (quando non sia impedito da problemi di accessibilità) si dimostra non solo più efficace, ma anche più “efficiente” in termini di economia sanitaria.

La modifica al comma 4 introduce un rischio di discrezionalità che amplificherebbe la difficoltà di accesso facendo della “barriera economica” e dell’eventuale segnalazione (in netta contrapposizione al mandato costituzionale di “cure gratuite agli indigenti”), un possibile strumento di esclusione, forse compromettendo la stessa erogazione delle prestazioni.

In una puntuale nota la SIMM ha specificato come tale provvedimento sia inutile e dannoso Perché:

- spingerà all’incistamento sociale, rendendo invisibile una popolazione che sfuggirà ad ogni forma di tutela sanitaria e di contatto sociale legittimo;
- potrà produrre percorsi sanitari ed organizzazioni sanitarie parallele al di fuori dei sistemi di controllo e di verifica della sanità pubblica (rischio di aborti clandestini, gravidanze non tutelate, minori non assistiti, ...);
- creerà condizioni di salute particolarmente gravi poiché gli stranieri non accederanno ai servizi se non in situazioni di urgenza indifferibile;
- avrà ripercussione sulla salute collettiva con il rischio di diffusione di eventuali focolai di malattie trasmissibili a causa dei ritardi negli interventi e la probabile irreperibilità dei destinatari di interventi di prevenzione;
- produrrà un significativo aumento dei costi in quanto comunque le prestazioni di pronto soccorso dovranno essere garantite e le condizioni di arrivo saranno significativamente più gravi e necessiteranno di interventi più complessi e prolungati;
- spingerà molti operatori ad una “obiezione di coscienza” per il primato di scelte etiche e deontologiche.

Riteniamo anche estremamente pericoloso il provvedimento poiché soprattutto in un momento di trasformazione sociale e di sofferenza economica, questo atto va ad intaccare il cosiddetto “capitale sociale” della società (contrasto tra italiani e stranieri, diritti negati e nascosti, radicale differenza nella *vision* dell’approccio professionale) che una significativa letteratura scientifica definisce condizione per una deriva nel conflitto sociale (le cui prime avvisaglie stiamo già vivendo negli ultimi tempi).

La nota della SIMM si conclude con un appello affinché piuttosto che logiche di partito prevalga, alla luce delle evidenze tecnico scientifiche e di consolidate politiche sanitarie,

prevalga un approccio intelligente e concreto di sanità pubblica come è già avvenuto nel 1995.

L'appello è stato accolto da molti parlamentari, dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri, da diverse Società Scientifiche e da una vasta area della società civile.

Ad oggi (gennaio 2009), non sappiamo se prevarrà il buon senso o l'arroganza di un approccio alla sanità pubblica ideologizzato e sterile che forse drenerà qualche consenso in più ma farà del male all'intera comunità nazionale.

Infatti un approccio pluridimensionale alla promozione della salute degli immigrati non può ignorare l'elemento della "permeabilità" dei servizi, come questione determinante per garantire percorsi di tutela sanitaria specifici nell'ambito di una più generale funzione di *advocacy* e di contrasto alle disegualianze da parte del Servizio Sanitario Nazionale. Ciò, come si legge nelle conclusioni della Conferenza Europea "Health and Migration in the UE: better Health for all in an inclusive society" promossa dalla Presidenza del Consiglio d'Europa (Lisbona, 27 e 28 settembre 2007), è da attuarsi necessariamente all'interno di un'azione politica e sociale ad ampio spettro che includa: accoglienza, inserimento, casa, lavoro, diritti costituzionali in genere. . E come sembrano lontani i lavori della ottava Conferenza dei Ministri Europei della Salute di Bratislavia (novembre 2007) conclusasi con una Dichiarazione in cui si legge che *"... le misure sanitarie per i migranti che siano ben gestite, inclusa la salute pubblica, promuovono il benessere di tutti e possono facilitare l'integrazione e la partecipazione dei migranti all'interno dei Paesi ospitanti promuovendo l'inclusione e la comprensione, contribuendo alla coesione, aumentando lo sviluppo"*

Epilogo

"I saw the best minds of my generation ..."
da Howl di Allen Ginsberg

"Un singolo filo non fa una corda, un albero da solo non fa una foresta", cita un antico proverbio cinese. *Policy networks* sono invece i termini utilizzati oggi ad indicare una collaborazione su un territorio per lo sviluppo di complesse forme di strutture decisionali, costituite da attori istituzionalizzati e non istituzionalizzati, collegati tramite scambi, informazioni, conoscenza, pressione, fiducia e altre risorse di *policy*.

Ma perché quest'accostamento tra saggezza orientale e sociologia politica postmoderna? Cosa c'entra con la nostra storia, con il nostro quotidiano impegno per la tutela della salute degli immigrati?

Quando iniziammo ad occuparci di immigrati non potevamo prevedere come questa "nuova utenza" dei nostri servizi, potesse incidere in modo significativo in processi di cambiamento sia a livello individuale/professionale, sia in termini di sanità pubblica nella nostra società.

Ma la consapevolezza di essere su un crinale della storia, della nostra storia, della storia di tante donne e tanti uomini che con la loro professionalità di medici, infermieri, operatori sociali e sanitari in questi anni impegnati in prima persona per garantire il diritto all'assistenza sanitaria alla storia di tante donne, uomini e bambini immigrati nel nostro paese, ci fa pensare al domani in modo positivo. Le politiche possono dettare cambiamenti, possono accogliere o respingere, includere o escludere ma la storia, la nostra storia ha già prodotto un incontro.

Non pensiamo di esagerare dicendo che chiunque abbia avuto, almeno in ambito professionale, degli incontri con un immigrato, o meglio con più cittadini immigrati, si sia fatto delle domande, abbia avuto curiosità, si sia scontrato con l'evidenza di una burocrazia che tende a escludere l'alterità, in alcuni casi si sia sentito impotente sul piano relazionale o clinico, a volte indignato

dalle reazioni ed atteggiamenti. Nulla di nuovo per chi ha scelto di lavorare in relazioni d'aiuto. Ma di nuovo c'è che nella relazione con lo straniero, spesso regno condiviso di pregiudizi più o meno consapevoli, abbiamo misurato e misuriamo con mano la nostra impotenza: quella comunicativa linguistica, relazionale, politico-organizzativa, culturale terapeutica. Di nuovo c'è la consapevolezza che per superare questa impotenza dobbiamo attraversare il diaframma che ci separa gli uni dagli altri e condividere informazioni, impressioni, scoperte, strategie.

Da quel gruppetto sparuto di medici ed operatori sanitari che circa 30 anni fa ha istituito ambulatori di strada, tracciato percorsi, intuito cambiamenti; da una piccola società scientifica, la SIMM, che comunque con costanza e competenza ha prodotto proposte e sollecitato risposte, oggi molti più operatori sociali e sanitari, italiani e stranieri, del settore pubblico e del privato sociale, in tante parti d'Italia, riuniti o meno nei Gruppi Immigrazione e Salute (GrIS: unità territoriali della SIMM), stanno lentamente tracciando un altro tassello di quel processo di meticciamiento della nostra società che inesorabilmente ci trasforma.

I GrIS sono luoghi partecipati, dove ogni persona o ogni gruppo ha il coraggio di fare un passo all'indietro, per condividere un progetto comune, costruito in base alle proprie possibilità e capacità. In una società sempre più individualista e quasi con l'obbligo dell'apparire, si profila un ambito organizzativo ma non strutturalmente organizzato, dove il singolo è valorizzato dal gruppo e l'apparire è un vuoto di senso di fronte alla concretezza delle risposte che si riesce a mettere in atto; con tempi e modi sempre diversi, ma egualmente efficaci. Attori diversi (pubblico, privato sociale, volontariato, associazionismo, istituzioni), in una rete di reti (SIMM e GrIS), si confrontano, si scontrano anche, ma in un'ottica costruttiva della valorizzazione delle diversità. E ci auguriamo che questa esperienza si diffonda sempre più nelle varie realtà regionali.

Abdelmalek Sayad parla di *“funzione specchio dell'immigrazione, cioè dell'occasione privilegiata che essa costituisce per rendere palese ciò che è latente nella costruzione e nel funzionamento di un ordine sociale, per smascherare ciò che è mascherato, per rivelare ciò che si ha interesse a ignorare e lasciare in uno stato di “innocenza” o ignoranza sociale, per portare alla luce o ingrandire (ecco la funzione specchio) ciò che abitualmente è nascosto nell'inconscio sociale ed è perciò votato a rimanere nell'ombra, allo stato di segreto o non pensato sociale”* (*La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato, 2002*).

E proprio in questa “funzione di specchio” che l'immigrazione ci costringe, ritroviamo le nostre debolezze ma anche le motivazioni ad essere protagonisti di ciò che, a buon ragione, possiamo definire reali percorsi di sanità pubblica e del diritto alla salute “senza nessuna esclusione”.

Decima Consensus Conference sui temi sanitari dell'immigrazione: quasi 20 anni di incontri, riflessioni, proposte e progettualità ... Tanta strada, tanta storia, ponti, guadi, bivi, scelte, incontri ... impegno, lavoro, scoperte e amicizie sincere.

Al prof. Serafino Mansueto, maestro e riferimento certo, che ci ha sempre incoraggiato e sostenuto; a tutti i colleghi ed amici della SIMM; ai migranti che in questi anni abbiamo incontrato e con i quali abbiamo condiviso traiettorie e porzioni di cammini, ...

Grazie!

Bibliografia di riferimento

- Bigot G., Russo M. L.: *Come nasce una politica: gli attori, i processi*. In “Una rete per la salute degli immigrati. La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) ed i Gruppi Immigrazione e Salute (GrIS)” a cura di Salvatore Geraci. Nuova Anterem, Roma, 2007, 7:15
- Conferenza dei Ministri Europei della Salute (ottava): *Dichiarazione di Bratislava sulla salute, i diritti umani e le migrazioni*. Bratislava, 22 e 23 novembre 2007
- FNOMCeO: *Manifesto di Padova sul Multiculturalismo in medicina e sanità*. Padova, 24 novembre 2007 [http://portale.fnomceo.it/Jcmsfnomceo/cmsfile/attach_5877.pdf]
- Geraci S.: *Idea: e se tagliassimo i servizi agli immigrati?*. In Janus. Medicina: cultura, culture. N. 31, autunno 2008, Zadig editore, Roma, 2008: 64:69
- Geraci S.: *il diritto all'assistenza sanitaria per gli immigrati*. In Sanità pubblica in una società multietnica. (a cura di S. Spinsanti). I quaderni di Janus. Zadig editore, Roma, 2008; 57:90
- Geraci S. (a cura di): *Immigrazione e salute: un diritto di carta? Viaggio nella normativa internazionale, italiana e regionale*. Edizioni Anterem, Roma, 1996
- Geraci S., Marceca M., Del Vecchio R. (a cura di): *Immigrazione e salute: problematiche sanitarie in una società multiculturale*. Numero monografico di Annali di Igiene, medicina preventiva e di comunità. Volume, 7, n° 3, Società Editrice Universo, Roma, 1995
- Geraci S., Marceca M.: *La promozione della salute per gli stranieri: normativa nazionale sull'accesso ai servizi e politiche locali*. In: Atti della Conferenza nazionale “Migrazioni e salute” - Bari, 3-4 maggio 2002. Lecce, 2002; 36:51
- Geraci S., Martinelli B.: *Il diritto alla salute degli immigrati: scenario nazionale e politiche locali*. Edizioni Nuova Anterem, Roma, 2002
- Geraci S.: *La medicina delle migrazioni in Italia: accoglienza ed organizzazione*. In Atti Corso di Formazione ed Aggiornamento in Etica e Management in Sanità (2004). A cura di R. Malta. Palermo, 2007; 105:115
- Geraci S.: *La salute degli immigrati: luci ed ombre*. In Agenzia Sanitaria Italiana (ASI), n. 44, ottobre 2007; 2:14
- Geraci S.: *Le politiche socio-sanitarie per gli immigrati in Italia: storia di un percorso*. In Salute e Società. Immigrazione e politiche socio-sanitarie. A cura di Cinzia Conti e Giovanni B. Sgritta. Anno III – 2/2004. FrancoAngeli, Milano, giugno 2004 – 21:34
- Mancinelli S., Marazzi M. C., Panà A.: *La domanda di assistenza sanitaria: il ruolo del Volontariato*. Atti del 36° Congresso Nazionale “L'igienista nella gestione della salute dell'ambiente e delle comunità”. Siti, Sassari, ottobre 1994
- Marceca M., Fara G. M.: *Condizionamento dei fattori sociali, economici e culturali nell'accesso ai servizi sanitari*. Annali di Igiene Medicina Preventiva e di Comunità 2000; 12 (Suppl. 1): 49-57
- Marceca M., Geraci S., Martinelli B.: *Politiche regionali per la salute degli immigrati*. In Atti IX Consensus Conference sull'immigrazione. VII Congresso nazionale SIMM. Palermo, 2006; 37:43
- Marceca M.: *Immigrazione, un'occasione per riorientare i servizi*. Quaderni della Professione. Medicina, scienza, etica e società. Trimestrale della Federazione Nazionale Ordini Medici Chirurghi e Odontoiatri 2008; 2 – 201:205
- Marceca M.: *La salute degli stranieri tra fatti, contraddizioni e cambiamenti*. In: Fondazione ISMU – Iniziative e Studi sulla Multiethnicità. “Tredicesimo rapporto sulle migrazioni 2007”. Milano, FrancoAngeli, 2008; 149:164
- Marceca M.: *La salute*. In: Fondazione ISMU – Iniziative e Studi sulla Multiethnicità. “Dodicesimo rapporto sulle migrazioni 2006”. Milano, FrancoAngeli, 2007; 145:163

- Marceca M.: *Politiche sanitarie e percorsi di tutela*. 2008, in press
- Martino A., Geraci S., Marceca M.: *Fenomeni migratori e disuguaglianze in salute. Un approccio ragionato alla letteratura internazionale come chiave per migliorare l'appropriatezza degli interventi italiani*. In Atti IX Consensus Conference sull'immigrazione. VII Congresso nazionale SIMM. Palermo, 2006; 101:108
- Presidenza del Consiglio d'Europa: *Conclusioni e Raccomandazioni della Conferenza Europea "Health and Migration in the UE. Better Health for all in an inclusive society"*. Lisbona, 27 e 28 settembre 2007
- World Health Organization, International Organization for Migration, Centers for Disease Control: *Health and Migration: bridging the gap*. WHO, Geneva, 2005.

Proposta di avvio di un Progetto SIMM sulla Medicina Narrativa^{2*} a cura dei Soci SIMM Luisa Lenguini e Maurizio Marceca

*In occasione della X Consensus Conference sui temi sanitari dell'immigrazione, come Società scientifica vogliamo proporre un modo "nuovo" di interpretare la medicina in rapporto con l'alterità culturale e coerentemente con quanto abbiamo "scoperto" in questi anni nell'ambito della medicina transculturale. L'incontro con i migranti, lo abbiamo sempre detto, è per i medici e per tutti gli operatori socio-sanitari una grossa opportunità di riscoprire una sanità centrata sulla relazione tra persone di pari dignità seppur con competenze diverse: e una "competenza" sulla propria malattia la ha lo stesso paziente che interpreta se stesso, le proprie emozioni, sensazioni, paure ed aspettative in modo più o meno originale in base alla sua storia ed ai suoi legami; così come è competente della sua cultura, di ciò che è stato e ciò che è nel contesto familiare, sociale, migratorio. Abbiamo trovato interessante il legame tra l'approccio transculturale che ci proponiamo nel trattare la salute dei migranti e la medicina narrativa di cui Luisa Lenguini con il contributo di Maurizio Marceca ci spiegano di seguito. In una sanità sempre più centrata su complesse tecnologie ed organizzazioni, ritagliarsi del tempo per ragionare o semplicemente testimoniare un approccio dove la tecnologia è la relazione, l'organizzazione è l'accoglienza e l'ascolto, ci sembra un percorso da compiere, un **guado** da attraversare insieme. Come sempre, questi "strumenti" si potranno rivelare utili non solo nei confronti dei migranti che visiteremo, ma anche per tutte quelle persone che, in un cammino umano e professionale, incontreremo nella nostra quotidianità.*

Salvatore Geraci

Cos'è (e cosa non è) la Medicina Narrativa (MN)

La Medicina Narrativa, diffusa già da alcuni anni anche in Italia, pone attenzione alle storie di malattia intese non solo come anamnesi, ma come vissuto e percezione della malattia da parte di chi la sta vivendo, il paziente e la sua famiglia anch'essa coinvolta e 'malata' in quanto facente intimamente parte dello scenario in cui la storia si svolge.

Essa rappresenta il modo per ri-collocare e comprendere le persone nel proprio specifico contesto, mettere a fuoco, oltre che i bisogni, anche nuove strategie di intervento. La narrazione dell'esperienza personale dovrebbe avere un ruolo significativo nelle relazioni di cura, perché la sofferenza richiede di essere inserita in racconti reali per acquisire un significato preciso, diventare condivisibile e trasformarsi in risorsa. Tuttavia raccogliere e portare alla luce un'esperienza non è facile, richiede tempi appropriati e riflessioni adeguate. Le esperienze di malattia sono sempre parte di un 'progetto di vita'; raccoglierle e confrontarle rende possibile la costruzione di percorsi davvero condivisi. Mettersi in ascolto di storie, riservare spazi per chi vuole prendere la parola, anche senza conoscere metodi e aver frequentato corsi di empowerment, significa costruire percorsi di partecipazione [D. Taruscio, ISS - 2006, modificato].

Occorre però sottolineare, citando uno studioso italiano, Giorgio Bert, che la MN non prescinde dalla Medicina basata sulle evidenze (EBM), né tanto meno vi si contrappone.

In un articolo del British medical journal di circa dieci anni fa, Greenhalgh e Hurwitz scrivevano: "Perché lo studio delle narrazioni? Nell'incontro diagnostico, la descrizione è la forma fenomenica in cui il paziente sperimenta la salute; incoraggia l'empatia e promuove la

2 Desideriamo esprimere un particolare ringraziamento a Giorgio Bert per la ricchezza dei contributi (di cui sono stati in questo documento utilizzati ampi stralci) e la disponibilità dimostrata.

comprensione tra il medico e il paziente; permette la costruzione degli indizi e delle categorie analitiche utili al processo terapeutico; suggerisce l'uso di un metodo olistico. Nella ricerca, la medicina narrativa aiuta a mettere a punto un'agenda centrata sui pazienti e a generare nuove ipotesi “ [T. Greenhalgh, B.Hurwitz. *Narrative based medicine: why study narrative?* *BMJ* 1999; 318: 48-50]

Durante gli studi di medicina, ci insegnano la cura del corpo e delle sue malattie insieme all'uso di strumenti e tecnologie che ci rivelino cause e conseguenze delle patologie (diagnosi, terapia, prognosi). Il progresso tecnico-scientifico ci mette a disposizione un formidabile bagaglio di possibilità terapeutiche che possono guarire, o almeno alleviare, i mali del corpo. Ma questo evidentemente non basta, non basta la *restitutio ad integrum*, il ripristino del “come prima” in termini biologici. Come ben espresso da Frank nel 1995: “*La malattia frantuma la vita in tutti i suoi aspetti: l'io, le relazioni personali e quanto la persona avverte come correlato al cosmo, porti esso il nome di Dio, di fato o di universo fisico. Per guarire occorre trovare un nuovo equilibrio, un nuovo senso di chi siete in relazione alle vostre forze e alle persone che vi circondano. Guarire significa raccontare una nuova storia della vostra vita. (...) La medicina tratta le malattie più che curarle. Il trattamento è somministrato; curare significa stare con l'altro, nel senso in cui due persone stanno insieme. Molte persone che sono state seriamente malate hanno esperienze multiple di violenza: l'indifferenza degli operatori, l'abbandono da parte degli amici, l'imbarazzo dei familiari e, troppo spesso, il biasimo della équipe medica quando le cose vanno male. Queste ferite – reali o immaginate – richiedono una storia che le renda esplicite, pubbliche, perché, finché rimangono chiuse nella loro immaginazione, suppurano e avvelenano*”.

In altre parole – come ci è già capitato di constatare e discutere insieme - non basta curare (nel senso di trattare con sollecitudine e attenzione) la *disease* (*malattia come definita dalla nosografia ufficiale*), occorre curare anche la *illness* (*percezione soggettiva della malattia da parte del paziente*).

Troppo spesso il vissuto della malattia del paziente rimane dentro di lui inesperto o inascoltato. Inoltre, molte diagnosi possono sfuggirci perché elementi preziosi alla loro corretta formulazione sono nella storia del paziente (che, come detto, non è solo l'anamnesi guidata dal medico), nel suo vissuto, nel suo sentire.

La MN può essere lo strumento per colmare questa lacuna della relazione medico-paziente poiché permette di cogliere le diverse dimensioni della malattia, non solo quella biologica, ma anche quella psicologica e sociale.

Come fare Medicina Narrativa

Per quanto essenziale, l'ascolto non basta: la narrazione va evocata, guidata, riepilogata e chiusa, mediante un ascolto partecipato e interattivo. Nella MN l'ascolto non è stare a sentire educatamente: l'ascolto è alimentare una relazione che permetta di costruire la narrazione con il paziente: co-costruzione, viene chiamata, evocando, condividendo e interpretando anche la parte emotiva del racconto.

Frequentemente una narrazione non dura più di 2-3 minuti (ma quanto materiale prezioso ne può scaturire!), finiti i quali di solito l'altro (paziente o familiare) si arresta, restando in attesa. Se ciò accade, il medico può intervenire e la narrazione si trasforma in relazione. Quando però ciò non avviene, poiché le persone non hanno molte occasioni di parlare di sé, la narrazione può tracimare in un flusso caotico e ininterrotto. Il medico deve avere perciò le capacità di intervenire, interrompendo e riportando il discorso all'obiettivo; la MN non è sfogo, pura conversazione e neanche somma di due monologhi, quello del paziente e quello del medico,

ma vero dialogo. Consentire e/o evocare la narrazione non è quindi sufficiente: la narrazione va guidata, riempita di significati.

Se l'atteggiamento mentale del medico è effettivamente basato sulla narrazione, il colloquio può aprirsi alla MN; tale atteggiamento mentale va appreso e acquisito, per farlo diventare uno strumento medico come l'anamnesi e l'esame obiettivo. Per essere consapevolmente e correttamente praticato, necessita dell'acquisizione di tecniche comunicative di elevata qualità, quelle che vengono definite abilità di *counselling*, il cui apprendimento richiede un percorso formativo specifico.

Per quanto detto la MN rientra, a pieno titolo, nelle cosiddette *medical humanities* e richiede in chi ascolta la conoscenza e la consapevolezza delle proprie emozioni, nonché la confidenza con le stesse, che è il risultato di percorsi cognitivi ed emozionali non solo personali, ma filtrati ed evocati dalle letture, dalla visione di film, dall'ascolto della musica che si sono frequentati, suscitando emozioni e ancora, soprattutto, attraverso la scrittura.

Lo scenario è il mondo del paziente, ma nella relazione entra anche quello del medico che deve esserne consapevole e tenere conto dei suoi stereotipi e pregiudizi.

Perché la Medicina Narrativa nella Medicina delle Migrazioni?

L'esperienza migratoria, lo abbiamo sperimentato in questi anni di persona, è un'esperienza di vita particolarmente forte, che prevede l'incontro tra 'diversi', un incontro potenzialmente ricchissimo ma pieno di insidie, in particolare quando si svolge sul terreno della salute.

Consapevoli di quanto sia rilevante il bagaglio delle culture, dei saperi, dei simboli, delle relazioni... di cui ciascun immigrato - e, contemporaneamente, ciascun operatore della salute - è portatore, come società scientifica abbiamo avviato già da tempo una riflessione di natura medico-antropologica.

Riteniamo oggi che lo '*story telling*', il raccontare storie, possa rappresentare, come sottolineato dalla letteratura medica che lo ha approfondito, un valore aggiunto per la nostra comprensione di curanti, una comprensione più ampia di quella che, come detto, consente la realizzazione della diagnosi e la formulazione della terapia.

Come accennato sopra, è inoltre una preziosa possibilità per dare voce a chi normalmente non ne ha, pur essendo in effetti il protagonista, cioè al paziente, o a chi gli sta vicino.

Inoltre, questo modo di far memoria della propria esperienza assistenziale è per il curante, oltre che più accessibile della stesura di un articolo scientifico che preveda l'elaborazione dei dati sulla propria casistica, un'occasione di incontro e confronto immediato con altri operatori, perché filtrato dalla propria sensibilità.

Medicina Narrativa e Medicina Transculturale: questo matrimonio s'ha da fare!

Chi già pratica la Medicina Transculturale, che essenzialmente consiste nel tenere conto e nel rispettare la "cultura" dell'altro e la sua diversità, è sicuramente avvantaggiato nell'avvicinarsi alla MN, poiché il concetto di base è quello dell'"attenzione" all'altro non solo come corpo portatore di sintomi e patologie, ma come persona portatrice di "vissuti" ed emozioni.

Riteniamo che la Medicina Transculturale è quella che vede l'"Anima" (intesa come emozione, percezione...) oltre al "Corpo". Che "sa" che oltre alla *disease* c'è sempre la *illness*, che per essere praticata necessita di due strumenti fondamentali: tempo e attenzione. Il tempo, tuttavia, va gestito e non sprecato.

Come sottolineato da Hayden White nel 1981, la narrazione può essere considerata come "*la*

soluzione del problema di come tradurre il sapere in dire, modellando l'esperienza umana in una forma che risulti assimilabile alle strutture di significato che sono generalmente umane più che specificamente culturali. Possiamo non essere in grado di comprendere appieno gli specifici modelli di pensiero di un'altra cultura, ma abbiamo relativamente meno difficoltà a capire una storia proveniente da un'altra cultura, per quanto esotica questa cultura ci appaia. Ciò suggerisce che, lungi dall'essere un codice tra gli altri che la cultura utilizza per fornire significato all'esperienza, la narrazione è un metacodice, un universale umano attraverso il quale possono venire trasmessi messaggi transculturali riguardanti la natura di una realtà condivisa”.

In altre parole, la narrazione, laddove opportunamente utilizzata, è un *passerpartout* universale della comunicazione transculturale.

Un primo passo

Questa nostra proposta vuole rappresentare l'avvio di un percorso comune che intuiamo proficuo (e coerente con quello già svolto); sappiamo tutti di avvicinarci per la prima volta (almeno in modo strutturato e collettivo) a questo approccio, e siamo anche consapevoli di dover qualificare e completare le nostre competenze e abilità (si pensi, ad es., alla padronanza delle tecniche di counselling). Ma riteniamo che questo non ci debba scoraggiare bensì entusiasmare; possiamo inoltre contare sul contributo di alcuni di noi con un profilo e un'esperienza già consoni alla MN, nonché sul possibile supporto di nuovi amici. Crediamo perciò che la SIMM possa e debba accogliere questa nuova sfida come una opportunità!

Riferimenti bibliografici:

- B. Good. *Narrare la malattia*. Torino, Edizioni di Comunità 1999.
- M. Mazzetti. *Il dialogo transculturale*. Roma, Carocci Faber, 2003.
- G. Bert. *Medicina Narrativa*. Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 2006.
- G. Bert, S. Quadrino. *Parole di Medici, parole di Pazienti*. Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 2007
- L. Zannini. *Medical Humanities e Medicina Narrativa*. Milano, Raffaello Cortina Editore, 2008.
- R. Bucci (a cura di). *Manuale di medical humanities*. Collana 'i manuali di Janus'. Roma, Zadigroma editore, 2006.

Sitografia di riferimento:

- <http://www.iss.it/cnmr/medi/index.php?lang=1>
- <http://www.annals.org/cgi/content/full/122/8/599>
- <http://www.annals.org/cgi/content/full/121/5/390>
- <http://www.lua.it/>

COMUNICAZIONI

**Il ponte o il guado:
quale metafora per una sanità transculturale?³**

Gioacchino Lavanco Elisabetta Di Giovanni^o*

*Dipartimento di Psicologia, Università degli studi di Palermo

^oDipartimento Ethos, Università degli studi di Palermo

Per una metafora del ponte

Svariate sono le definizioni del sostantivo oggetto di riflessione. Esso può essere un “manufatto” tramite il quale una via di comunicazione può superare un corso d’acqua, una vallata, una via preesistente. Oppure, per ponte, si può intendere qualunque “struttura” di collegamento.

Molte sono le metafore che rimandano all’idea del ponte e del collegamento. Le azioni relative possono rientrare in una insiemistica positiva (fare, gettare, levare) ma anche in una negativa (tagliare, minare, far saltare, rovinare, attestare).

Nell’ambito della interculturalità, il ponte incarna la metafora della congiunzione tra un punto ed un altro, tra una posizione ed un’altra. Sembra che il ponte ci consenta di transitare dal punto A al punto B, in modo rapido e veloce. Di più; il ponte implica una predisposizione conoscitiva nei confronti dell’Altro; implica altresì la volontà di muoversi dal proprio *modus operandi* verso uno differente.

In prosa e in poesia, il tema del ponte è molto ricorrente. Nella raccolta *Mirycae* di Pascoli, la poesia *Il ponte* riporta il malinconico partecipare della natura e di tutti i suoi elementi allo scorrere della vita. In questi versi, il poeta paragona la vita al fiume che, da una sorgente ignota, scorre verso una fine altrettanto ignota e, nel mormorio dell’acqua contro il ponte, c’è come un pianto per l’oscurità del destino dell’uomo:

*La glauca luna lista l’orizzonte
E scopre i campi nella notte occulti
E il fiume errante. In suono di singulti
L’onda si rompe al solitario ponte.
Dove il mar, che lo chiama? E dove il fonte,
ch’esita mormorando tra i virgulti?
Il fiume va con lucidi sussulti
Al mare ignoto dall’ignoto monte.*

Soprattutto in ambito socio-antropologico, il transito conoscitivo da un punto di partenza certo – la propria cultura di appartenenza – raffigura uno spostamento in avanti verso l’Altro, specificatamente nella fase della ricerca etnografica, sul campo o sul *setting*.

Ad ogni modo, attraversare il ponte così come il guado è un’azione che implica, in entrambi i casi, l’idea di un passaggio. Pertanto, occorre sottolineare il passaggio come atto di transizione sia fisico che simbolico.

Per quanto riguarda questa ultima interpretazione, si ricorda la valenza della transizione da uno *status* ad un altro durante uno dei cosiddetti “riti di passaggio”.

In uno dei più grandi classici della letteratura etnologica, l’antropologo francese di origine olandese Van Gennep si sofferma sull’importanza che ricopre la cerimonia dell’iniziazione nelle società primitive. Infatti, poiché «in qualsiasi società la vita dell’individuo consiste nel passare successivamente da un’età all’altra», l’iniziazione si pone come la principale tra le

«cerimonie, il cui fine è identico: far passare l’individuo da una situazione determinata a

3 Questo contributo è frutto del lavoro di collaborazione fra i due autori. Ai soli fini dell’attribuzione si precisa che Gioacchino Lavanco è autore dei paragrafi terzo e quarto; Elisabetta Di Giovanni dei paragrafi primo e secondo.

un'altra anch'essa determinata» (Van Gennep, 1981: 5). Prove pratiche, digiuni, isolamento, prove di forza, battesimi di sangue, circoncisione e altro sono i più comuni esempi di prova da superare. E questi riti ricalcano quasi sempre lo stesso schema, che comprende dei riti preliminari (separazione), liminari (margine) e postliminari (aggregazione). Lo scopo è quello di segnare il passaggio da una fase all'altra di un individuo – per lo più questi riti riguardano la transizione dall'età puberale all'età adulta – all'interno della comunità di appartenenza.

Per passaggio materiale, si intende la transizione da un territorio all'altro, da una area geografica ad un'altra. Tale passaggio era contrassegnato da confini fatti di oggetti, pietre collocate all'entrata del nuovo territorio; in tal modo colui che entra nello spazio riservato e chiuso, sa di compiere un atto di incontro/contacto con il *sacer*. Il suo attraversamento significa entrare in una zona proibita, oltrepassare la linea di confine fra due mondi distinti. Il margine immette l'uomo in uno stato di sospensione tra le due realtà, dove avvengono i riti magico-religiosi. Il margine ha così la funzione di rallentare il passaggio e di introdurre la gradualità tipica del rituale, eliminando quell'immediatezza che produrrebbe turbamento. In tal modo il soggetto si trova sospeso fra due mondi: da una parte la separazione dalla cultura/*status* d'origine, dall'altra la nuova cultura e la possibilità di aggregarsi a essa. La volontà di conoscenza e l'attraversamento della soglia introducono a una dimensione altra, in cui il personaggio dovrà fare i conti con se stesso e con le proprie forze (Van Gennep, 1981: 14-22, 57-100).

L'aspetto più rilevante che costituisce il nucleo fondante dei riti di passaggio è la metafora della soglia (*limen*). Attraversare la soglia significa, per l'appunto, varcare un confine fisico-metaforico altamente simbolico.

Partendo dalle teorie di Van Gennep, l'antropologo britannico Victor Turner, esponente di spicco della Scuola di Manchester, si concentra sulla fase di margine, (*limen*), o soglia. Interessandosi agli aspetti processuali del divenire, egli analizza la vita sociale in un villaggio degli Ndembu, una popolazione della Rhodesia del Nord, oggi Zambia. Egli, comunque, non circoscrive le sue analisi teoriche alle popolazioni native dei paesi in via di sviluppo, ma analizza a fondo anche le dinamiche oppositive e processuali delle società complesse occidentali, attuando una comparazione fra scenari culturali diversi.

L'analisi teorica di Turner si basa sul concetto di “dramma sociale” (*social drama*), ossia di quell'unità di processo sociale anarmonico o disarmonico che nasce in situazioni di conflitto. Il *dramma sociale* ha luogo, ad esempio, nell'ambito della vita quotidiana di un villaggio quando si crea una frattura nelle tradizionali norme del vivere oppure quando, in una società complessa, si genera un punto di svolta rispetto alla consolidata struttura socioculturale e ci si adopera per far affiorare l'ipotetica antistruttura. I *drammi sociali* rivelano “strati sottocutanei” della struttura sociale e fanno emergere elementi oppositivi della società stessa, facendo pulsare le vene reticolari che strutturano le relazioni interpersonali di una determinata società, fino a farle scoppiare. Secondo Turner, infatti, i *drammi sociali* hanno la caratteristica di attivare *opposizioni* all'interno di gruppi, classi sociali, etnie, categorie sociali, ruoli e *status* cristallizzati, trasformando queste opposizioni in *conflitti* che, per essere risolti, necessitano una rivisitazione critica di particolari aspetti dell'assetto socioculturale fino ad allora legittimato. Nella loro forma tipica, i drammi sociali hanno quattro fase principali di azione pubblica, che sono:

1. *rottura* dei normali rapporti sociali;
2. *crisi* durante la quale la rottura tende ad allargarsi;
3. *azione riparatrice* che va dalla mediazione informale all'apparato giudiziale formale e legale; anche la riparazione ha le sue caratteristiche liminali perché è “in mezzo tra”, fornendo una ripetizione critica e distanziata degli eventi che hanno provocato e che costituiscono la crisi;

4. *reintegrazione* del gruppo sociale ribelle oppure riconoscimento e legittimazione di uno scisma irreparabile fra le parti in contesa.

Per definire il dramma sociale, in sintesi, può essere utile la metafora dell'eruzione dalla superficie orizzontale della vita sociale nel suo pieno svolgersi, attraverso interazioni, transazioni, reciprocità, consuetudine nel produrre sequenze regolari e ordinate di comportamento (Turner, 1993: 172).

Il dramma sociale si apre a quella relazione, allo scoperta del *limen* che segna il passaggio ma anche che indica la dolorosa sofferenza della fine, del confine, della morte che separa. Il ponte come un non luogo fra sosta e sacrificio, fra scoperta di Sé e distruzione del mondo interno: suicidarsi dal ponte non a caso è una scelta che segna il ruolo stesso del ponte come necessità di lasciare alle proprie spalle il già noto ed imbattersi nello sconosciuto.

La struttura narrativa medievale utilizza ampiamente la dimensione del “ponte levatoio” incuneato fra mura e oscurità, in una dimensione “levatrice” che segna costantemente inizio e fine. Il ponte attiene al pericolo, alla morte, alla distruzione del sé, ma anche all'arrogante onnipotenza di portare il sé sociale oltre il ponte, lanciarlo in una ordalia (rito di passaggio) in cui la dimensione della distruzione dell'altro sembra essere l'unica possibilità di sopravvivere con la propria identità.

Il dialogo con la fine sembra impossibile, come pure l'accettazione della morte, della separazione come vita, dell'incomunicabilità come sostanza. Non ricongiungersi non è una sconfitta, piuttosto un disegno stesso dello spazio della cura della patologia. Sarebbe l'ipotesi junghiana di una vera terapia che consiste nell'approccio al divino; più si raggiunge l'esperienza del divino, più si è liberati dalla maledizione della patologia. In un legame in cui il divino è il riconoscimento del limite, dell'impossibilità ad essere oltre il ponte e prima del ponte contemporaneamente, l'uno e l'altro.

Quanto dolore c'è in questa scoperta, quanta follia, quanto amore. Annota Hermann Hesse in *Siddharta*: “Felice è dunque chi è capace di amare molto. Ma amare e desidera non sono la stessa cosa. L'amore è il desiderio fattosi saggio; l'amore non vuole avere, vuole soltanto dare”.

I costruttori di ponti dunque adombrano un pericolo. In *The Bridge on the River Kwai* – film *cult* di David Lean del 1957 – il tema della nostalgia si mescola all'idea che la tecnica possa risolvere il problema del dolore. Durante la seconda guerra mondiale prigionieri britannici di guerra in Birmania sono impiegati nella costruzione di un ponte mentre una squadra di guastatori compatrioti si prepara a distruggerlo: la sfida ai nipponici incapaci di pensare e costruire il ponte, diventa incapacità a leggere il contesto. I costruttori di ponti non sono in grado di leggere a che serve e la scelta di impedirne la distruzione diventa tragica commedia di una realtà in cui “il ponte è per il ponte”. Attenzione ai costruttori di ponti che esercitano così il loro nuovo vero dominio, come i traduttori (“traditori”), i mediatori, le figure intermedie che non sopportano la catastrofe post-hegeliana della sintesi. La mediazione, il ponte, sono metafore del riconoscimento della differenza e non scomparsa di essa, nessuna nostalgia di una folata di nebbia che rende invisibile i contorni, ma chiara e marcata presenza di contorni per i quali la nostalgia è dolore non sopito, impossibile a smarcarsi.

Separazione e diversità

Nelle scienze umane e sociali, il binomio “io”/”altro” ricopre una funzione centralissima. E la storia delle idee lo conferma. Il pensiero A e il pensiero B; oppure Sé e Altro; e ancora “noi” e “loro”. Ebbene, la dualità costituita da due esseri viventi, due culture, due modi di essere e, quindi, da due modi di pensare differenti rappresentano un fulcro fondante nell'evoluzione delle idee.

Nella società contemporanea – così fortemente caratterizzata dalla presenza dei *mass*

media e dei *new media*, nonché dal proliferare dei flussi migratori – sarebbe assolutamente anacronistico rifiutare la prospettiva dell’incontro con “l’altro”. L’Altro, occorre precisare, è innanzitutto espressione di una cultura e di una *Weltanschauung* differente dalla nostra ma, non per questo, connotabile in senso negativo. Anzi.

Da questa prima riflessione emerge chiaramente la questione dell’identità, seguita quindi da quella della *cultura* ed infine da quella della *interazione* tra culture/identità. L’ordine di esposizione di questi tre cardini non è certo casuale: piuttosto, occorre sottolineare che identità e cultura sono sintagmi strettamente connessi tra di loro. La dimensione dell’identità personale e il dibattito sulle identità sociali e culturali si intersecano. Difatti, i modelli attraverso cui vengono interpretati i “sé” e gli “altri” possono considerarsi frutto dell’espressione simbolica della cultura.

Probabilmente, la definizione più appropriata di identità l’ha elaborata Claude Lévi-Strauss (1977): l’identità è un luogo virtuale, ma senza che esso abbia mai un’esistenza reale, al quale è necessario far riferimento per spiegare una pluralità di fenomeni e di cui è opportuno osservare i processi di produzione e riproduzione.

L’uomo, è noto, produce senso e significato (quindi cultura). Tale produzione nasce dalla mescolanza di quattro elementi/ingredienti: l’uomo (*anthropos*), il suo gruppo di appartenenza o comunità (*ethnos*), il territorio/spazio (*oikos*) e il tempo (*kronos*). Tale processo di produzione di senso l’uomo lo elabora attraverso l’esperienza, l’interpretazione, la contemplazione e l’immaginazione; attività senza le quali non può vivere (Hannerz, 1998: 5). Un assioma assolutamente falso è considerare la cultura come un contenitore integrato e condiviso. Altrettanto falsa è la convinzione, relativa all’identità, che in ogni essere umano ci sia un’essenza trasmessa alla nascita e che questa non cambierà più, come se la vita, le idee, la sensibilità, le scelte di una persona non avessero un peso specifico. Di contro, a volte prevale la convinzione che l’*ibrido*, il meticcio o “spurio” – cioè colui o qualcosa che ha appartenenze diverse – sia da disprezzare. L’identità è una «costruzione complessa» (Matera, 2006: 90); e la cultura ne è il suo principio cardine. Infatti, culture e identità non sono essenze immutabili, né statiche. Esse sono prodotti storici. La cultura, pertanto, va intesa come «flusso di significati, entro una cornice complessa in cui la contestualità storica, la produzione simbolica, le ideologie dominanti sono elementi centrali che contribuiscono in modo determinante a tratteggiare i modi pragmatici in cui le persone trovano la loro via nel mondo» (*ibidem*: 96).

“Io” e “Altro”, dunque, sono prodotti socio-culturali provenienti da due comunità di riferimento differenti. Cosa accade, allora, quando ci si guarda da vicino?

La storia ci dimostra che spesso una comunità trasforma la propria diversità culturale in supremazia identitaria. L’*etnocentrismo* – termine coniato dal sociologo e antropologo americano William Graham Sumner, nel 1906 – designa una concezione per la quale il proprio gruppo è considerato il centro di ogni riferimento, mentre gli altri raggruppamenti sono classificati e valutati *solo* in rapporto ad esso. Come ha evidenziato lo stesso Sumner, tale fenomeno ha un carattere universale; nel senso che si tratta di una tendenza tipica dell’essere umano nel momento in cui si raffronta e si rapporta con un altro individuo.

È noto, ad esempio, il meccanismo che soggiace alle rappresentazioni sociali ed il ruolo determinante che esse ricoprono. Ciò che è familiare e ciò che non è familiare rientrano in due sfere distinte fatte di idee e di credenze, di universi consensuali, cioè di luoghi, in cui ogni soggetto desidera sentirsi a casa, al sicuro da rischi o conflitti. Le rappresentazioni sociali convenzionalizzano gli oggetti, le persone, gli eventi secondo un processo di categorizzazione; inoltre, esse sono descrittive, ci sono imposte, trasmesse, e sono il prodotto di un’intera sequenza di elaborazioni e cambiamenti che si susseguono nel corso del tempo, attraverso parecchie generazioni. Tutti i sistemi di classificazione, tutte le immagini, e tutte le descrizioni che circolano nell’ambito di una società implicano una stratificazione nella memoria collettiva

e una riproduzione nel linguaggio, che riflette invariabilmente la conoscenza passata e che supera i limiti posti dall'informazione disponibile (Farr, Moscovici, 1989: 30).

Attraverso i meccanismi di *ancoraggio* – cioè di riduzione di idee insolite a categorie ed immagini ordinarie – e di *oggettivazione* – cioè di traduzione di ciò che è, nella mente, astratto in qualcosa che esiste nel mondo fisico – l'uomo genera le rappresentazioni sociali, stabilendo una relazione positiva o negativa con i paradigmi immagazzinati nella nostra memoria.

La questione delle rappresentazioni sociali e dell'incontro/scontro con “ciò che è” l'Altro, all'interno di una comunità, evidenzia tutta la difficoltà di approccio e di interazione tra i membri di più comunità. Nel caso dei Rom/zingari, considerando come elementi discriminanti alcune caratteristiche peculiari e socialmente significative, usualmente la popolazione locale tende a valutarli non per quello che essi realmente sono, nella loro irripetibile singolarità ma in funzione dell'appartenere ad un gruppo, di fatto considerato omogeneo. Ne deriva la nascita degli stereotipi, come già sottolineato prima, ossia quelle configurazioni di tratti che si considerano applicabili ad interi gruppi e ad intere categorie sociali e che, di fatto, regolano le relazioni tra i membri dei cittadini residenti con i membri delle comunità “diverse”, erroneamente considerate un tutto indistinto (Di Giovanni, 2007).

In una società frammentata le identità sembrano molto forti; ma sono in realtà più deboli rispetto alle identità tradizionali sotto molti aspetti. Sono politicamente potenti in una società aperta, democratica, ma sono mobili e mutevoli. Le persone possono spostarsi dall'una all'altra. La maggior parte delle persone, ad esempio, restano attaccate alla religione nella quale sono nate. Ma alcune no; e un piccolo numero di persone è costantemente in cerca di un nuovo cammino spirituale.

La stessa tecnologia, che rende possibile un menu infinito di scelte, appiattisce altresì le scelte da un altro punto di vista. Questa è l'era di una moderna cultura di massa. Le reali differenze culturali, tra paesi nel mondo sviluppato, si sono ridotte. Possiamo distinguere due tipi di situazioni. In una situazione, i paesi del mondo sviluppato diventano molto più simili, perché convergono verso un unico stile o forma di comportamento. L'architettura moderna è internazionale. I grattacieli di Tokyo sono pressoché identici ai grattacieli di New York. I giovani sembrano amare lo stesso tipo di musica; e di divertirsi con gli stessi rumorosi film di azione (provenienti per lo più da Hollywood) in tutto il mondo.

Infine, la globalizzazione, di cui tutti parlano, è un processo che è spesso frainteso. Si pensa ad essa in termini principalmente economici e politici. Ma la globalizzazione economica e politica dipendono pesantemente dalla globalizzazione *culturale*.

Riassumendo: il nucleo essenziale della società orizzontale è un profondo individualismo urbano e relazionale. Questo, nondimeno, si manifesta in affiliazioni, identità, sia a livello nazionale, che a livelli inferiori – è la fonte, in senso culturale e pratico, della politica delle identità.

Gli abitanti di una comunità condividono un territorio, delle tradizioni, spazi e confini che sono dunque sia fisici che psichici, ma ciò che fa di questo aggregato di soggetti una vera comunità è la condivisione della *direzione del cambiamento* (Manetti, 1998). Bisogna considerare la polis (la città) come un ecosistema, all'interno del quale un cambiamento in una parte di esso produce mutamenti in altre parti dello stesso.

La comprensione della *diversità* e lo sviluppo delle *competenze* sono dunque, assieme alla *partecipazione* sociale e politica attiva, attivata dalla *formazione* di un pensiero del e sul *cambiamento* ed attivante lo stesso, le componenti basilari per il raggiungimento di quote maggiori di convivenza e benessere psicofisico, i mezzi “politici” dei quali gli “scienziati del sociale” dispongono. In particolare, è necessario concentrarsi sulla formazione di competenze sempre nuove, che si adattino al divenire sociale, ove per competenza intendiamo sia le conoscenze e le capacità professionali degli agenti sociali, sia le capacità relazionali, in cui un

ruolo fondamentale è svolto dalla capacità di accettare ed “utilizzare” la diversità in quanto agente di sviluppo, fondando la *leadership* e la sua influenza sociale sulla tendenza a formare i cittadini al “potere di”, piuttosto che al “potere su”. La formazione delle competenze, in particolar modo dei politici, e ci si riferisce soprattutto alla capacità dei *leaders locali* di saper *leggere i bisogni* della propria comunità e di saper *riconoscere ed utilizzare le risorse* disponibili nel territorio per soddisfarli, costituisce il perno su cui fondare la possibilità dell’attuazione concreta di tale progetto di ristrutturazione sociale e politica. Fondamentale è, in questo senso, il ruolo svolto dalla psicologia politica di comunità in quanto scienza competente alla produzione di competenze, che siano quanto più specifiche e mirate, con particolare attenzione a quelle di natura socio-affettive.

Essere separati ed essere diversi sono due condizioni che combaciano. Non solo, esse celano un potenziale conoscitivo di grande rilievo. Si tratta della *intenzionalità*, seguita poi dal processo di *interazione*.

L’*intenzionalità*, nella sua accezione derivata dalla riflessione di Edmund Husserl, è una predisposizione che riflette la volontà di un soggetto di “appropriarsi” (metaforicamente inteso) del senso del mondo, attraverso un atto della coscienza. Questo atto di appropriazione determina una trasformazione del mondo in “mondo della vita” (*Lebenswelt*). La prospettiva husserliana rafforza il concetto che senza intenzionalità – cioè volontà di appropriarsi del senso – non esiste neppure conoscenza (*noesi*).

Il guado come attraversamento

Nell’elaborazione della teoria dell’*antropologia della performance* – il termine *performance* deriva dall’antico francese *parfournir* che significa letteralmente “fornire completamente o esaurientemente” – *to perform* significa quindi produrre qualcosa, per portare a compimento qualcosa, o *eseguire* un dramma, un ordine o un progetto. Ma secondo Turner, nel corso dell’esecuzione, si può generare qualcosa di nuovo. La *performance* trasforma se stessa. Le regole possono “incorniciarla”, ma il flusso dell’azione e dell’interazione entro questa cornice può portare ad intuizioni senza precedenti e anche generare simboli e significati nuovi, incorporabili in performance successive.

La *performance* ha quindi un carattere sperimentale e nello stesso tempo critico: attraverso l’*agire psicofisico* è possibile *vivere e portare a compimento un’esperienza* e nella messa in scena del nostro corpo è possibile riflettere sull’*esperienza* stessa.

Dunque, descrivere l’Altro è un’operazione assolutamente fragile e caduca, perché strettamente dipendente dall’arbitrarietà o dalla parzialità delle rappresentazioni.

In tal senso, il passaggio dalla metafora del ponte a quella del *guado* inizia a delinearci quale sviluppo dialettico della nostra riflessione. Il guado, infatti, è quella zona d’acqua poco profonda, solitamente presente in un letto di fiume. Ponendo a confronto l’attraversamento del ponte con quello del guado, è assolutamente palese il maggior sforzo fisico necessario. Fuor di metafora, occorre trasportare l’idea del guado nell’ambito del contatto e dell’incontro tra culture. Nel suo diario *L’Afrique fantôme* (1934), lo scrittore ed etnologo, fotografo Michel Leiris prende coscienza del fatto che l’etnografia, invece di realizzare un avvicinamento all’Altro, lo pone a distanza, giacché ad ogni passo compiuto nel corso di un’inchiesta, si apre una nuova porta che il più delle volte somiglia a un abisso o a un “pantano”. Riprendiamo la critica che l’autore, nei primi decenni del XX secolo, muoveva all’impronta moralizzatrice della disciplina etnologica di allora. L’esperienza del processo acculturativo, quindi, non deve abolire la distanza dall’Altro. Tale distanza, anzi, agisce in modo singolare come un rivelatore del proprio Sé. Proprio per questo la distanza va rispettata e valorizzata nella misura in cui consente di percepire la *diversità*. L’Altro, infatti, non va riconfigurato a partire da Sé perché, altrimenti, ne deriverebbe una perdita anziché un riconoscimento “affascinato” della distanza.

L'*esotismo*, in questa prospettiva, assume la connotazione di esperienza dell'alterità (Segalen, 1978). Il viaggio etnologico – ossia l'attraversamento del guado/pantano – presuppone la consapevolezza della differenza che l'antropologo si accinge ad osservare ed analizzare da lontano. Al contempo, tuttavia, ciò implica l'idea che esista qualcosa come la propria cultura che è diversa da tutte le altre; non in virtù di una staticità culturale o di una presunta "purezza" cristallina ma, piuttosto, quale prodotto di un meticciamento e di una ibridazione culturale. In particolare, il lavoro del ricercatore sul campo è proprio un continuo lavoro fra l'identità e la differenza; un lavoro che ci rimanda, per l'appunto, alla metafora del guado, il cui attraversamento comporta una "fatica" (interpretativa) ed un impiego di energia (di traduzione) per giungere all'Altro, senza perdere i propri connotati identitari ma aprendosi ad un processo di negoziazione in continuo fermento.

Sulla scorta di tale impostazione, ci sembra di poter rimandare ad altri elementi fondativi, quali *rispetto reciproco, riflessione critica, attività di cura e partecipazione di gruppo*. Questi costituiscono le colonne dell'*empowerment sociale*, cioè di quel processo intenzionale, continuo, centrato sulla comunità locale, attraverso il quale le persone possono accedere più facilmente alle risorse e accrescere il controllo su di esse (Cornell Empowerment Group, 1989). In tale prospettiva, l'*empowerment* non è solo un processo ma anche un risultato; il fine ultimo è la nascita di una "società competente" (Iscove, 1974).

Si tratta di guardare al superamento del rapporto fra individuo o comunità. La produzione di solidarietà in luogo della soluzione individualista entrerà con forza anche nell'agenda dell'economista per accogliere un nuovo paradigma relazionale finanche nelle scienze economiche che con Zamagni (2006) si confrontano, per la prima volta, con la categoria dell'*intersoggettività* come categoria a sé. L'economista cioè deve potere distinguere tra le interazioni sociali che regolano il mercato come risultato di uno scambio equo tra due individui e le relazioni interpersonali nelle quali le identità dei soggetti sono modificate dalla relazione stessa: «la relazione interpersonale guarda alla potenza del "tra" come categoria primordiale della realtà umana» (*ivi*, p. 3). Se l'individuo, il soggetto utilitaristico si fa guidare dai suoi bisogni/interessi, la persona si muove in una relazione di reciprocità nella quale i due soggetti sono più della somma delle singole identità tanto da costituire una terza realtà: appunto, lo spazio della relazione interpersonale. Essa cioè non è relazione in funzione dell'individuo così come non è relazione in funzione esclusivamente dell'altro e del suo bisogno. Se nel primo esempio, stiamo dentro una logica di mercato utilitaristica, nel secondo stiamo dentro le svariate forme di beneficenza e di altruismo, ma nessuna delle due soddisfa il paradigma relazionale della reciprocità (*ibidem*).

Con esso quanto concerne la persona non va ricercato solo nelle persone stesse – e dunque nelle loro motivazioni intrinseche o estrinseche – ma anche e soprattutto "tra" di loro. Un'economia che diviene sociale o associativa e che ricorda ampiamente la lezione di Lewin alla luce della quale il mercato verrebbe ad avere le caratteristiche della dinamica della relazione tra le persone piuttosto che singole interazioni pre-programmate dagli interessi individuali.

È da qui che si giunge al principio del dono come reciprocità. «Il *proprium* del legame tra le persone è eccedente, cioè va oltre la prospettiva dello scambio, che non si rivela la cornice interpretativa adeguata a dar conto delle relazioni basate sulla reciprocità» (Zani, 2005, p. 35). Nell'economia del dono si dà affinché, a sua volta, l'altro possa sperimentare la donazione e non necessariamente con la stessa persona che ha elargito per prima il dono né scambiando un oggetto equivalente in termini di valore in sé.

Questa stessa reciprocità si configura come reciproca poiché oltre alla non remunerazione per le prestazioni e al di là della spontaneità e del beneficio arrecato all'altro (fin qui si tratterebbe di beneficenza...) l'azione è derivata da una motivazione interna del fare *con* gli altri (caratteristica specifica della reciprocità gratuita).

Ecco perché il dono è lo strumento che consente di accedere alla relazione tra persone, contemplando sempre la possibilità di ricambiare non il valore di quanto si è ricevuto piuttosto di ricambiare lo stare in relazione come capacità effettiva di contraccambiare (Zamagni, *op. cit.*) e dunque di riconoscere l'altro e le sue potenzialità. In questo paradigma l'aiuto che si fornisce all'altro non esita in dipendenza né in assistenza poiché non perde mai di vista la possibilità di «coniugare l'aiuto all'altro con il riconoscimento delle sue capacità personali» (*ivi*, p. 14).

Una tale economia di mercato consente di produrre solidarietà piuttosto che consumarla nella misura in cui al dare e ricevere e conseguente donarsi dell'altro, in nome del principio di reciprocità, il beneficio dell'altro è beneficio anche per sé: si fa *bene comune* per via della partecipazione alla relazione senza la quale non si darebbe neppure la reciprocità.

Il legame all'interno della comunità si apre così all'altro, al terzo, in una rapporto fiduciario, gratuito e reciproco.

È questo lo specifico umano che Donati teorizza nella sua teoria relazionale della società (1991) e al suo applicarsi nelle scienze sociali con risvolti assolutamente pragmatici per le prestazioni dei servizi ai cittadini (Donati, 2005); o ancora la prospettiva di rete proposta da Folgheraiter (2007) di inclusione del terzo settore e del non profit per la costruzione del bene comune; è questo lo specifico della riforma del *welfare* che riscopre l'umano delle prestazioni di cura e l'utente-persona; di un territorio che nei Piani di Zona si fa comunità condivisa di servizi e riconoscimento di prestazioni trasversali a tutta la popolazione (venendo meno l'etichettamento dei marginali e dei disagiati). Questa, investita del ruolo di partecipante attiva nell'orientare la politica di *governance* degli stessi servizi, si scopre partner del pubblico e del privato associato.

Potremmo affermare, in sintesi, che il guado è l'etica stessa del dono. Il guado attiene alla possibilità di riconoscersi vulnerabili, immersi in un rischio controllato ma ineliminabili, alla ricerca di percorsi e di legami e non di separazioni da mediare. Il guado rappresenta una dimensione di pericolo ma anche di misura della crescita delle proprie competenze. Nella ricerca del guado c'è oltrepassamento, il superamento di una "oltrerità" che sa farsi legame, meticcio culturale. Il guado è l'elogio della disidentità come ricerca di una capacità di dialogare ed attraversare il limite riconoscendo la nostra limitazione.

Un dialogo con la morte e con la vulnerabilità che riconosce l'impossibilità dell'onnipotenza dell'uomo, che aspetta il finire come dimensione costante nell'impegno alla ricerca di un guado, invisibile, che si sposta, che addensa paludi e pietre dure, che non è riparo né forza, né ponte, né cuore indurito dalla passione perversa dell'identità.

Conclusioni

La comunità si differenzia dalla città sociale, come la convivenza caratterizzata da vincoli sentimentali e affettivi è diversa dalla convivenza segnata da un contratto sociale il cui legame si distingue per il vincolo esclusivamente utilitaristico.

Il concetto di comunità è un costrutto sicuramente *inclusivo*, poiché incorpora aspetti differenti e variegati della vita sociale; è *indeterminato* per il suo essere allo stesso tempo un punto di vista politico, sociologico e psicologico; infine, è *incompleto*, poiché ogni qual volta ci si riferisce alla comunità bisogna necessariamente aggiungere a tale termine un aggettivo che intervenga a specificare di quale comunità si sta discutendo: terapeutica, religiosa, lavorativa, educativa, virtuale. (Lavanco Novara, 2006).

In questo senso, l'appartenenza territoriale non deve essere intesa come un dato di fatto non suscettibile al cambiamento. Infatti, la realtà odierna attraversata da un crescente sviluppo ambientale, spinge gli individui e i gruppi ad una incessante mobilità che genera pluriappartenenze. Queste mettono in evidenza un'importante trasformazione dei legami che

si generano in una comunità, che assume le sembianze di un fenomeno relazionale piuttosto che territoriale (Amerio, 2000).

Cooley (1909), a tal proposito, fornisce una definizione di comunità intesa come fatto relazionale: la comunità è, dunque, formata da una rete di relazioni che si sviluppano all'interno di un campo dinamico di forze presenti in un determinato spazio mentale, in cui individui e gruppi che vi appartengono intrattengono tra loro rapporti di scambio reciproco.

L'eredità di Lewin, all'interno di questa riflessione, è circoscritta ad un'area di analisi dei problemi sociali che avviene attraverso la "teoria del campo", fondata sull'integrazione di teoria, pratica e ricerca. Nello specifico, si tratta di un approccio metodologico che permette di leggere scientificamente i fenomeni sociali, alla luce della relazione causale che si stabilisce tra i diversi accadimenti. Il principale assioma della teoria del campo consiste nel considerare qualsiasi tipo di comportamento all'interno di un *campo psicologico*, dipendente dalla configurazione del campo psicologico "in quel dato momento". Questo significa che la dimensione temporale "presente" che caratterizza il campo psicologico in un dato momento, potrebbe influenzare l'accadimento di un evento comportamentale o il punto di vista di un individuo. Tuttavia, non possiamo considerare che, la dimensione temporale del passato e del futuro della vita di un individuo non abbia ragione di esistere, piuttosto è la configurazione del campo in un dato momento presente che può contenere i punti di vista attraverso cui l'individuo guarda al suo passato e al suo futuro.

L'aspetto chiave del campo è l'*interdipendenza*, per cui le regole che governano l'evolversi del campo psicologico non dipendono dalle caratteristiche delle singole parti che lo compongono, piuttosto dalla configurazione globale del sistema di forze. Il campo è un sistema dinamico di forze. Le aree che si identificano nel campo in un dato momento sono:

- lo *spazio di vita*, che si riferisce alla relazione tra persona (P) e ambiente psicologico (A), per cui il comportamento che dipende dallo spazio di vita è funzione della persona e dell'ambiente, descritto secondo la già citata formula $C = f(P, A)$;
- accadimenti che non hanno effetti diretti sull'individuo, sebbene presenti nel mondo fisico e sociale;
- accadimenti che si dispongono nell'interfaccia tra lo spazio di vita e il mondo esterno.

Quanto basta per utilizzare una metafora in chiusura della nostra riflessione. Fra famiglie con complessi problemi ne spicca sicuramente una, quella di una oscura regina della verità menzognera. "Ecco, incominciamo! Quando giungeremo alla fine di questa storia ne sapremo più di quello che sappiamo adesso. Sapremo che tutto fu opera di uno spirito malvagio, uno dei più cattivi, il diavolo in persona".

Forse, davvero, il demonio costruisce ponti e li sogna, li immagina, li fa vivere nei nostri desideri, ma astutamente ci distrae: "Un giorno era davvero di buon umore perché era riuscito a fabbricare uno specchio con questi poteri: ogni cosa che vi si specchiasse veniva trasformata, ciò che era bello si deformava, e ciò che era brutto diventava ancora più orrendo. I paesaggi più belli sembravano desolanti, gli uomini migliori perfidi, le facce erano iriconoscibili. Un divertimento raffinato per il diavolo. Se vi era un pensiero buono, diventava una smorfia di dolore; si poteva ridere dell'orrore e del dolore. Il diavolo rideva della sua invenzione ed a tutti diceva che era ora possibile vedere d'ogni cosa la verità più vera".

Il gioco lascia il dramma e si fa crudele, intriso di una menzogna che tende impossibile l'agire e il sogno stesso dell'azione: "Tutti corsero a vedere e non vi fu nulla che non fosse alla fine ampiamente deformato dallo specchio. E allora vollero arrivare in alto, nei cieli, fino alla fonte di ogni verità: per deformarla. Ma più salivano più la risata si faceva forte per le molte deformazioni che si andavano vedendo. Fu così che lo specchio si mise a tremare ed infine si ruppe in milioni di minuscoli frammenti: quasi una polvere. Quello che accadde fu di gran lunga più grave, perché quella polvere finì negli occhi di molti, soprattutto quelli

che si dicevano grandi osservatori, capaci di vedere cose che gli altri non vedevano e non capivano”.

La sfida posta dalla separazione, dunque, non ammette soluzioni: “Tutti videro allora deformate le cose del mondo, le persone. Ad alcuni persino accadde che un granello di quella polvere di specchio finisse nel più profondo del cuore, ed il cuore divenne di ghiaccio, incapace a vedere e sentire ogni cosa. Certe schegge furono lenti per occhiali, altre vetri e finestre, fu così che molti si dissero osservatori senza vedere null’altro che le immagini deformate che erano incapaci di comprendere negli occhi e nel cuore”. Nel tempo *La regina delle nevi* raggiunge il suo scopo, come certi ponti che si sbriciolano fra realtà ed immaginazione, fra sistema e cambiamento, fra comunità e persone che donano.

Riferimenti bibliografici

- Amerio, P. (2000). *Psicologia di comunità*. Bologna: Il Mulino.
- Amerio, P. (2004). *Problemi umani in comunità di massa*. Torino: Einaudi.
- Amerio, P. (2005). Una comunità aperta e pluralistica e un compito per la psicologia di comunità. *Psicologia di comunità*, 1, 15-30.
- Bandura, A. (a cura di) (2000). *Il senso di autoefficacia: aspettative su di sé e azione*. Tr. it. Trento: Erickson.
- Bauman, Z. (1999). *La solitudine del cittadino globale*. Tr. it. Milano: Feltrinelli, 2000.
- Bourdieu, P. (1977). The Forms of Capital. In J. Richardson (ed.). *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. New York: Greenwood, 241-8.
- Burr, V. (2002). *La persona in psicologia sociale*. Tr. it. Bologna: Il Mulino, 2004.
- Catellani, P. (1997). *Psicologia politica*. Bologna: Il Mulino.
- Coleman, J. (1990). *Foundation of social theory*. Cambridge, MA: The Belknap Press of Harvard University Press.
- Cooley, C. H. (1909). *Social Organization*. New York: Scribner's (trad. it. *L'organizzazione sociale*, Milano: Comunità, 1963).
- Cornell University Empowerment Group (1989). *Networking Bulletin: Empowerment and Family Support*. Vol. 1, Issue 1, October, 1989.
- Cunningham, B. (1976). Action Research: Toward a Procedural Model. *Human Relations*, 3, pp.215-238.
- Di Giovanni, E. (2007). *Childhood in a rom/gypsy camp in southern-Italy: an anthropological perspective*. In H. Phtiaka, S. Symeonidou (eds.). *School and Families in Partnership: Looking into the future*, pp. 312-320.
- Dilani, M. (1997). *L'invenzione dell'altro. Saggi sul discorso antropologico*. Bari: Dedalo.
- Donati, P. (1991). *Teoria relazionale della società*. Milano: Franco Angeli.
- Donati, P. (2005). *Invito alla sociologia relazionale*. Milano: Franco Angeli.
- Fabietti, U. (2003⁶). *Antropologia culturale. L'esperienza e l'interpretazione*, Laterza, Roma-Bari.
- Farr, R.M., Moscoviti, S. (a cura di) (1989). *Rappresentazioni sociali*. Bologna: Il Mulino.
- Folgheraiter, F. (1995). Il servizio sociale di comunità in un ottica di rete. In Sanicola, L. (a cura di). *Reti sociali e intervento professionale*. Napoli: Liguori.
- Folgheraiter, F. (2007). *La logica sociale dell'aiuto. Fondamenti per una teoria relazionale del welfare*. Trento: Erickson.
- Friedman, L. (1999). *The Horizontal Society*. New Haven: Yale University Press (trad. it. *La società orizzontale*, a cura di G. Pino. Bologna: il Mulino, 2002).
- Fukuyama, F. (1996). *Fiducia*, Milano: Rizzoli.
- Gellner, E. (1994). *Le condizioni della libertà*. Trad. it. Milano: Edizioni di Comunità, 1996.

- Granovetter, M. (1974). *Getting a Job: A Study of Contracts and Careers*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Habermas, J. (1981). *Teoria dell'agire comunicativo*. Trad. it. Bologna: Il Mulino, 1986.
- Hall, E. T. (1966). *The Hidden Dimension*. New York: Doubleday.
- Hanifan, L. J. (1920). *The community center*, Boston: Silver, Bourdette and Co.
- Hannerz, U. (1998). *La complessità culturale*. Bologna: Il Mulino (ed. or. 1992).
- Harrè, R. (1998). *La singolarità del sé*. Tr. it. Milano: Raffaello Cortina, 2000.
- Iscoe, I. (1974). Community psychology and the competent community. *American Psychologist*, 29, pp. 607-613.
- Iscoe, I., Harris, L.C. (1984). Social and Community Intervention. *Annual Review of Psychology*, 35, pp.333-360.
- Kaneklin, C., Manoukian, F. (1990). *Conoscere l'organizzazione. Formazione e ricerca psicosociologica*. Roma: NIS.
- Lavanco, G. (2000). Polis e'è comunità: la convivenza come progetto. In F. Di Maria (a cura di). *Psicologia della convivenza*. Milano: Angeli.
- Lavanco, G. (a cura di) (2001). *Oltre la politica. Psicologia di comunità, giovani e partecipazione*. Milano: Franco Angeli.
- Lavanco, G., Novara, C. (2002). *Elementi di psicologia di comunità*. Milano: McGraw-Hill.
- Lavanco, G., Novara, C. (a cura di) (2005). *Marginalia. Psicologia di comunità e ricerche-intervento sul disagio giovanile*. Milano: Franco Angeli.
- Lavanco, G., Varveri, L. (2004). Anticomunità: costruito, cultura e strumento di intervento. *Studi Junghiani*, 1, 117-136.
- Leavy, R. (1983). Social support and psychological disorder: a review. *Journal of Community Psychology*, 11, 3- 21.
- Lévi-Strauss, C. (1980). *L'identità*. Palermo: Sellerio (ed. or. 1977).
- Lewin, K. (1951). *Teoria e sperimentazione in psicologia sociale* (Trad. it. Bologna: Mulino, 1972).
- Maguire, L. (1983). *Il lavoro sociale di rete*. Trad. it. Trento: Erikson, 1987.
- Manetti, M. (1998). La comunità e i gruppi. In Bertani, B., Manetti, M., Venini, L. (a cura di). *Psicologia dei gruppi*. Milano: Franco Angeli.
- Martini, E. R. (2002). La ricognizione sociale. In Prezza, M., Santinello, M. (a cura di). *Conoscere la comunità*. Bologna: Il Mulino.
- Matera, V. (2006). *Antropologia in sette parole chiave*. Palermo: Sellerio.
- McMillan, D., Chavis, D.M. (1986). Sense of community. *Journal of Community Psychology*, 14, 6-22.
- Murrell, S. (1973). *Community Psychology and social system*. New York: Behavioral Publications.
- Noto, G., Lavanco, G. (2000). *Lo sviluppo di comunità*. Milano: Franco Angeli.
- Putnam, R. (1993), *Making democracy work*, Princeton NJ: Princeton University Press (trad. it. *La tradizione civica nelle regioni italiane*, Milano: Mondadori, 1997).
- Putnam, R. (2000). *Bowling Alone. The Collapse and Revival of American Community*. New York: Simon and Schuster.
- Saranson, S.B. (1974). *The psychological sense of community*. San Francisco: Jasey Bass.
- Scabini, E. (2004). All'origine del legame sociale: fiducia, rischio, reciprocità. In N. De Piccoli, G.P. Quaglino (a cura di), *Psicologia sociale in dialogo. Scritti in onore di Piero Amerio*. Milano: Unicopli.
- Segalen, V. (1978). *Essai sur l'exotisme. Une esthétique du divers*. Montpellier: Fata Morgana.
- Sumner, W.G. (1906). *Folkways: a study of the sociological importance of usages, manners,*

customs, mores, and morals. Boston: Ginn and Co..

Tajfel, H. (1981). *Gruppi umani e categorie sociali*. Tr. it. Bologna: Il Mulino, 1995.

Turner, V. (1975). *Dramas, Fields, and Metaphors: Symbolic Action in Human Society*. Chicago: Cornell University Press.

Turner, V. (1993). *Antropologia della performance*. Bologna: Il Mulino (ed. or. 1986).

Van Gennep, A. (1981). *Riti di passaggio*. Torino: Bollati Boringhieri (ed. or. 1909).

Zamagni, S. (2006). L'economia come se la persona contasse: verso una teoria economica relazionale. *Working paper*, 32, 1-28.

Zani, B. (2005). Quali possibili basi per "comunità possibili"? Occupiamoci di identità, reciprocità e fiducia. *Psicologia di comunità*, 1, pp. 31-40.

Zani, B., Palmonari, A. (a cura di) (1996). *Manuale di psicologia di comunità*. Bologna: Il Mulino.

Zimmermann, M.A., Rappaport, J. (1988). Citizen Participation, Perceived Control, and Psychological Empowerment. *American Journal of Community Psychology*, 5, 725-750.

La Medicina Narrativa: un utile strumento nella comunicazione transculturale

Luisa Lenguini
MMG ASL1-Sassari

“...ma quando voi medici ci visitate, negli ambulatori o negli ospedali, vedete solo il Corpo o anche l'Anima?”

Questa la sorprendente domanda che mi fece circa dieci anni fa Birame, un ragazzo senegalese, durante un incontro con gli allievi della scuola di formazione in Medicina Generale sollecitato da uno di loro che mi aveva chiesto: “Cosa pensano gli immigrati della nostra sanità?” Ed io, che non me l'ero mai chiesto, ne avevo invitati alcuni per parlarne.

Birame aveva chiesto di poter fare una domanda importante, prima di iniziare, perché, dalla risposta, sarebbe dipeso il suo parere.

“Quella” domanda per me è stata un'illuminazione, intuita istintivamente, appena turbata da un'ombra di imbarazzo per quella che, da subito, mi era apparsa come una mia carenza, anche se dovevano passare anni prima che ne comprendessi appieno il significato. Quello è sicuramente stato il mio primo incontro con la Medicina Narrativa, il primo pezzetto di un puzzle di cui da poco ho cominciato ad intravedere la forma.

E' da allora che mi alleno a cercare il contatto con “l'anima” dei miei pazienti, e a pensare, oltre che alla malattia, alla persona che ne è portatrice. Quella domanda aveva aggiunto alla ricerca dei sintomi e delle evidenze scientifiche la relazione, l'esperienza umana, le emozioni mie e del paziente. Senza saperlo, avevo cominciato a fare Medicina Narrativa(MN) e a ritrovare sensazioni antiche tornate dai libri e dalle poesie letti, dai film visti, dalla musica ascoltata. Nel frattempo mi avvicinavo ed approfondivo i concetti di Medicina e Relazione Transculturale; utilizzavo definizioni come “*non è una nuova medicina, ma un nuovo modo di fare medicina*” “*è la medicina della persona e non solo della malattia*” per la quale basta dare tempo e attenzione all'altro per riuscire a comunicare con afgani e cinesi, rom e senegalesi.

Poi l'incontro, quasi un rendez-vous, organizzato da un amico lungimirante e intuitivo, con la MN. Le prime letture, gli approfondimenti, l'entusiasmo, le domande: “Ma da dove arriva la MN?”

Tutto comincia nel 1927 da Heidegger, padre della “Filosofia Ermeneutica”, che sostiene che soggettività (quello che sente il paziente) ed oggettività (quello che vede il medico) sono inseparabili e che, letteralmente, “corpo e anima” sono inscindibili. Ma io avevo già sentito qualcosa di simile... Sì, Birame. Stupefacente! Birame come Heidegger.

Nel 1977 Engel afferma che per comprendere e curare la malattia è necessario cogliere, oltre alla dimensione biologica del paziente, quella psicologica e sociale(l'anima, il 'vissuto').

Nel 1980 un insigne antropologo di Harvard, Byron Good, nel suo libro “Narrare la malattia” sostiene che il vissuto di malattia è correlato alla ‘cultura’ del paziente, nel senso più ampio ed onnicomprensivo, partendo da processi interpretativi non misurabili con strumenti, né comparabili ad altri vissuti. Circa 10 anni dopo conierà la definizione di Medicina Narrativa (NBM, narrative based medicine), non in contrapposizione né in antitesi con la EBM (Evidence Based Medicine), ma in perfetta simbiosi e a naturale completamento di essa. Di nuovo corpo e psiche... Qualche anno prima, nel 1976, un altro antropologo statunitense, Cassel, definì la differenza tra Illness (vissuto di malattia, ciò che prova il paziente) e Disease (la malattia organica) e, qui in Italia, Nicoletta Diasio fu una delle prime a parlarne.

La necessità di fare questa distinzione sottolinea ulteriormente il concetto di vedere il paziente come un unicum, corpo e psiche.

Questo il percorso “di pensiero” fatto per arrivare alla odierna MN il cui nome è sicuramente evocativo del suo significato, ma non è affatto onnicomprensivo poiché nasconde molteplici valenze ed interpretazioni che solo nella pratica quotidiana si possono conoscere e ri-conoscere. E’ strettamente imparentata con le MH (Medical Humanities), anzi, per alcuni autori ne fa parte, alla stregua dell’arte pittorica, della letteratura, del cinema traendo le sue origini dalla parte più profonda del nostro essere, quella emotiva, e perciò ha bisogno di risposte non limitate alla sfera razionale, ma le servono confidenza e frequentazione delle emozioni che poi, al momento della relazione, saranno la vera moneta di scambio tra medico e paziente. Ancora, può essere considerata uno strumento alla stregua del fonendoscopio o dello sfigmomanometro solo che va a sondare nell’intimità più profonda dell’altro e va usata con attenzione.

Giorgio Bert, un medico studioso di MN, la definisce un atteggiamento mentale che comprende disponibilità, apertura, continuità.

E’ comunque un intervento medico alla stregua di Anamnesi ed Esame Obiettivo.

Invece, non è Medicina Narrativa la pura narrazione, lo sfogo; non è neanche la somma di due monologhi: paziente e medico distanti anni-luce che parlano a sé stessi...

In questa speciale, particolarissima relazione vi sono alcune regole da seguire per farne una “buona pratica”.

Innanzitutto, la qualità dell’ascolto perché, come mi riferì un paziente appena dimesso dall’Ospedale:

“Sì, perché loro ti sentono, ma non ti ascoltano.

Sentire ed ascoltare non è la stessa cosa.”

L’ascolto dev’essere empatico, partecipato, attento e silenzioso.

Il dialogo va costruito con pazienza e condotto, un po’ dietro le quinte, anche se con tecniche codificate (counselling); la narrazione va evocata, facilitata guidata, riepilogata; a volte, se necessario, se diventa uno sfogo, va arginata ed eventualmente interrotta.

La MN prevede la *co-costruzione* del dialogo perché non dev’essere un monologo del paziente, ma deve prevedere lo scambio interattivo di informazioni e sensazioni mediate dall’empatia di entrambe le parti. Solo così il dialogo sarà costruito insieme (co-costruzione).

A volte, se vi è una bassa compliance per la terapia o gli accertamenti diagnostici può essere necessario *ricontestualizzare* il paziente e la sua storia in un ambito più vasto; familiare, culturale o sociale che travalichi i confini posti sino ad allora, aprendo spazi e scenari nuovi in cui ricollocare il paziente comprendendone e favorendone meglio le dinamiche.

La storia del paziente è la storia della sua famiglia e bisogna conoscerla, tenerne conto.

Costruita e condivisa la storia di malattia bisogna pensare al Progetto Terapeutico che non è semplice prescrizione di farmaci, ma un vero e proprio piano d’azione da concordare con il paziente. Ovviamente, il medico utilizzerà le sue competenze basandosi sull’EBM e prospetterà al paziente una *storia terapeutica* motivandone la necessità e le conseguenze del seguirla o meno.

Si tratta di costruire insieme una storia del futuro che potrebbe diventare la “*storia della guarigione*” utilizzando un progetto terapeutico che, oltre all’assunzione di farmaci o utilizzo di tecniche riabilitative preveda cambiamenti degli stili di vita o di lavoro, se necessario.

Insieme, vanno scelte le modalità più adeguate al tipo di abitudini, mentalità, possibilità, impegni del paziente. (Mattingly 1991: *therapeutic employment*)

Alla fine, si tratta solo di conoscere bene il proprio paziente, il suo contesto e di motivarlo.

Diversi anni fa, un mio piccolo paziente, aveva circa 12 anni all’epoca, manifestò una graduale e incomprensibile ipoproteinemia enterodisperdente che si manifestava con edemi

diffusi e astenia. Mentre si facevano gli accertamenti per comprenderne la causa, le proteine dovevano comunque essere reintegrate. Lui era molto spaventato e mi chiese di non mandarlo in Ospedale. In realtà non era necessario e ci accordammo per praticargli una o due fleboclisi di albumina, a seconda dei valori rilevati, a giorni alterni. Il ragazzino perse pochissimi giorni di scuola: praticavo le flebo al pomeriggio e la scelta del braccio da utilizzare dipendeva dalla necessità di dover scrivere o meno. Dell'accordo fece parte anche una magnifica bicicletta che gli sarebbe stata regalata per la promozione. Non si sentì mai "diverso" o "malato" e fu promosso a pieni voti. Dopo circa due anni guarì in modo inaspettato, quasi "misteriosamente". Ma questa è un'altra storia.

Le modalità ed i percorsi della MN, in quanto medicina che "vede" l'anima sono particolarmente utili nella relazione transculturale, con lo straniero.

Lo straniero, il migrante che si ammala e per necessità si ritrova in un contesto sanitario, sente ancora di più l'estraneità, la differenza, la difficoltà relazionale.

La condizione di malattia lo rende più fragile, indifeso.

La sofferenza lo spaventa, ma lo spinge comunque a cercare aiuto. Non sa cosa aspettarsi, né come controllare il nuovo ambiente e i "riti" sconosciuti che lo circondano.

Spesso ha aspettative che andranno deluse.

In tutto questo, il dialogo attento all'altro, l'empatia, la disponibilità all'ascolto, anche se più difficile per le difficoltà linguistiche e semantiche, l'invito alla narrazione e l'attenta conduzione della stessa, la costruzione, insieme, di un racconto che sveli sintomi e paure, la ricerca e l'offerta di soluzioni adeguate, comprensibili e fruibili si rivelano risolutive.

Le tecniche proprie della MN utilizzate con i migranti esprimono appieno le proprie potenzialità soprattutto se vengono utilizzate in una efficace comunicazione transculturale.

Queste due modalità di approccio alla relazione presentano molte affinità e qualche differenza.

Affinità come l'attenzione per la persona, per la sua unicità, l'ascolto empatico,

L'Ambulatorio di Medicina Transculturale, dove si tiene conto di culture e differenze e si rispettano, ma senza diventare etnocentrici, è forse un luogo davvero privilegiato e deputato all'esercizio della medicina narrativa.

Le narrazioni dei nostri pazienti stranieri possono aprirci non solo la strada della diagnosi e della comprensione dell'altro, ma anche di nuove modalità di accudimento.

Le emozioni si comportano come i liquidi nei vasi comunicanti: si diffondono dall'uno all'altro e omogeneizzano le sensibilità, riducono asperità e differenze.

C'è, piuttosto, il differente uso del tempo.

Nella MN, se la narrazione si è trasformata in uno sfogo, va arginata e anche interrotta, se è il caso. Comunque l'uso del tempo è soggetto a precise limitazioni.

Nella relazione transculturale il tempo è molto importante, potrebbe essere controproducente mettere dei limiti rigidi.

Il migrante, e noi con lui, ha difficoltà ad esprimersi ed a comprendere; ha bisogno di includere nella narrazione particolari importanti sulla sua vita precedente, su abitudini altre, deve cercare i termini giusti per farci capire.

Per cui, pur "cum granu salis" il tempo non va lesinato perché c'è il rischio di non arrivare alla diagnosi, di non cogliere particolari importanti.

All'inizio appare che la malattia è la nostra seconda cittadinanza, quella che ci costringe a divenire cittadini di 2° classe di un paese che non vorremmo mai abitare, l'altro paese.....

Susan Sontag 1991

Bibliografia

- Byron Good: “Narrare la malattia”. Edizioni di Comunità -Torino 1999
- Marco Mazzetti: “Il dialogo transculturale”. Carocci Faber - Roma 2003
- Giorgio Bert: “Medicina Narrativa”. Il Pensiero Scientifico -2007
- G. Bert, Silvana Quadrino: “Parole di Medici, parole di Pazienti”. Il Pensiero Scientifico -2007
- Lucia Zannini: “Medical Humanities e Medicina Narrativa”. Raffaello Cortina - 2008

L'esperienza del Poliambulatorio per Immigrati nell'Area Sanitaria della Caritas Diocesana di Roma, laboratorio di medicina transculturale.

Bianca Maisano

Area Sanitaria Caritas Roma

La storia del Poliambulatorio della Caritas Diocesana di Roma ha compiuto lo scorso anno 25 anni. Un'età importante in cui si mettono le basi progettuali della vita e si fanno scelte determinanti per il futuro. L'aspetto che stimola maggiormente la mia riflessione è dunque la *progettualità*.

Rapidi cambiamenti, lente trasformazioni

Le migrazioni del ventesimo secolo ci hanno ormai abituato a forti e rapidi mutamenti di scena: in questi anni abbiamo assistito all'arrivo di popolazioni di tutti i continenti riconoscendo in ogni storia, in ogni persona, il segnale, la spia luminosa che si accende quando qualcosa nel paese di provenienza non funziona adeguatamente. Abbiamo imparato a scrutare dietro lo sguardo delle persone la loro storia, ad interrogarci sulla loro famiglia, sul loro percorso migratorio, sui loro progetti, sulla conoscenza della lingua e sulle molteplici appartenenze di ogni esistenza.

Il ventunesimo secolo, il terzo millennio, caratterizzato dalla forte spinta della globalizzazione, ci ha sorpresi svuotati di ideali e di punti di riferimento profondi, e la complessità dei movimenti migratori si è imbattuta drammaticamente con un terreno povero, dove la convivenza tra le diversità, si è trasformata in un problema: di qui gli impressionanti e rapidi passi indietro che hanno improvvisamente trasformato alcuni irrinunciabili punti fermi, come il diritto alla salute e all'assistenza per tutti, in fragili punti di discussione o in merce di scambio elettorale. Potere e profitto, sono senza dubbio le religioni attualmente più diffuse nel mondo occidentale.

In questo clima *sismico* che caratterizza le società contemporanee, per sapere dove andare, per la progettazione, è indispensabile non solo una bussola ma una *visione multifocale* in grado di mettere a fuoco contemporaneamente il vicino ed il lontano, il passato, insieme al presente ed al futuro. Infatti se i cambiamenti dovuti alle migrazioni sono rapidi, molto lento è invece il cammino della trasformazione della mente e del cuore che conosce fibrillazioni, slanci in avanti e regressioni impressionanti.

La progettualità dell'Area Sanitaria Caritas

Più che soffermarmi sull'attività del Poliambulatorio, da sempre servizio a bassa soglia d'accesso e ad alto impatto relazionale, vorrei provare ad osservarlo nel suo impianto strutturale, all'interno dell'Area Sanitaria della Caritas di Roma. Si perché *l'assistenza sanitaria*, iniziata nel 1983 per intuizione di Riccardo Colasanti e con la spinta profetica di don Luigi Di Liegro, storicamente rivolta agli stranieri irregolari, ora chiamati troppo sinteticamente con la sigla "STP", è solamente il primo di quattro pilastri che definiscono la progettualità della Caritas sui temi della Medicina delle Migrazioni. Una progettualità nella quale don Luigi seppe coinvolgere molti.

Vogliamo una città diversa, una città nuova, che appartenga a tutti perché fatta da tutti. Una città che sia la città del dialogo. Dialogo tra i suoi cittadini, tra fede e tecnica, tra aspirazioni e impegni...

L'accreditamento di un'esperienza

La dinamica che anima questo approccio diverso nella presa in cura di chi è, anche momentaneamente, escluso dal diritto all'assistenza sanitaria, ci ha spinto e ci spinge continuamente a rispondere concretamente ed efficacemente al bisogno di salute non sostituendoci però a ciò che è e deve essere garantito dallo stato, integrando e non sostituendoci nelle risposte ed intercettando sempre di nuovo i bisogni di chi si trova al margine del sistema.

La direttrice del nostro intervento deve sempre essere, ovviamente, verso l'inclusione dei soggetti nel sistema con un approccio partecipativo.

Per questo penso che l'*accreditamento* di un ambulatorio come il nostro, se l'obiettivo è il miglioramento della qualità dell'assistenza, è sicuramente uno strumento utile, che permette al privato sociale di mettere in rete la propria esperienza, di apportare positivamente al sistema, con risparmio di risorse e di tempi, i risultati, le chiavi progettuali e le proposte politiche derivate dal proprio specifico impegno sul campo.

Nel nostro caso la specificità riguarda *in primis* la popolazione immigrata irregolare, ma include anche gli zingari, i senza dimora e gli anziani, le persone con problemi di salute mentale e le nuove forme di povertà e di esclusione come attualmente è il caso dei cinesi. Gli ambulatori che fanno capo al Poliambulatorio di Via Marsala, presso la Stazione Termini, offrono prestazioni sanitarie gratuite e soprattutto esercitano un'azione di orientamento fornendo informazioni ed indicazioni per l'utilizzo delle strutture pubbliche e di percorsi assistenziali appropriati.

La fondamentale attività nel campo della *Medicina di base* si integra con l'impegno del *Centro odontoiatrico*, di due *sezioni specialistiche* e di un *centro medico mobile* che funziona anche come *informasalute*, strumento strategico per avvicinarci a quelle realtà nascoste o scomode che, per svariati motivi, non accedono naturalmente al nostro servizio.

Questo dunque il primo pilastro della struttura portante dell'Area sanitaria.

L'esigenza di capire e di confrontarsi

Ma accanto al naturale impulso a prendersi cura degli immigrati più svantaggiati, che ha coinvolto il primo gruppo di volontari e obiettori di coscienza, si è immediatamente collegata la voglia di *conoscere, di approfondire, di studiare* attraverso l'analisi scientifica dei dati epidemiologici, questa realtà nuova ed avvincente. Il secondo pilastro.

Non è possibile infatti fornire risposte se non si conosce il fenomeno, se non si riflette su ciò che si fa, se non si trovano risposte alle domande, se non si progetta a partire dai bisogni.

Fin dal 1983, con l'avvio del servizio di medicina di base fu realizzata una *banca dati* dove si raccolgono quotidianamente le informazioni cliniche e sociali dei pazienti incontrati. Ad oggi sono state inserite circa 90.000 schede pazienti. Un monitoraggio costante che non solo ha permesso di valutare alcune caratteristiche della popolazione che incontriamo e le loro variazioni nel tempo, ma ha consentito anche il *confronto con le esperienze di altre realtà* in Italia e all'estero.

Un monitoraggio continuo viene realizzato anche sulle normative locali che interessano la salute dei soggetti più deboli con la realizzazione di un osservatorio su questo tema.

Era naturale che le ricerche cliniche degli inizi si concentrassero sullo studio di attese e sconosciute malattie infettive, dalle quali si ipotizzava fosse affetta la popolazione migrante, come per esempio l'AIDS e la tubercolosi; successivamente, chiarito il profilo sanitario, le ricerche si sono sviluppate più in un senso qualitativo ed hanno riguardato prevalentemente i temi della salute mentale e delle somatizzazioni, dei disagi e dei traumi psichici legati all'esperienza migratoria. Dalle prime osservazioni la nascita del *progetto Ferite invisibili*, ampiamente rappresentato in questa *Consensus Conference*.

Sottolineo a proposito della ricerca un criterio, sempre molto attuale, ma soprattutto in questi tempi in cui in diversi ambiti scientifici ed accademici si promuovono indagini e studi sulla salute della popolazione migrante. Uno dei *principi etici cardine*, che ci ha sempre guidato nell'impostazione della ricerca, è che i risultati debbano avere una ricaduta abbastanza immediata nel miglioramento della salute dei soggetti studiati, una risposta terapeutica più efficace, o una progettazione finalizzata alla popolazione studiata.

La medicina transculturale

Se a questo punto potessimo fare una sorta di cardioscopia di quegli inizi, troveremmo un cuore sano ed una passione viva: persone che si coinvolgevano mettendo in gioco la loro vita nel servizio agli altri, correndo spesso rischi personali, non risparmiando nessuna risorsa intellettuale e culturale per arrivare a capire. Direi che già in quei primi anni, intensi e appassionanti, si posero le basi della *medicina transculturale* che si sarebbe poi sviluppata, approfondita ed articolata negli anni successivi, senza però aggiungere molto alle illuminate intuizioni iniziali che ponevano l'accento sulla *centralità della relazione* operatore sanitario – paziente che la Medicina Occidentale, sempre più spinta dalla tecnologia, stava rapidamente lasciandosi alle spalle.

L'emigrazione funzionava, e funziona ancora oggi, come una *lente di ingrandimento* che mette in luce gli aspetti più contraddittori e inefficienti dei nostri sistemi culturali, sociali, legislativi ed anche sanitari, stimolando, dove trova terreni disponibili, verso trasformazioni e miglioramenti utili per tutti.

La *medicina transculturale*, infatti, attenta alla persona, alla sua vicenda umana ed al suo contesto culturale, dopo aver attraversato le sue fasi di sopravvalutazione ed esagerata relativizzazione culturale, risultò da subito una medicina migliore per tutti, autoctoni e nuovi arrivati.

Un nuovo paradigma per la Medicina: una medicina normalmente transculturale

Era chiaro che la battaglia andava giocata sul campo, *in trincea*, nelle corsie ospedaliere o negli ambulatori, ma che contemporaneamente era fondamentale creare nuove basi per lo sviluppo di una medicina che puntasse a diventare *normalmente transculturale*. Lavoro assai più arduo, da giocare sia sui tavoli delle Università come nelle occasioni educative informali attraverso una *formazione* che portasse alla luce dati e studi sugli scenari migratori mondiali, oltre che locali, abbracciasse le tematiche della relazione e della mediazione tra persone ed istituzioni diverse, arrivasse a ragionare su legislazioni e nuove politiche in un'*ottica globale*.

Oltre che una scelta strategica la formazione è in realtà per l'Area Sanitaria Caritas un'esigenza per stare al passo con una realtà in continuo cambiamento e soprattutto uno stimolo a cercare un nuovo paradigma nell'approccio alla salute, una medicina che rimetta al centro l'irrinunciabile rapporto con il paziente. In questo genere di formazione sono in effetti più utili le domande delle risposte, più i dubbi delle certezze, più le sperimentazioni che i modelli, più le piste di ricerca che i protocolli. Formazione è per noi soprattutto trasformazione di noi stessi, accettare di entrare in crisi e di mettere in crisi le nostre conoscenze ed esperienze pregresse.

Un *formazione* che dal 1992 si è fatta *itinerante* e si è allargata non solo ai volontari ma anche ad operatori di servizi sanitari pubblici e del privato sociale sempre più confrontati con l'utenza multietnica un po' dovunque in Italia.

In questo terreno fertile si sono sviluppati i Corsi Base di Medicina delle Migrazioni, il Master di Medicina delle Migrazioni, Emarginazioni e Povertà, giunto al suo decimo anno di vita, il master in salute globale, ed affonda le sue radici anche la SIMM.

Reti e progetti

Questo terzo pilastro si è sviluppato contemporaneamente e strettamente intrecciato al quarto, quello dell'*azione politica e progettuale*. La parola chiave in questo momento è *rete*.

Sono necessarie reti di collegamento e interazioni operative per poter realizzare un'azione di *advocacy* ancora necessaria ed attuale nei confronti di alcuni gruppi i cui diritti umani sono oggi calpestati sotto gli occhi e con il consenso di tutti, senza dimenticare la continuità assistenziale e giuridica di chi è già da tempo nostro concittadino, nostro compagno di viaggio, non più definibile con il vecchio e superato termine di extracomunitario.

Mi riferisco certamente ai rom, ma anche ad alcune ingiustizie più sottili e quotidiane che rendono flebile o inascoltata la voce di chi ne è vittima. E' un impegno per la giustizia che non può essere neutro, ma si deve saper schierare con libertà, intelligenza ed audacia.

Proprio per portare alla luce il bisogno di salute della popolazione cinese, che le nostre ricerche rilevavano come ampiamente sottostimato, l'Area Sanitaria ha attivato dal 2001, nel laboratorio del Poliambulatorio, uno specifico progetto rivolto alla comunità cinese, il "Progetto Cina".

Attraverso un intervento di *offerta attiva* l'accesso di questa comunità all'assistenza sanitaria (medicina generale ginecologia e pediatria) del servizio Caritas si è più che decuplicato. Oggi i pazienti cinesi sono al secondo posto tra i nostri utenti.

Le dieci nazioni maggiormente rappresentate tra i nuovi pazienti del Poliambulatorio durante il 2007 sono riportate nella tabella seguente.

2007: Prime dieci nazioni rappresentate nei nuovi pazienti Poliambulatorio

NAZIONE	I SEMESTRE	II SEMESTRE	TOTALE
Romania	270	249	519
Cina	133	102	235
Bangladesh	61	50	111
Afghanistan	40	53	93
Perù	43	32	75
Eritrea	38	34	72
Ucraina	45	20	65
India	39	24	63
Moldavia	31	19	50
Polonia	29	19	48

Fonte: Banca dati Area sanitaria Caritas Roma (2007)

Ciò è stato possibile lavorando sui reciproci pregiudizi ed utilizzando un approccio transculturale.

Il progetto si è dotato infatti di un gruppo di interpreti volontari che ha avviato presso il poliambulatorio un'*esperienza pilota di primary health care* specificamente rivolta alla comunità cinese inizialmente in un solo giorno della settimana, il mercoledì, e poi quotidianamente.

Una strategia importante del progetto è stata la creazione di alcuni *strumenti di facilitazione* della comunicazione sia per il rapporto operatore sanitario/paziente cinese che per l'orientamento sanitario sul territorio.

E' di prossima pubblicazione il testo *Le parole della salute - Glossario medico per interpreti, mediatori e pazienti di lingua cinese*. L'obiettivo è che il glossario possa costituire un valido ausilio comunicativo per operatori sanitari e pazienti anche nel contesto nazionale.

Attualmente oltre che nel nostro servizio stiamo utilizzando il *glossario* nel Poliambulatorio

della ASL Roma A di via Luzzatti che ha accolto al suo interno il nostro progetto di *uno Sportello interculturale informaSalute* rivolto in maniera specifica e diretta all'orientamento sanitario della numerosa popolazione cinese dell'Esquilino: il progetto è molto innovativo perché gestito interamente da volontari di origine straniera.

E' questo il primo "nodo" di una futura rete attraverso la quale intendiamo migliorare la capacità del sistema sanitario di rispondere alla domanda di salute di questa comunità.

Anche mediante lo strumento del *glossario* verrà proposto in altri servizi sanitari pubblici e del privato sociale l'approccio transculturale e la metodologia comunicativa e partecipativa da noi adottata al fine di attivare una *rete tra servizi sanitari fruibili dai pazienti cinesi*.

E' ormai chiaro che in tutto questo *i cittadini originari di altri paesi* non possono che giocare un ruolo attivo.

Accreditamento reciproco

In conclusione vorrei ritornare sull'interrogativo relativo all'accREDITamento ed alla sua specifica finalità: *l'introduzione di elementi utili alla promozione della cultura della qualità all'interno della Struttura, alla individuazione di attività finalizzate al miglioramento continuo delle prestazioni ed allo sviluppo di una maggiore sensibilità nei confronti delle esigenze dei pazienti*

Gli esempi che ho riportato ci fanno leggere una finalità di promozione e cultura della qualità che tende a diventare reciproca. Ossia la struttura sanitaria *accredita* la struttura del privato sociale perché siano assicurati livelli professionali e strutturali adeguati all'assistenza erogata, ma il privato sociale *accredita* la struttura pubblica affinché assuma una maggior sensibilità nei confronti delle esigenze dei pazienti ancora invisibili al sistema stesso.

Naturalmente questa è una sorta di *provocazione per la nostra riflessione*, ma la condivisione e lo scambio all'interno e oltre questa Consensus Conference potrebbero trasformarla in una *direzione*.

Perché comunque siamo ancora e per fortuna su strada.

Proposte di direttiva, di risoluzione e la petizione per il diritto alla salute per tutti gli individui presenti negli stati dell'unione europea

Daniela Panizzut

Fondazione Ospedale Policlinico, Milano – NAGA, Milano

Come abbiamo visto, estendere il diritto alla salute a tutti gli individui presenti sul territorio dell'Unione europea, vuol dire semplicemente estenderlo agli immigrati irregolari (che peraltro costituiscono una ridottissima minoranza rispetto alla popolazione europea [$< 0,5\%$]), dato che per i cittadini e gli immigrati regolari dei singoli Stati si tratta di un diritto acquisito già da tempo.

La nostra proposta di direttiva (nata negli ultimi mesi del 2002), è stata stesa ricalcando letteralmente la recente legislazione italiana e francese in tema di sanità e immigrazione. Per quanto concerne la legislazione italiana è stato preso il d.lgs. 286/98 e il d.P.R. 394/99; è stata aggiunta l'ordinanza francese 2-11-45 art.12 bis 11, aggiornata con la circolare applicativa 5-5-2000, che tratta della non espellibilità dei malati gravi. Il testo della proposta di direttiva è stato opportunamente rielaborato dal Professor Bruno Nascimbene, titolare della Cattedra di Diritto dell'Unione e delle Comunità Europee presso l'Università degli Studi di Milano.

La proposta di direttiva risulta così formulata:

Una premessa in cui si esamina il contesto, il fenomeno in generale, la situazione attuale del diritto alla salute negli Stati membri, gli obiettivi della proposta e la sua base giuridica.

Il testo della direttiva che comprende 10 articoli, fra primari (art. 2-3 e 4) e complementari (gli altri).

L'articolo 2 indica i soggetti del diritto (stranieri presenti sul territorio dei singoli Stati, non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno), e le prestazioni sanitarie oggetto del diritto: *agli stranieri presenti sul territorio dei singoli Stati, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, sono assicurate – nei presidi pubblici o comunque parificati - le cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti o essenziali, (episodiche o continuative), per malattia e infortunio. Ai medesimi soggetti sono estesi i programmi di medicina preventiva, ivi compresi diagnosi e cura delle malattie infettive, a salvaguardia della salute collettiva ed individuale. Sono altresì garantite la tutela della gravidanza responsabile e della maternità, nonché la tutela della salute del minore ...*

L'articolo 3 al comma 1 stabilisce che l'accesso dello straniero alla struttura sanitaria non può essere motivo di segnalazione all'Autorità di polizia; al comma 2 definisce i termini di gratuità o di onerosità delle prestazioni sanitarie: *l'accesso alle prestazioni e alle strutture sanitarie dello straniero presente sul territorio dei singoli Stati, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, non può comportare alcun tipo di segnalazione alle autorità di polizia, salvo i casi in cui ciò sia obbligatorio per i cittadini dello Stato. (comma 2.) Le prestazioni previste dall'articolo 2, ad eccezione delle prestazioni di base che sono sempre gratuite, sono erogate dietro il pagamento delle quote di partecipazione alla spesa, quando previste dalla legislazione dei singoli Stati membri, a parità di condizioni con i cittadini.*

L'articolo 4 stabilisce la non espellibilità dei malati gravi in trattamento: *in nome del principio della continuità della cura, nessuna misura di allontanamento potrà essere presa nei confronti di un cittadino di un paese terzo - non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, che si trovi sul territorio dell'Unione - che sia colpito da una patologia grave, (né tale misura può essere presa nei confronti dei suoi genitori o tutori se minore, o del coniuge).*

Durante tutto il periodo del trattamento, dovranno inoltre essergli garantite possibilità adeguate di lavoro ovvero di sostentamento.

Dopo aver formulato la proposta di direttiva europea, abbiamo cercato di diffonderla e di raccogliere adesioni, informando l'opinione pubblica tramite conferenze ed articoli. Ci sono così pervenute oltre 70 adesioni da importanti Associazioni socio-sanitarie, Enti ed Istituzioni italiane ed europee (fra cui CNEL, Istituto Superiore di Sanità, Istituto Mario Negri, Regione Sicilia, Emergency, Picum ecc.).

Abbiamo poi avvisato dell'iniziativa e stabilito ripetuti contatti con importanti Associazioni internazionali che lavorano nel settore, quali Médicins Sans Frontières, Medisch Steunpunt, Médicins du monde, Enti quali la Presidenza del Consiglio, il Ministero della Sanità, degli Esteri, dell'Interno, Parlamentari Italiani ed europei. Infine la proposta di direttiva europea è stata inviata alla Segreteria del Presidente dell'Unione Europea (febbraio 2004) e sono state avviate le opportune procedure per la discussione in sede di Commissione.

Per poter meglio comprendere come vengono affrontate le problematiche inerenti la salute dei migranti nella Comunità Europea, occorre ricordare che questo argomento può rientrare sia nelle competenze del "primo pilastro" (salute pubblica) sia in quelle del "terzo pilastro" (immigrazione e asilo); [le decisioni, in esame presso la Commissione o il Consiglio, per quanto attiene agli argomenti di competenza del primo pilastro – politica interna – vengono prese a maggioranza semplice, mentre per il secondo – politica estera – e il terzo – giustizia libertà e sicurezza – occorre la maggioranza assoluta].

- Peraltro i presupposti per un intervento diretto dell'Unione Europea nell'argomento "salute" (primo pilastro) sono tuttora lontani: l'articolo 152 del Trattato Costitutivo dell'U.E.(TCE) (Amsterdam 1966) [subentrato all'art. 129 del Trattato di Maastricht del 1993] ribadisce la non competenza diretta della Comunità in tema di assistenza sanitaria che resta prerogativa dei singoli Stati membri: (in base all'art 5 del TCE..."nei settori che non sono di sua esclusiva competenza [come la sanità], la Comunità interviene, secondo il principio della sussidiarietà, soltanto se e nella misura in cui gli obiettivi dell'azione prevista non possono essere sufficientemente realizzati dagli Stati membri e possono dunque [...] essere realizzati meglio a livello comunitario...")

- Per quanto concerne le iniziative intraprese dalla Comunità nell'ambito "immigrazione" (terzo pilastro), per i **richiedenti asilo**, il Consiglio ha già emanato una Direttiva (2003/9/CE, 27 gennaio 2003, "*Norme minime relative all'accoglienza dei richiedenti asilo*"). Tale direttiva prevede all'art.15 che "i richiedenti asilo ricevano la necessaria assistenza sanitaria che comprenda, quanto meno, le prestazioni di pronto soccorso e il trattamento essenziale delle malattie", gratuitamente là dove non si disponga di mezzi sufficienti (art.13).

Nel settembre 2004, a Bruxelles, abbiamo iniziato ad avere incontri periodici con la competente Direzione Generale Giustizia, Libertà e Sicurezza della Commissione Europea con lo scopo di discutere i contenuti della Direttiva e di studiarne la presentazione. Nell'ottobre 2005 la proposta di Direttiva è stata trasmessa direttamente all'Onorevole Franco Frattini, vicepresidente della Commissione Europea e responsabile del Ministero Giustizia, Libertà e Sicurezza che ci ha espresso la Sua "disponibilità ad esaminare la questione".

Nel gennaio 2005 è stata redatta anche una *Proposta di Risoluzione del Parlamento Europeo* che ricalca la nostra proposta di direttiva prima descritta. Scopo di questa ulteriore iniziativa è quello di coinvolgere, accanto alla Commissione ed al Consiglio, anche il Parlamento Europeo. La Risoluzione è stata affidata agli Onorevoli Vittorio Agnoletto e Giovanni Berlinguer che hanno avviato l'iter parlamentare: il 16 gennaio 2006 è stata presentata una *Dichiarazione*

scritta, che rappresenta il primo atto per poter portare in discussione la Risoluzione: sono state raccolte 88 adesioni di Parlamentari europei.

Dal novembre 2005 siamo entrati, come partners, in un'iniziativa internazionale promossa dalla Comunità Europea e organizzata dal PICUM (un'associazione socio-sanitaria belga) con lo scopo di produrre, in due anni, un libro verde sulle problematiche di salute degli immigrati irregolari presenti sul territorio dell'Unione.

Nel gennaio 2006 è stata infine redatta anche una *Petizione al Parlamento Europeo*, di contenuto analogo alla Direttiva e alla Risoluzione, che è stata presentata nel gennaio 2009.

Sul piano politico stamo cercando di coinvolgere altri Europarlamentari italiani e stranieri e abbiamo richiesto l'adesione di importanti associazioni socio-sanitarie europee per costruire una efficace rete di appoggio. A questo proposito, nel luglio 2006, abbiamo organizzato a Strasburgo un incontro, fra Parlamentari e rappresentanti delle associazioni promotrici, per delineare le future strategie.

La nostra attuale metodologia di lavoro prevede due livelli operativi differenti:

- la promozione della proposta nel suo insieme (risoluzione e petizione),
- suddivisione dei vari articoli in singole proposte per poterli inserire, come emendamenti, nelle direttive via via in discussione.

L'articolo 4 della proposta è stato inserito, come emendamento, nella direttiva "*Procedure e standards comuni per il reimpatrio degli immigrati irregolari*" (*Weber*) (Comm. 2005/391), approvato dalla Commissione "Libertà civili, giustizia e affari interni" è entrato a far parte integrante del testo di legge in discussione; nel documento finale è stato però stralciato.

Gli articoli 2,3 e 4 sono stati accettati nel novero delle proposte che il Commissario alla salute sta vagliando per stendere una direttiva generale in merito.

Infine è attualmente allo studio, assieme ad alcuni Parlamentari europei, una proposta per permettere che tutti i minori, presenti sul territorio dell'Unione, anche se non regolarmente, possano essere iscritti ai SSN. Analoga iscrizione è stata prevista per tutte le gravide, fino al primo anno dopo il parto e per gli anziani.

Epatiti e migrazione

Issa El-Hamad, Maria Chiara Pezzoli, Antonella Ricci, Alberto Bergamasco

Dipartimento di Malattie Infettive - Brescia

All'inizio del 2008 l'ISTAT ha stimato circa 3,5 milioni di stranieri residenti in Italia con una percentuale sulla popolazione generale pari al 5,8%. Attualmente il numero degli immigrati nel nostro paese è triplicato rispetto al 2000 e negli ultimi anni è stato registrato un tasso di crescita degli immigrati più elevato rispetto ad altri paesi europei. Le principali aree di provenienza degli immigrati sono l'Europa (47,3%), l'Africa (23,7%), l'Asia (17,3%) e in misura minore l'America del sud. L'insediamento degli immigrati sul territorio nazionale è variabile e presenta un gradiente crescente Sud-Nord, con un'incidenza di migranti sul totale dei residenti massima nel Nord-est (7,2%), leggermente inferiore nel Nord-ovest (6,8 %) e più ridotta al Centro-Sud (6,3 %).

Fin dall'inizio del fenomeno migratorio, lo stato di salute o di malattia degli immigrati è stato sempre al centro dell'attenzione di molti esperti, con atteggiamenti spesso contrastanti. Oggi, contrariamente al passato, disponiamo di numerosi dati a livello nazionale circa lo stato di salute degli immigrati, dai quali non emergono elementi a favore di un allarme sanitario connesso al fenomeno migratorio. Ciononostante, il dibattito resta acceso sul potenziale rischio di introduzione di patologie diffusibili, in particolar modo per quanto riguarda la tubercolosi, le infezioni sessualmente trasmesse compresa l'infezione da HIV e le epatiti virali.

Le principali epatiti virali, che rappresentano un importante problema di salute pubblica su scala mondiale, comprendono le forme B, C, D a trasmissione parenterale e le epatiti A ed E a trasmissione oro-fecale. In generale, la distribuzione dei virus epatitici varia a livello mondiale in base alle condizioni socio-economiche locali e delle politiche sanitarie e vaccinali nei diversi paesi.

Gli immigrati da paesi endemici verso paesi a bassa endemia risultano più spesso immunizzati contro le epatiti a contagio oro-fecale, le quali presentano scarsissima (epatite E) o nulla (epatite A) tendenza alla cronicizzazione, non comportano l'evoluzione in portatori cronici e pertanto rimangono confinate nei rispettivi paesi con scarsa tendenza all'esportazione.

L'epatite virale E, che un tempo si credeva confinata alle aree ad alta endemia (Africa, Asia, Messico) e presente solo in sporadici casi di importazione nei paesi industrializzati, raggiunge in realtà nei paesi europei una sieroprevalenza che varia, a seconda dei diversi studi, dal 2,2% al 9,3%, di cui molti casi non possono essere messi in relazione ad alcun viaggio. Negli stessi studi la prevalenza della sieropositività per HEV negli immigrati era solitamente superiore rispetto a quella negli autoctoni, ma non tanto da poter essere considerata un'importante fonte di rischio di trasmissione nei paesi ospiti.

Diverse evidenze, tra cui indagini genomiche e filogenetiche, hanno mostrato che nei paesi a bassa endemia come Europa, Nord America e Giappone, il genotipo prevalente è il 3, mentre nei paesi ad alta endemia è il genotipo 1 che si rende responsabile della maggiore parte delle epatiti attribuite a questo virus. Secondo recenti osservazioni alcuni animali, in particolare i suini, potrebbero costituire dei serbatoi dell'infezione e la trasmissione del virus sarebbe legata a ingestione di acqua contaminata o di carne di animali infetti, al contatto diretto con gli animali e persino a trasfusioni. La prevalenza di epatiti acute da HEV nei paesi a bassa endemia appare oggi largamente sottostimata a causa del limitato ricorso alle specifiche indagini sierologiche; in uno studio effettuato nel sud della Francia, per esempio, le epatiti acute da HEV erano più frequenti di quelle sostenute da HAV, mentre viene stimato che in Ungheria il 10% delle epatiti acute ad eziologia non determinata potrebbe essere dovuto

all'HEV. In un'altra casistica francese è emerso che dal 2003 al 2007 l'incidenza delle epatiti E è rimasta stabile, e che il 96,8% dei casi erano da considerarsi autoctoni. Inoltre, sul piano clinico questa forma di epatite è aggravata da una elevata mortalità con percentuali che variano dall'1 al 4% e, addirittura nelle donne gravide, possono raggiungere il 20% dei casi, mentre è scoperta recente la sua possibile evoluzione in epatite cronica nei pazienti trapiantati d'organo. Da un punto di vista preventivo è interessante segnalare che è stato approntato di recente un nuovo vaccino, tuttora in via di sperimentazione, che appare piuttosto promettente.

A differenza dell'epatite E, l'epatite virale A riconosce nell'uomo l'unico reservoir per il virus. L'infezione avviene quasi esclusivamente attraverso la via orale (oro-fecale), tramite contatto diretto tra persone o ingestione di acqua, cibo contaminati (verdure, ortaggi) o mitili. Nelle feci dell'individuo infetto il virus è presente solo nelle 2 settimane che precedono l'esordio della malattia e nella prima settimana del decorso clinico, mentre si ritrova nel sangue solo per pochi giorni. Mentre nei paesi in via di sviluppo la grande maggioranza delle persone si infetta nei primi 5 anni di età, spesso in modo totalmente asintomatico, e le epidemie sono rare a causa dell'immunità di gregge così acquisita, nei paesi industrializzati, col miglioramento delle condizioni socio-economiche e la diminuzione dell'esposizione in età infantile, si è avuto un aumento del numero di adulti suscettibili. Essendo l'infezione da HAV più sintomatica negli adulti che in età infantile, arrivando nelle persone con più di 50 anni ad un tasso di mortalità pari all'1,8%, paradossalmente in con la diminuzione della frequenza delle infezioni si è rilevato un aumento delle infezioni clinicamente manifeste. In tale contesto, effettivamente, viaggiatori al ritorno da aree endemiche, immigrati provenienti dal paese d'origine e cibi esotici di importazione possono ciclicamente avere un ruolo nel causare epidemie in paesi a bassa endemia. Questo è vero in particolar modo per i figli di migranti nati nei paesi industrializzati che, non avendo acquisito precedentemente l'immunità, rischiano di infettarsi durante le vacanze nel paese d'origine dei genitori, e di provocare, in casi comunque sporadici, l'importazione dell'infezione e la sua temporanea diffusione in ambito comunitario. Da diversi anni, comunque, le infezioni da HAV sono fortunatamente prevenibili grazie al vaccino. In Italia la vaccinazione anti-epatite A è indicata per tutti i viaggiatori che si recano in zone ad alto rischio, e per altre categorie potenzialmente esposte (sanitari, addetti alla manipolazione di alimenti, omosessuali, persone che vivono in comunità chiuse, tossicodipendenti, etc.). In altri Paesi, come l'Olanda, dove la vaccinazione viene da qualche anni proposta a tutti i figli degli immigrati provenienti da Paesi ad alta endemia, si è osservata una diminuzione sia dei casi di importazione che di quelli secondari. Negli Stati Uniti nel 1999 la vaccinazione era stata estesa a tutti i bambini che abitavano nei 17 Stati a maggiore incidenza: la diminuzione in incidenza e mortalità dell'infezione che si è osservata negli anni in particolare in questi stati ha fatto sì che a partire dal 2006 negli USA viene raccomandata la vaccinazione di tutti i bambini dai 13 a 23 mesi nell'intera nazione.

Diversa è la situazione epidemiologica per quanto riguarda le epatiti a trasmissione parenterale che possono evolvere nella forma di "portatore sano" asintomatico e spesso inconsapevole della propria condizione. La proporzione dei portatori sani tra gli immigrati nel nostro paese dipende ovviamente dalla situazione epidemiologica nel paese di provenienza e la potenziale diffusione è funzione della tipologia di contatto con altri soggetti e dello stato immunologico e vaccinale della popolazione nel paese ospite. Attualmente non vi sono sufficienti conoscenze sulla reale diffusione delle epatiti virali tra gli immigrati nel nostro paese e molte delle considerazioni epidemiologiche in tale senso sono ricavate da stime effettuate sulla base degli indici epidemiologici nei paesi di provenienza.

Per quanto concerne l'epatite virale B, secondo un documento di consenso del Parlamento Europeo, il crescente numero di immigrati nei paesi europei ha inciso significativamente sull'andamento epidemiologico dell'epatite virale B, determinando un aumento nei tassi di

prevalenza dell'infezione da HBV nei nostri Paesi. L'incidenza dell'epatite B negli immigrati, in particolare quelli provenienti da paesi ad elevata ed intermedia endemia di HBV, è generalmente più alta rispetto a quella registrata nella popolazione dell'Europa occidentale. Tuttavia vi sono a tutt'oggi poche e incomplete informazioni circa i dati di prevalenza ed incidenza dell'epatite B in Europa, i cui sistemi di sorveglianza necessitano di una più accurata e completa valutazione sia dei cambiamenti epidemiologici in atto che degli interventi più efficaci per il controllo effettivo della malattia. In Italia, l'introduzione della vaccinazione anti-HBV a partire dal 1991, ha determinato una contrazione dell'incidenza dei casi di epatite acuta da HBV che si è ridotta progressivamente da 12 casi/100.000 abitanti nel 1985 a 1,3 casi/100.000 abitanti nel 2005, accanto ad una consistente diminuzione dei casi di epatite acuta da HDV. Infatti, l'epatite virale D necessita della presenza del virus HBV per la propria replicazione e presenta una incidenza maggiore nelle popolazioni con più alta prevalenza di epatite virale B. Anche la prevalenza dei portatori di HBsAg si è ridotta dal 3% negli anni '80 allo 0,9% nel 1997. I livelli di prevalenza di portatori di HBsAg tra gli immigrati riscontrati in diversi studi nazionali appaiono eterogenei e frammentati: 8,9% su un campione di 1683 immigrati nel Nord Italia, 7,7% su un campione di 771 immigrati appena arrivati nei Centri di Prima Accoglienza della Puglia, 39% su un campione di 218 immigrati cinesi in Toscana. A Padova, su 2059 donne gravide (di cui il 12,8% immigrate), la prevalenza di HBsAg è stata dell'1% (3,1% nelle immigrate versus 0,7% nelle italiane, $p < 0,01$), mentre a Palermo, su un campione di 3318 donne gravide (di cui il 9,4% immigrate), la prevalenza di HBsAg è stata dell'1,1% (4,2% nelle immigrate versus 0,8% nelle italiane, $p < 0,01$). Fra le donne gravide immigrate la prevalenza di HBsAg è circa 4-5 volte più alta rispetto alle donne italiane. In due studi recenti è stata evidenziata la possibilità che gli immigrati possano essere esposti ad un maggior rischio di acquisire l'infezione da HBV nel nostro Paese, anche per l'assenza di campagne vaccinali efficaci nei loro paesi di origine: secondo dati Caritas relativi a 1248 immigrati testati a Castelvoturno (CE) nel periodo 1999-2004, la prevalenza di HBsAg era del 7,8%, mentre il 47% non aveva marcatori di pregressa esposizione e quindi era a rischio di infettarsi nel nostro Paese. Analogamente, uno studio condotto in Liguria su 245 donne immigrate ha mostrato che la prevalenza di HBsAg era dell'1% ma il 77% non aveva marcatori di pregressa esposizione e immunizzazione verso l'infezione da HBV. Allo scopo di ottenere informazioni epidemiologiche accurate in un campione ampio e rappresentativo della popolazione immigrata nella provincia di Brescia, viene attualmente condotto uno studio longitudinale prospettico di prevalenza di epatite B in una popolazione di immigrati prevalentemente "clandestini", presso l'Ambulatorio Migranti del Centro di Salute Internazionale e di Medicina Transculturale (CSI) dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL) di Brescia. I dati preliminari dello studio, iniziato il 03/12/2004 e tutt'ora in corso, mostrano una prevalenza di HbsAg di circa il 10% (418 soggetti HBsAg+/4.262 soggetti totali arruolati). La positività è stata riscontrata prevalentemente in soggetti di sesso maschile (66,3%), di età giovane (mediana 32 anni), in Italia da poco più di due anni (mediana 26 mesi), con un livello di scolarizzazione medio-alto (il 60% dei soggetti è in possesso di un diploma o di una laurea) e di religione cristiana (41,8%) anche se circa 1/3 dei soggetti professa la religione islamica. Oltre la metà dei soggetti proviene dall'Africa (52,9%, di cui il 60% dal Senegal), circa un terzo dall'Europa dell'est (34%, di cui il 60% dalla Moldavia) e il 10,8% dall'Asia (di cui il 73% dalla Cina). Sui 4.262 pazienti testati, il 35% non è risultato immunizzato verso l'epatite B.

Sulla base dei sopra esposti, è possibile concludere che la prevalenza di HBV fra gli immigrati varia molto a secondo dell'area di provenienza e si aggira in media attorno al 10%. Inoltre, una parte importante degli immigrati giunge in Italia senza immunizzazione protettiva verso l'infezione da HBV e quindi rappresenta un gruppo a cui indirizzare mirate campagne

preventive ma soprattutto estendere i programmi di profilassi vaccinale. I programmi di vaccinazione estesi alla popolazione di immigrati sono considerati, anche a livello di politiche europee, essenziali per ridurre i tassi di incidenza negli immigrati. Tali programmi dovrebbero includere, oltre allo *screening* e alla vaccinazione dei soggetti suscettibili, anche uno stretto *follow-up* dei soggetti vaccinati al fine di valutare l'efficacia dell'intervento. Appare inoltre essenziale, per garantire un più ampio accesso da parte dei migranti ai programmi di prevenzione e *screening*, il coinvolgimento delle rispettive comunità etniche, avvalendosi della collaborazione dei *leaders* riconosciuti e la facilitazione dell'accesso alle strutture sanitarie indipendentemente dallo stato giuridico del soggetto.

Particolare importanza riveste in questo ambito l'analisi dei differenti genotipi. Il virus HBV può essere classificato in 8 diversi genotipi (A-H): il genotipo A predomina nell'Europa nord-occidentale, in nord-America ed in Africa, i genotipi B e C sono prevalenti in Asia, il genotipo D ha diffusione mondiale con particolare rilevanza nell'area mediterranea, il genotipo E è diffuso in Africa occidentale, il genotipo F in centro-sud America, il genotipo G in nord-America, Francia, Regno Unito, Italia e Germania, infine il genotipo F predomina in centro-America. Negli Stati Uniti, il genotipo A è più comune nei bianchi e nei neri, mentre i genotipi B e C predominano nei soggetti di origine asiatica. Le differenze genotipiche di HBV possono, almeno in parte, spiegare l'eterogeneità della storia naturale dell'infezione. Ad es. mutazioni del precore di HBV, che causano la negativizzazione di HBeAg nonostante la presenza di replicazione virale, sono meno frequenti nel genotipo A rispetto al D, parimenti il genotipo C determina un'epatite cronica più severa ed un maggior rischio di epatocarcinoma (HCC) rispetto al genotipo B. Ma probabilmente l'impatto maggiore dei genotipi di HBV si estrinseca a livello di risposta ai farmaci antivirali, in particolare alla terapia con Interferone (IFN), o a livello di sviluppo di resistenze farmacologiche alla lamivudina e in generale ai farmaci nucleosidici. Secondo diversi studi, i genotipi B ed A sembrerebbero predittivi di una miglior risposta alla terapia con IFN (convenzionale o pegilato) rispetto ai genotipi C e D rispettivamente. In questa ottica e per una efficace gestione clinica dei pazienti immigrati affetti da epatite cronica da HBV, appare importante conoscere la presenza e la distribuzione, in questa popolazione, delle diverse varianti virali, per le implicazioni che possono rivestire dal punto di vista sia patogenetico che diagnostico-terapeutico.

Nonostante che l'epatite virale C sia considerata oggi un problema di sanità pubblica a livello mondiale, l'epidemiologia dell'infezione da HCV rimane largamente sconosciuta sia nei paesi in via di sviluppo sia nei paesi industrializzati. Si stima che circa l'1-2% della popolazione generale in Europa occidentale e nel nord America sia portatore cronico del virus HCV, ma percentuali più elevate tra il 5% e il 10% si registrano in molti altri paesi africani. Se nei paesi industrializzati la modalità principale di contagio è rappresentata dalla tossicodipendenza endovenosa, nei paesi in via di sviluppo la trasmissione in ambito ospedaliero e le pratiche curative diverse da quelle della medicina tradizionale rappresentano importanti modalità di contagio. In Italia, la prevalenza dell'infezione da HCV e la distribuzione dei relativi genotipi virali è poco conosciuta nella popolazione generale, ma vi sono numerosi studi di sieroprevalenza su specifici gruppi di popolazione a rischio di HCV. Generalmente i sottogruppi che presentano una prevalenza di infezione elevata sono rappresentati soprattutto da soggetti che fanno o hanno fatto uso di sostanze stupefacenti per via endovenosa (prevalenza >10%) e soggetti con attività sessuale promiscua che presentano una storia di infezioni sessualmente trasmesse (prevalenza \geq 3%). In una ricerca effettuata da F. Ansaldi et al. su 5377 sieri raccolti tra 1996 e 1997 da 20 regioni italiane, la prevalenza globale di HCV era pari a 2,7% e quella nei soggetti di età compresa tra 46 e 60 anni è risultata pari al 6,8%, con un gradiente Sud-Centro-Nord Italia. Secondo i risultati di questa ricerca, la popolazione generale italiana rappresenta quella a più alti tassi di prevalenza di HCV in Europa e le regioni del Centro-

Sud sono aree iperendemiche per tale patologia. I sottotipi di HCV maggiormente riscontrati sono stati 1b e 2c con percentuali del 60% e 20% rispettivamente. Meno ancora si sa sulla prevalenza di HCV negli immigrati nel nostro paese, in uno studio recentissimo condotto a Verona da Majori et al nel 2008, la prevalenza di HCV in migranti dall'Africa sub sahariana è stata pari al 2,7% (5/141) e in un altro studio analogo condotto a Rotterdam in Olanda, la prevalenza di HCV in 288 immigrati è stata pari all'1,1%. Gli autori dello studio italiano concludono che tale prevalenza è in linea con quella dei paesi di origine e non si discosta di molto da quella riscontrata nella popolazione locale. Inoltre, segnalano che al momento attuale non vi è alcuna evidenza di un impatto dell'infezione da HCV nei migranti sulla popolazione autoctona. Tuttavia, l'aumento del fenomeno della prostituzione e della tossicodipendenza per via endovenosa può contribuire al mantenimento di una più elevata circolazione del virus in questi soggetti e nei loro partners sessuali. Sarebbero auspicabili maggiori interventi per individuare i portatori al fine di prevenire la trasmissione dell'infezione nei contatti e per la terapia della malattia. Maggiori problematiche di gestione potranno comportare le forme di co-infezione del virus HCV con il virus HIV in ragione di una possibile maggiore contagiosità e più rapida evoluzione della patologia.

Una caratteristica importante dell'HCV è la grande variabilità della sequenza genomica. Sono stati identificati almeno 6 genotipi maggiori con relativi diversi sottotipi. La distribuzione geografica dei genotipi di HCV è assai variabile. Sebbene i genotipi 1, 2 e 3 sembrano ubiquitari, la loro prevalenza nelle diverse aree geografiche non è omogenea: i sottotipi 1a e 1b sono più comuni in USA ed in Europa, 1b è responsabile di oltre il 70% dei casi in Giappone, i sottotipi 2a e 2b sono relativamente frequenti in nord America, Europa e Giappone, il sottotipo 3a è diffuso fra i tossicodipendenti in Europa e in USA. Il genotipo 4 prevale in nord Africa e Medio Oriente, mentre i genotipi 5 e 6 sono confinati in sud Africa ed Hong Kong, rispettivamente. I movimenti migratori da paesi endemici possono contribuire a modificare lo scenario attuale con l'introduzione di sottotipi inusuali. Le conseguenze di questa eterogeneità genetica dell'HCV determinano, almeno in parte, alcune differenze sia in termini di storia naturale della malattia sia in termini di prognosi e di risposta alla terapia antivirale.

Riferimenti bibliografici

1. Caritas/Migrantes, Immigrazione – Dossier Statistico 2007, XVII Rapporto. Nuova Anterem, 2007
2. Da Villa G. et al. Impact of hepatitis B vaccination in a highly endemic area of South Italy and long-term duration of anti-HBs antibody in two cohorts of vaccinated individuals. *Vaccine*, 2007; 25: 3133-3136
3. Piazza M. La vaccinazione contro l'epatite B: scenario epidemiologico in Italia 16 anni dopo la vaccinazione obbligatoria dei nuovi nati. *Leadership Medica*.
4. Mele A. et al. Acute hepatitis Delta virus infection in Italy: incidence and risk factors after the introduction of the universal anti-hepatitis B vaccination campaign. *Clin Infect Dis*, 2007; 44: 17-24
5. Squarcione S. et al. Morbidity from hepatitis B after introduction of nationwide immunization in Italy. *Lancet*, 1997; 350: 114
6. Da Villa G. The prevention of viral hepatitis on the threshold of the III millennium. Proc. of V International Congress, Capri (Italy), 21-23 May 1998, p. 48
7. Scotto G et al. Epatiti virali ed immigrazione: aspetti clinicoepidemiologici. Atti IV Congresso Nazionale SIMIT, Fiuggi, 12-15 Dicembre 2005: 159-163
8. Chiaramonte M. et al. HBV and HCV infection among non-European Union immigrants

in North-East Italy. *Epidemiol Infect*, 1998; 121: 179-183

9. Scotto G. et al. Prevalenza di infezione da HBV, HCV, HIV e TBC in una popolazione di immigrati ospiti di un centro di prima accoglienza. *Gior It Mal Inf*, 2005; 11(suppl 1): S133

10. Baldo V. et al. Hepatitis C virus, hepatitis B virus and human immunodeficiency virus infection in pregnant women in North-East Italy: a seroepidemiological study. *Eur J Epidemiol*, 2000; 16: 87-91

11. Bonura F. et al. Pregnant women as a sentinel population to target and implement hepatitis B virus (HBV) vaccine coverage: a three-year survey in Palermo, Sicily. *Vaccine*, 2005; 23: 3243-3246

12. Cardinale F. et al. Prevalenza virus HBV, HCV, HIV e Lue in una popolazione di immigrate in Genova. *Gior It Mal Inf*, 2005; 11(suppl 1): S80

13. Alexander J., Kowdley K.V. Epidemiology of hepatitis B-Clinical implications. *Medscape Gen Med*, 2006; 8(2): 13

14. Liu C-J et al. Therapeutic implications of hepatitis B virus genotypes. *Liver Int*, 2005; 25(6): 1097-1107

15. Ulmer T. European orientation towards the better management of hepatitis B in Europe. Recommendations of the hepatitis B expert group.

16. Istituto Superiore di Sanità. Lo screening per infezione da virus dell'epatite C negli adulti in Italia. Expert Consensus Conference, Roma, 5-6 Maggio 2005. *Rapporti Istan*, 06/47.

17. Boutouille A. et al. Prevalence of Anti-Hepatitis E Virus Antibodies in French Blood Donors. *J Clin Microbiol*. 2007 Jun;45(6):2009-10.

18. Péron J.M. et al. Hepatitis E is an autochthonous disease in industrialized countries. Analysis of 23 patients in South-West France over a 13-month period and comparison with hepatitis A. *Gastroenterol Clin Biol*. 2006 May;30(5):757-62.

19. Mansuy J.M. et al. Acute hepatitis E in south-west France over a 5-year period. *J Clin Virol*. 2009 Jan;44(1):74-7.

20. Péron J.M. et al. Fulminant liver failure from acute autochthonous hepatitis E in France: description of seven patients with acute hepatitis E and encephalopathy. *J Viral Hepat*. 2007 May;14(5):298-303.

21. New aspects of HEV infection. *Rev Med Suisse*. 2008 Sep 3;4(169):1863-6.

22. Majori S. et al. Hepatitis A, B, and C infection in a community of sub-Saharan immigrants living in Verona (Italy). *J Travel Med*. 2008 Sep-Oct;15(5):323-7.

23. Veldhuijzen I.K. et al. Viral hepatitis in a multi-ethnic neighborhood in the Netherlands: results of a community-based study in a low prevalence country. *Int J Infect Dis*. 2009 Jan;13(1):e9-e13.

24. Ansaldi F. et al. Different seroprevalence and molecular epidemiology patterns of hepatitis C virus infection in Italy. *J Med Virol*. 2005 Jul;76(3):327-32.

25. Vogt T.M. et al. Declining hepatitis A mortality in the United States during the era of hepatitis A vaccination. *J Infect Dis*. 2008 May 1;197(9):1282-8.

Progetto Ulisse sud

(risultati preliminari)

M. Raspagliesi , P. Filippini

Ambulatorio Immigrati Associazione Terra Amica Onlus - Catania

² U.O. Diagnosi e Terapia AIDS- DAI Malattie Infettive Seconda Università di Napoli

Introduzione

La popolazione migrante presente nel nostro territorio, portatrice di peculiari caratterizzazioni culturali e sociali richiede al nostro S.S.N. uno sforzo di *riorganizzazione* dei servizi che al momento è difficile attuare per la mancanza di strumenti di analisi della epidemiologia del fenomeno

Il monitoraggio dei bisogni di salute della popolazione immigrata finalizzato all'attuazione di interventi di sanità pubblica è una questione di particolare rilevanza per il SSN. Infatti più il fenomeno immigrazione si fa più consistente tanto più si avverte l'esigenza di conoscere a fondo i bisogni degli immigrati intesi non solo dal punto di vista sociale, culturale ma anche sanitario.

Oggi diversi studi indicano che la salute del migrante è condizionata da vari fattori: la probabile esposizione nel paese di provenienza a fattori di rischio (ambientali, comportamentali, etc.), il percorso migratorio, l'accoglienza nel paese di arrivo e l'accessibilità e la fruibilità delle strutture socio-sanitarie.

Gli sforzi compiuti in questi anni, da vari autori, per descrivere il profilo epidemiologico dell'immigrato si sono dovuti scontrare con una serie di difficoltà in parte dalla natura del fenomeno, caratterizzata dalla velocità della migrazione e dalla inadeguatezza dei metodi utilizzati per identificare i bisogni di salute espressi dagli immigrati sottoforma di prestazioni sanitarie.

Nonostante le difficoltà le patologie più frequentemente evidenziate negli immigrati dal rapporto dell'ASI (2003), eseguito sulle SDO dell'anno 2000, hanno messo in evidenza un alto rischio per i traumatismi ed infortuni avvenuti nell'ambiente di lavoro ed incidenti stradali, per ricorso alle strutture sanitarie per eventi fisiologici come gravidanza e parto e per maggior frequenza di patologie comuni (bronchiti, asma, gastriti, colonpatie etc.). La patologia infettiva si attesta dal 3% al 9 % (infezioni delle vie respiratorie, epatiti B – C, infezione da HIV, etc.) e vi è il dubbio se la patologia infettiva sia stata acquisita nel nostro paese o sia di importazione? I dati della letteratura evidenziano che l'immigrato arrivato nel nostro paese è prevalentemente sano infatti è stato identificato come "Effetto del migrante sano" con un intervallo, dal momento dell'arrivo nel nostro paese e la comparsa dei primi sintomi, di circa 18-24 mesi. Negli ultimi anni questo si è modificato per l'evolversi della migrazione, infatti il tempo trascorso dal momento dell'arrivo nel nostro paese e l'accesso presso le strutture sanitarie si è notevolmente abbassato attestandosi a circa 30 gg. L'immigrazione in Italia è in costante aumento, tanto da essere considerata ormai un fenomeno strutturale alla realtà socio-demografica del nostro paese.

Bisogna inoltre sottolineare che i flussi esistenti non consentano di valutare il fenomeno nella sua complessità

Peraltro gli immigrati rappresentano gruppi di popolazione particolarmente svantaggiati e la disponibilità di dati costituisce la premessa indispensabile per la valutazione del loro stato di salute.

Si delineano, quindi, nuovi scenari per il futuro perché si potrebbe facilitare la trasmissione di patologie infettive virali maggiori considerando lo stato sociale in cui questo soggetto vive.

Per tutte queste motivazioni ci sembra necessario sviluppare nuovi strumenti informativi specificatamente orientati al monitoraggio in ambiti specifici dell'assistenza sanitaria. Inoltre, pur prevedendo che le patologie virali maggiori presenti negli immigrati siano in piccola percentuale, di andare a studiare la diffusione dei virus delle epatiti e le differenti prevalenze di questi ultimi valutati anche per etnia, percorsi migratori, condizioni lavorative e situazioni igienico-sanitarie .

Scopo

L'obiettivo del progetto è quello di sperimentare **un modello di rete informativa** in modo da connettere le diverse strutture ambulatoriali, pubbliche e del privato sociale, che erogano prestazioni sanitarie agli immigrati (regolari, irregolari e clandestini) sia di primo che di secondo livello assistenziale del Sud Italia

Questa rete avrebbe lo scopo di raccogliere i dati secondo modalità omogenee e standardizzate (**Linguaggio comune**).

Gli obiettivi specifici sono, quindi:

1. Allestimento, elaborazione, realizzazione e validazione di una scheda informatica di rilevazione dei dati sociali e sanitari (sia clinici che di laboratorio) (scheda raccolta dati, software di archiviazione e analisi)
2. Monitorare con uno studio epidemiologico di prevalenza le infezioni virali (HAV –HBV -HCV ed HIV), presenti nelle diverse etnie di immigrati e nella popolazione italiana omogenei quanto più possibile per età, sesso e condizioni sociali.
3. Evidenziare patologie cliniche virali e non, emergenti e riemergenti
4. Evidenziare i bisogni socio-sanitari degli immigrati e della popolazione italiana di riferimento
5. individuare lo stato e i bisogni sociali del migrante per favorirne l'integrazione nel contesto territoriale
6. Allestire *Protocolli terapeutici (linee guida)* per malattie virali e non, più frequentemente evidenziate

Metodologia e fasi del progetto

Per la realizzazione del progetto è stato previsto la partecipazione di centri di I° livello (ambulatori STP (Straniero Temporaneamente Presente)) e centri di II° livello (ambulatori di U.O. di Malattie Infettive) delle Regioni Calabria, Campania, Lucania, Puglia, Sicilia.

La metodologia utilizzata è stata quella di allestire, elaborare e validare una scheda di rilevazione dei dati sociali e sanitari (sia clinici che di laboratorio) a partire da strumenti di rilevazione dati già presenti in alcune strutture. Con successiva progettazione e realizzazione di un Software (**Progetto Ulisse sud**) per la raccolta, l'archiviazione e la gestione delle informazioni.

L'identificazione dei centri è avvenuta per invito alle strutture pubbliche e/o del privato sociale, che abbiano ambulatori immigrati inseriti per tipologia di prestazioni sanitarie al I° o al II° livello (Tabella 1). Successivamente è stato concordato, da tutti i centri partecipanti, il protocollo di accesso e quello terapeutico per garantire omogeneità nell'approccio e nella cura del paziente;

Tabella 1

Regione	Centri Invitati a partecipare
Campania	U.O. Diagnosi e Terapia Immunodeficienza umana acquisita Istituto Malattie Infettive II^ Università di NA -Napoli
	Divisione di Malattie infettive.e Tropicali Ospedale San Sebastiano - Caserta
	U.O. di Malattie Infettive e Tropicali del viaggiatore Istituto Malattie Infettive II^ Università di NA - Napoli
	Centro clinico per immigrati Ospedale Ascalesi – Napoli
	U.O. Gastroenterologia Ospedale San Paolo - Napoli
	IV Divisione Malattie Infettive Azienda Ospedaliera Cotugno – Napoli
	SERT ASL NA1 - Napoli
	Ambulatorio -Centro Fernandez Ass. Jerry Essan Masslo Onlus– Napoli
	U.O. Malattie Infettive Azienda Ospedaliera “San Giuseppe Moscati” - Avellino
Basilicata	U.O. Malattie Infettive Ospedale “Madonna delle Grazie” - Matera
	U.O. Malattie Infettive Azienda Ospedaliera “San Carlo” - Potenza
Sicilia	Servizio di Medicina delle Migrazioni Az. Ospedaliera Universitaria Policlinico “ P. Giaccone Palermo
	Ambulatorio Immigrati Associazione TerrAmica - Catania
Calabria	U.O. Malattie Infettive Azienda Ospedaliera Melacrino Morelli - Reggio Calabria
	U.O. Malattie Infettive Azienda Ospedaliera “Pugliese Ciaccio” - Catanzaro

Tutti gli ambulatori immigrati identificati nel I° livello (ambulatori che erogano prestazioni sanitarie di I° livello) hanno eseguito su tutti i pazienti extracomunitari e neo comunitari (paesi dell'est Europa), sia regolari, sia irregolari che non in regola (STP), che si sono presentati all'ambulatorio, le seguenti attività:

1. protocollo di accesso concordato
2. raccolta dei dati secondo scheda informatizzata
3. Markers epatitici per HAV, HBV e HCV)
4. Esami ematochimici: Elettroliti, Azotemia, Creatinina, Glicemia, Bilirubina totale e frazionata, AST, ALT, Fosfatasi alcalina, Gamma GT, VES, PT, PTT, Fibrinogeno, Emocromo con PLT.
5. Test anti-HIV 1-2 con il consenso del paziente.
6. Se i marker epatitici di HBV e HCV o anti HIV risulteranno positivi si procederà successivamente a identificazione dei sottotipi di tali virus.

Tutti gli ambulatori immigrati identificati nel II° livello (ambulatori che erogano prestazioni sanitarie di II° livello) hanno eseguito su tutti i pazienti extracomunitari e neo comunitari (paesi dell'est europa) sia regolari, irregolari sia non in regola (STP), che si sono presentati all'ambulatorio, le seguenti attività:

1. Protocollo di accesso concordato (se possibile)
2. Raccolta dei dati secondo scheda informatizzata
3. Esami ematochimici: Elettroliti, Azotemia, Creatinina, Glicemia, Bilirubina totale e frazionata, AST, ALT, Fosfatasi alcalina, Gamma GT, VES, PT, PTT, Fibrinogeno, Emocromo con PLT.
4. Test HIV 1-2
5. Se i marker epatitici per HBV o HCV risulteranno positivi si procederà a identificazione dei sottotipi di tali virus.
6. Trattamento e follow up dei pazienti virus positivi

La scheda è stata somministrata dal medico a tutti i pazienti stranieri che si sono presentati alle strutture per effettuare una visita (prima visita o controllo) nel periodo dello studio e compilata al momento dell'accoglienza per la parte socio-demografica e assistenziale e dal medico per la restante parte sanitaria.

La scheda è stata prima testata in versione cartacea in due centri pilota per la durata di un mese dal Gennaio al Febbraio 2008 su una casistica limitata presso l'ambulatorio di un centro di I° Livello e uno di II° livello per raccogliere eventuali errori e poterla migliorare.

Lo screening sierologico per virus epatitici comprenderà la ricerca dei complessi antigene-anticorpo associati ai virus epatitici maggiori.

In particolare è stata effettuata la ricerca dell'antigene di superficie del virus dell'epatite B (HBsAg), dell'anticorpo diretto verso tale antigene (AntiHBs) e degli anticorpi verso l'antigene del core di HBV. Sono stati utilizzati metodi immunoenzimatici (ELISA) di tipo "sandwich" non competitivi per la determinazione di HBsAg e di antiHBs e competitivi per la ricerca di antiHBc.

Un test immunoenzimatico qualitativo è stato utilizzato anche per la ricerca di anticorpi contro il virus dell'epatite C. Nei pazienti risultati positivi per HBsAg e/o per gli anti HCV verrà ricercato il genoma virale con metodiche quali-quantitative. Lo screening sierologico per HIV è stato effettuato mediante la ricerca di anticorpi con metodo immunoenzimatico (ELISA). A causa della possibilità di reazioni non specifiche dovute ad altre cause, i campioni definiti reattivi al test ELISA vengono sottoposti all'analisi di un test supplementare altamente specifico: il test Western Blot. Tutti i positivi al test Western Blot verranno sottoposti a determinazione quantitativa di HIV RNA attraverso un test di amplificazione in vitro

È stato realizzato il "PROGETTO ULISSE SUD" che è un sistema prototipale in grado di memorizzare e gestire le prestazioni mediche fornite agli immigrati dagli ambulatori immigrati coinvolti.

L'architettura del sistema è composta da una base di dati relazionale che funge da Back-End e da uno strato di Front-end. Per quel che riguarda l'interazione con l'utente si è scelto di usare un sistema client-server basato su piattaforma Microsoft SQL Server 2005 per la raccolta elettronica di tutto quanto concerne la gestione delle attività proposte. La base di dati e l'interfaccia utente risiedono in un unico server remoto.

L'accesso al sistema avviene tramite browser web collegandosi all'apposito sito. Gli operatori abilitati ad accedere devono avere un account nel sistema e quindi una login e password. Ognuno di loro, una volta autenticato, è stato abilitato alle attività inerenti al Centro Operativo di appartenenza. I vantaggi di tale architettura di sistema sono: accesso contemporaneo al sistema da parte di più utenti e possibilità di accesso da qualunque PC dotato di connessione internet e di un browser web (es. Internet Explorer).

Grazie a questa soluzione si è costituita una banca dati omogenea, facilmente analizzabile, e pienamente rispondente alle esigenze statistiche presenti e future, sia a livello di singolo Centro Operativo che più in generale a livello globale di progetto (riguardante cioè tutti i Centri Operativi nel loro complesso).

E' stata condotta una sperimentazione multicentrica della scheda, del software e lo studio epidemiologico di prevalenza presso tutte le strutture ambulatoriali coinvolte nella sperimentazione.

La sperimentazione inoltre ha rappresentato un importante momento di verifica della fattibilità del nuovo sistema informativo all'interno di contesti organizzativi diversi.

La valutazione statistica è stata a cura del centro statistico di riferimento.

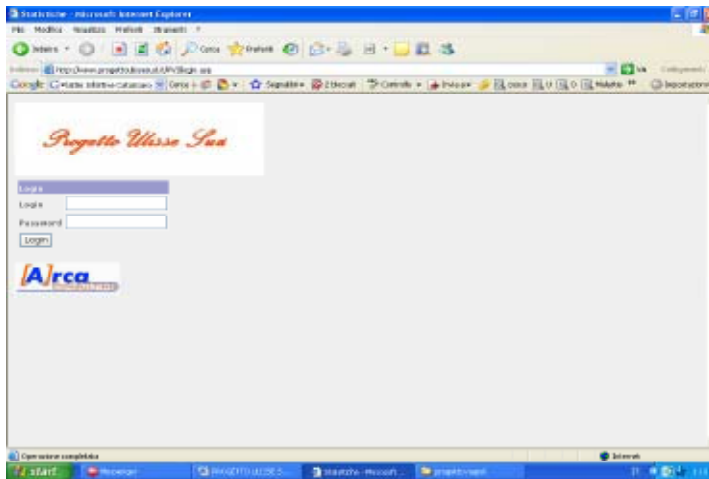
La sperimentazione Multicentrica

La sperimentazione ha previsto in fase iniziale la identificazione delle strutture di I° livello e II° livello a secondo dell'attività svolta precedentemente dall'ambulatorio della struttura partecipante al progetto.

La scheda epidemiologica di valutazione predisposta (Dati socio-demografici, percorsi assistenziali, dati sanitari) è stata validata da tutti i centri partecipanti al progetto. La scheda epidemiologica è stata testata, in versione cartacea, dai centri di Palermo (Serv.di Med. delle Migrazioni Az. Osp. Univ.Policlinico) e di Napoli (IV Divisione Osp. Cotugno) per la durata di un mese (Gennaio – Febbraio 2008) e successivamente si è passati alla realizzazione del software (Progetto Ulisse sud).

L'accesso al sistema è stato permesso a tutti i centri partecipanti tramite browser web collegandosi all'apposito sito **www.progettoulissesud.it**. Una specifica login e password, un video dimostrativo, realizzato con Adobe ShockWave Flash, particolarmente utile all'apprendimento delle modalità operative di utilizzo del software è stato consegnato ad ogni centro partecipante con possibilità di avere una login e password per ogni operatore. Inoltre è stata organizzata una call-conference per chiarire le varie difficoltà presentate durante l'apprendimento ed utilizzo del software.

Fig. 1 Schermata di apertura del programma

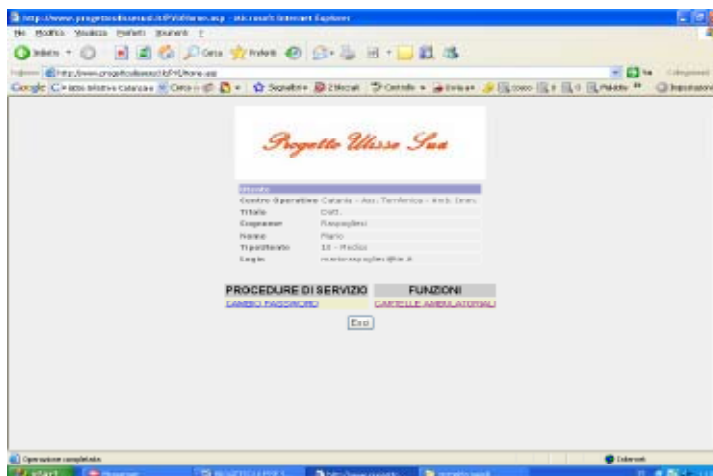


Il programma è stato progettato oltre che per il rilevamento epidemiologico anche per la gestione dell'ambulatorio. Infatti permette di inserire tutti dati socio-sanitari, laboratoristici ed archivarli, in modo da poter seguire il paziente nel tempo.

Il protocollo di accesso, concordato da tutti i centri partecipanti, è stato quello di eseguire la raccolta dati al momento dell'accoglienza per quanto riguarda la parte socio-demografica e percorsi assistenziali, e dal medico la parte sanitaria. Quest'ultima può essere svolta in più accessi dovuta alla diversa organizzazione di ciascun centro partecipante e che non è stata modificata dall'utilizzo del software.

La fase raccolta dati è iniziata nel Giugno 2008 ed ha avuto una durata di sei mesi. Lo studio prevedeva l'arruolamento consecutivo di tutti i pazienti che si presentavano nelle strutture nel periodo considerato. La rivelazione non ha considerato il singolo paziente ma il singolo accesso, pertanto il paziente con diversi accessi è stato oggetto di più rilevazioni.

Fig. 2 schermata di accesso alle sezioni del programma



La prima fase della sperimentazione ha riguardato l'analisi delle problematiche relative alla piattaforma tecnologica **web-based** e la facilità di esecuzione organizzativa. Durante la sperimentazione si è provveduto alla verifica della corrispondenza tra routine e procedure informatiche e meccanismi organizzativi connessi, tramite una call-conference che si è tenuta a metà sperimentazione.

Risultati della sperimentazione

Nei primi sei mesi di sperimentazione è stato registrato un numero di accessi diverso per ciascun centro ed un diverso criterio di inserimento dei dati nel sistema.

Dati sociali

Sono stati registrati in sei mesi 210 soggetti immigrati prevalentemente di sesso maschile (M 51,6% –F 48,4 %) provenienti da diversi Paesi del mondo quali: Africa (45 %), Medio Oriente (23.1%), Europa dell'Est (19.4%) e America del sud (6,9%). La nazione più rappresentata è stata il Senegal (11.9%) seguito dalla Romania (11.3%).

Il 67,3 % dei soggetti che si sono rivolti ai centri non possedevano il permesso di soggiorno. Tra quelli che avevano il permesso di soggiorno il motivo più frequente di rilascio era il lavoro (10.1%).

Il 24.5% dei pazienti aveva il Codice Fiscale mentre il 52,8 % possedeva il codice STP il restante 6.9% il codice ENI.

Fig. 3 Schermata gestione pazienti

N° Cartella	Data Cartella	Cognome	Nome	Sesso	Nato a	Data di nascita	Residente a	Prov. N. Verde	M. Esami
41	19/02/2000			M	Casablanca	1/12/1973	CATANIA	CT 2	1
9	19/02/2000			M	Mogadiscio	05/11/1969	CATANIA	CT 2	1
47	31/02/2000			F	Castello Velleo	30/11/1968	VITTORIA	RG 3	5
89	4/12/2000			F	Cast Velleo	24/11/1976	CATANIA	CT 1	
89	4/12/2000			F	Castello	13/01/1982	CATANIA	CT 2	1
93	13/12/2000			M	Romania	2/11/1984	CATANIA	CT 1	1
14	29/02/2000			M	Bolshoy City	03/11/1984	CATANIA	CT 2	2
0	19/02/2000			M	Albania	21/03/1979	BELFASCO	CT 1	
26	29/02/2000			M	Mali	30/11/1983	CATANIA	CT 1	
71	11/03/2000			F	Biala	23/01/1970	CATANIA	CT 4	4
73	31/03/2000			M	Mauritio	2/11/1995	CATANIA	CT 3	1
57	30/03/2000			F	Senegal	20/01/1954	CATANIA	CT 1	

L'età media è risultata pari a 35.6 anni (range 8-73). Tra i maggiorenni solo il 16,9 % ha studiato per almeno 8 - 10 anni.

Il 27% dei pazienti ha dichiarato di essere disoccupato. Le principali attività svolte erano: lavori domestici (17,6%), attività commerciale (6.9%), assistenza anziani (6.3%). Si rileva inoltre che il 18.9% tra le tipologie di lavori è stato inserito alla voce "altro".

Il 40,3% dei pazienti era coniugato, il 39,6% celibe/nubile il 5.7% divorziato/separato e 1,9% vedovo/a.

La religione più frequentemente praticata nel nostro campione è la Mussulmana (37,1%) seguita dalla Cristiana Cattolica (28.9%) e dalla Cristiana Ortodossa (15.7%).

La conoscenza della lingua Italiana era buona nel 47.8% dei casi e scarsa nel 40.9% soltanto il 6,9% non conosceva completamente la lingua. Il 35% di tutto il campione era a conoscenza oltre che della lingua del proprio paese anche dell'Inglese o del Francese.

Dati clinici

Per quanto riguarda i dati anamnestici riguardanti la presenza di patologie epatiche virali (HAV, HBV, HCV) ed HIV, inseriti nel software riguardano il 45% dei pazienti. Riteniamo che la mancanza del dato sul totale sia da imputare da una parte alla difficoltà a rispondere alle domande specifiche in fase di raccolta dell'anamnesi per la scarsa conoscenza del 60%, della lingua Italiana, ma anche perché, come precedentemente esposto, i centri di rilevazione erano di diverso livello. Dei 159 soggetti valutati il 5% dei pazienti era a conoscenza di aver avuto epatite HBV, il 5% epatite HCV ed il 2,5% positività per anti-HIV. Inoltre 4 pazienti presentavano una cirrosi epatica ed uno di questi era in fase di scompenso.

Gli **accessi** successivi dei pazienti agli ambulatori si sono svolti, come da protocollo, per motivi di organizzazione interna di alcune strutture, senza poter eseguire al primo accesso, il prelievo per i markers epatici per HAV, HBV, HCV e per anti - HIV, sul 60% del campione totale.

Sono stati riscontrati 18 casi di positività per HBsAg (11,3%), 11 casi di positività per anti-HCV (6,9%) e 20 casi di anti HIV (12,6%). Il 20% dei pazienti evidenziavano ipertransaminasemia.

Non è stato possibile valutare le confezioni HBV-HCV, HBV-HIV e HCV-HIV.

Questi dati sono preliminari ma ci forniscono, comunque, delle informazioni generali che certamente nella fase successiva dello studio saranno meglio specificate.

Considerazioni

Non essendo concluso il lavoro ci è possibile solo fare delle considerazioni.

Il punto di forza del nostro lavoro è stato quello di focalizzare e valutare le problematiche relative ad un **linguaggio comune** che, centri differenti (di I° e di II° livello) distribuiti nelle Regioni dell'Italia meridionale, maggiormente interessate dal fenomeno migratorio, hanno potuto utilizzare.

A questo scopo abbiamo allestito una piattaforma tecnologica originale **web-based** e realizzato un software di rilevazione comune, che presentava una assoluta sicurezza dei dati introdotti, garantendo la riservatezza dei dati immessi dai singoli gruppi per la tutela della privacy dei pazienti. Infatti l'implementazione del software, la condivisione della *scheda raccolta dati*, la gestione delle *fasi di accesso condivise* e la possibilità di lavorare in rete, in seguito alla nostra esperienza preliminare, ci permette di poter affermare che, nel prossimo futuro si potranno raccogliere informazioni più omogenee e quindi confrontabili in ambito socio-epidemiologico e sanitario; il nostro lavoro sarà anche certamente utile al legislatore per approntare provvedimenti opportuni

Alcuni suggerimenti critici emergono comunque dal bilancio positivo della sperimentazione fin qui condotta. Sono stati rilevati il 45% dei dati anamnestici richiesti da parte dei centri partecipanti al progetto; questo ci induce, in una seconda fase, a semplificare la scheda informatica richiesta dal questionario per diminuire la difficoltà oggettiva dell'utilizzo del programma da parte degli operatori.

Quindi, durante il successivo percorso del nostro studio, dovremo far tesoro di questa nostra esperienza preliminare per poter meglio affrontare la complessità degli obiettivi.

Il nuovo flusso informativo sarà più adatto alle diverse realtà organizzative dei centri per consentire un'offerta sanitaria omogenea in grado di potersi confrontare, migliorandosi, con il fenomeno dell'immigrazione.

Si ringrazia

ARCA consulting per la realizzazione del software

Prof. G. Signoriello - servizio di statistica sanitaria Dipartimento di Medicina Pubblica Clinica e Preventiva - II[^] Università degli Studi di Napoli

Tutti i centri clinici partecipanti

Prof. E.Sagnelli Divisione di Malattie Infettive.e Tropicali Ospedale San Sebastiano – Caserta; Dott. S. Martini, Dott. R. Pisapia, Dott. F. Di Martino U.O. Diagnosi e Terapia AIDS- DAI Malattie Infettive II[^] Università degli Studi di Napoli; Prof. G.Pasquale U.O. di Malattie Infettive e Tropicali del viaggiatore Istituto Malattie Infettive II[^] Università degli Studi di Napoli; Dott. Luciano Gualdieri Centro clinico per immigrati Ospedale Ascalesi – Napoli; Dott. Vincenzo Iovinella U.O. Gastroenterologia Ospedale San Paolo – Napoli; Dott. Nicola Abrescia, Dott. Mario Figoni IV Divisione Malattie Infettive Azienda Ospedaliera Cotugno – Napoli; Dott.ssa Clara Baldassarre SERT ASL NA1 – Napoli; Dott. Gianni Grasso Ambulatorio -Centro Fernandez Ass. Jerry Essan Masslo Onlus– Napoli; Dott. Sergio Giglio U.O. Malattie Infettive Azienda Ospedaliera “San Giuseppe Moscati” – Avellino; Dott. Giulio De Stefano U.O. Malattie Infettive Ospedale “Madonna delle Grazie” – Matera; Dott. Carlo De Stefano U.O. Malattie Infettive Azienda Ospedaliera “San Carlo” – Potenza; Dr. Mario Affronti Servizio di Medicina delle Migrazioni Az. Ospedaliera Universitaria Policlinico “P. Giaccone Palermo; C. Sava Ambulatorio Immigrati Associazione Terra Amica Onlus – Catania; Dott. Giuseppe Foti U.O. Malattie Infettive Azienda Ospedaliera Melacrino Morelli - Reggio Calabria; Dott. Cosco Lucio U.O. Malattie Infettive Azienda Ospedaliera “Pugliese Ciaccio” – Catanzaro

Si ringrazia il Prof. Italo F. Angelillo Dipartimento di Medicina Pubblica clinica e preventiva II[^] Università degli Studi di Napoli per i preziosi consigli

Circoncisioni maschili clandestine

Mauro Zaffaroni

Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Immigrato della Società Italiana di Pediatria

Clinica Pediatrica – Ospedale Maggiore di Novara

Negli ultimi anni, la presenza di un sempre maggior numero di persone migranti, porta la nostra società a confrontarsi in merito alle differenze esistenti fra credenze ed abitudini nostrane con tradizioni, religioni e riti provenienti da altri Paesi. Particolarmente sentite e discusse sono le tradizioni riguardanti la sfera genitale sia femminile (la pratica delle MGF) che maschile (circoncisioni); queste ultime attualmente oggetto di acceso dibattito e polemiche in seguito a recenti segnalazioni di decessi di piccoli bambini (uno morto a Treviso, un altro a Bari, un terzo ricoverato in gravi condizioni a Pordenone: vittime di interventi di circoncisione effettuati con sistemi arcaici o artigianali tra le mura domestiche) ed alla proposta di progetti pilota per poter eseguire l'operazione in strutture pubbliche.

La circoncisione maschile è ampiamente diffusa nel mondo e va considerata nel contesto migratorio come un evento che interessa realmente e concretamente gran parte delle persone straniere presenti in Italia (tabella 1).

Le circoncisioni maschili, per le diverse motivazioni che inducono la pratica, possono essere differenziate in 4 tipi: Terapeutiche (in caso di fimosi o parafimosi); profilattiche (per prevenire infezioni del tratto urinario nell'infanzia); rituali (religiose: ebraismo e islamismo o tradizionali africane); dovute ad altre motivazioni (estetiche o non esplicitate da parte del richiedente).

Nel 1998 il Comitato Nazionale di Bioetica si era pronunciato in merito alle diverse tipologie di circoncisioni maschili: se da un lato le circoncisioni terapeutiche sono del tutto giustificate, al contrario non trovano ragione le richieste di operazione non terapeutica/profilattica né rituale.

La circoncisione profilattica ha origini relativamente recenti e si è diffusa nel secolo scorso; nel Nord America divenne una pratica assolutamente generalizzata fino all'inizio degli anni Settanta, quando la American Academy of Pediatrics nel 1971 e nel 1975 sostenne l'inesistenza di valide motivazioni mediche per la circoncisione profilattica neonatale. Il dibattito sulla utilità profilattica della circoncisione maschile è tutt'ora aperto; questa forma di circoncisione, poco diffusa nella comune prassi italiana, è frequente fra gli stranieri statunitensi e viene eseguita nel rispetto dei criteri della buona pratica medica (2).

La circoncisione rituale è una pratica antichissima, appartenente a molti popoli, diversi e lontani (Antico Egitto, Africa nera, Australia). Nella religione ebraica viene praticata per specifico comando divino espressamente formulato nella Bibbia (Genesi:17, 9-14; Levitico:12,3). Per gli ebrei, l'atto della circoncisione rappresenta l'alleanza fra Dio e il popolo eletto. L'ottavo giorno dopo la nascita, il neonato ebreo viene circonciso ricorrendo all'uso di oggetti rituali (coltello dotato di lama particolare, scudo di protezione, contenitore per il prepuzio), l'evento suggella in modo tangibile l'ingresso nella comunità ebraica ed i genitori impongono il nome al circonciso. Anche nella tradizione islamica la circoncisione rituale tradizionale viene di solito praticata prima della pubertà. Analoghe pratiche sono proprie di altre religioni o tradizioni etniche in Africa (passaggio dall'età adolescenziale a maschio adulto).

Nelle culture che praticano la circoncisione rituale religiosa, questo adempimento costituisce un preciso obbligo personale posto a carico dei genitori, un atto tradizionale di devozione che può essere oggettivamente ricondotto alle forme di esercizio del culto garantite dall'art. 19 della Costituzione. La conformità della pratica ebraica ai principi del nostro ordinamento giuridico

trova conferma in alcuni enunciati della legge 101/1989 (sull'intesa fra lo Stato italiano e l'Unione delle Comunità ebraiche italiane). I principi stabiliti in tale intesa, per analogia possano essere estesi a tutte le altre confessioni religiose che praticano la circoncisione.

E' evidente che quando la circoncisione è motivata da ragioni terapeutiche o profilattiche deve essere realizzata da un medico. Per contro, la circoncisione rituale dei neonati ebrei può essere eseguita non solo da medici, ma anche da altre persone, in genere ministri di culto, competenti e responsabili della corretta effettuazione, con rispetto scrupoloso dell'igiene e dell'asepsi, che garantiscano personalmente la continuità dell'assistenza dopo la circoncisione. Nel caso in cui la circoncisione rituale venga richiesta per un bambino o un adolescente (come è frequentemente il caso degli aderenti all'Islam) o per un adulto (per sua conversione ad una fede che la richieda), l'operazione va assimilata a un vero e proprio piccolo intervento chirurgico e quindi deve essere effettuata da un medico.

La circoncisione rituale maschile non può essere effettuata presso strutture sanitarie pubbliche a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Non si ritiene infatti che esistano ragioni di carattere etico e sanitario che debbano indurre lo Stato a porre a carico della collettività le pratiche di circoncisione maschile rituale; esse sono peraltro esplicitamente escluse dai LEA (3). La circoncisione rituale dei neonati ebrei viene eseguita da medici in ambulatori privati o in ospedali pubblici, ma in regime di attività libero-professionale, analogamente a quanto avviene per le circoncisioni profilattiche eseguite da cittadini statunitensi.

La situazione pare diversa per altre minoranze che praticano circoncisioni rituali legate alla religione islamica e per le popolazioni provenienti da culture tribali africane. In genere la circoncisione viene programmata in occasione di un viaggio nel Paese di origine. In alcuni casi la famiglia decide di eseguire la circoncisione in Italia ricorrendo a persone "esperte" che operano clandestinamente. Le circoncisioni cosiddette "clandestine" sono pericolose poiché espongono il bambino al rischio di lesioni locali ed esiti cicatriziali permanenti, di complicazioni anche gravi che possono portare alla morte del bambino.

Lo scorso anno, a seguito dei gravi casi emersi dopo l'esecuzione di circoncisioni clandestine il problema era emerso prepotentemente accendendo l'opinione pubblica. Il ministero della salute aveva così avviato una campagna di sensibilizzazione contro gli interventi clandestini (sia maschili che femminili) in collaborazione con FIMP. E' stato quindi siglato un protocollo d'intesa che prevede per i pediatri aderenti alla federazione l'impegno di: 1) informarsi sull'orientamento religioso della famiglia del neonato, o del bambino, e sulla possibile intenzione di voler accedere alla pratica della circoncisione; 2) informare la famiglia sulle implicazioni e le possibili complicanze medico chirurgiche che la circoncisione comporta e sconsigliare in maniera preventiva il ricorso a pratiche al di fuori dall'ambiente sanitario; 3) indirizzare la famiglia verso un centro di riferimento, utilizzando tutti i mezzi possibili per favorire l'accessibilità alle strutture sanitarie in caso di espressione di netta volontà da parte dei genitori di procedere all'effettuazione dell'intervento. Il documento è certamente adeguato e apprezzabile, ma al momento purtroppo non è possibile fornire alle famiglie informazioni complete, su scala nazionale riguardo alla possibilità di effettuare realmente la circoncisione in strutture mediche ospedaliere o ambulatoriali in ogni regione.

Negli anni scorsi, sono state proposte iniziative locali in alcune regioni finalizzate alla possibilità di. Nel 2006, in un primo progetto realizzato in Piemonte, era stata attivata la possibilità di eseguire la sperimentazione maschile rituale in regime di Day surgery presso l'Ospedale Infantile Regina Margherita - S. Anna di Torino. Il progetto prevedeva interventi gratuiti per bambini di 1-12 anni, sani, residenti nella regione (ad una distanza dall'ospedale che richiedeva tempi di percorrenza inferiori a 60 minuti). Nel periodo compreso fra ottobre 2006 ed ottobre 2007, sono stati effettuati 123 interventi.

Un secondo progetto in Piemonte è stato attivato nel marzo 2008; il servizio è rivolto alla fascia d'età che va da 1 a 12 anni ed è riservato a chi è residente in Piemonte o è comunque in possesso del permesso di soggiorno. Per la circoncisione rituale presso l'OIRM di Torino si richiede, con impegnativa del medico curante, una visita ambulatoriale (CUP tel. 011 6640510) successivamente è prevista una visita anestesiologicala il giorno prima dell'intervento.

Nel luglio 2007 anche la Regione Liguria aveva approvato un progetto sperimentale di un anno che prevedeva interventi su 120 bambini con meno di 14 anni, in regime di day hospital. Era previsto un ticket di 100 euro a titolo di partecipazione economica dei cittadini alla spesa trattandosi di prestazioni di carattere sanitario non correlate alla presenza di una patologia. Il progetto aveva l'obiettivo di garantire interventi fatti da personale qualificato, rispettando tutte le norme di igiene e sicurezza, per evitare operazioni clandestine e rischi conseguenze negative sulla salute del bambino, con possibili aggravii nei costi sanitari derivanti dal trattamento delle eventuali complicanze.

Attualmente anche la Regione Friuli Venezia Giulia ha deliberato un progetto sulle circoncisioni rituali maschili. Per 12 mesi, interventi gratuiti saranno realizzati presso l'IRCCS 'Burlo Garofolo' di Trieste; sono previsti 135 operazioni per bambini africani di età compresa fra 0 e 18 anni, nati in Italia, residenti nella regione. Una volta conclusa la sperimentazione, il cui costo è ritenuto inferiore a quello necessario per la gestione delle emergenze derivanti da interventi fatti in maniera clandestina in abitazioni private, la circoncisione sarà fatta con il pagamento di un ticket.

Altre regioni hanno allo studio progetti pilota finalizzati alle circoncisioni rituali maschili in adeguate strutture sanitarie, sarà quindi necessario da parte degli assessorati e dei ministeri competenti divulgare eventuali nuove iniziative sia alle minoranze che per motivi religiosi o tradizionali praticano circoncisioni rituali, sia ai medici ed ai pediatri affinché possano fornire precise risposte alle famiglie immigrate che intendono far operare i figli in Italia.

In conclusione, la pratica della circoncisione maschile è diffusa in molte regioni del mondo ed anche in Italia rappresenta un fenomeno emergente in seguito alla presenza di minoranze straniere che per motivi religiosi, tradizionali, culturali o profilattici sottopongono neonati, bambini o adolescenti all'operazione. La circoncisione rituale maschile è riconosciuta ed ammessa dalla legge nell'ambito della libertà di culto per la religione ebraica, e per analogia alle popolazioni che professano l'Islam (nei diversi continenti) ed alle popolazioni appartenenti ad altre religioni e tradizioni culturali (minoranze etniche africane). L'operazione non è compresa nei LEA e pertanto non può essere eseguita a carico del S.S.N. ma solo a pagamento presso ospedali ed ambulatori disponibili. La mancata copertura sanitaria può rappresentare motivo di discriminazione fra bambino e bambino, in base al reddito della famiglia o alla minoranza etnica. Da un lato cittadini ebrei o statunitensi trovano, nell'organizzazione della loro Comunità in Italia, presidi e strumenti finanziari adeguati per eseguire senza difficoltà l'intervento di circoncisione. Per contro, le possibilità economiche di molte famiglie immigrate (in particolare quelle africane) non permettono di affrontare il costo dell'intervento in ambito sanitario o la spesa di un viaggio in patria e ricorrono a pratiche tradizionali in casa, esponendo il bambino al rischio di gravi complicazioni. Le circoncisioni maschili eseguite clandestinamente, non da medici esperti, senza idonei strumenti e garanzie di igiene asepsi ed assistenza, sono pericolose e da contrastare.

E' necessario continuare l'opera di sensibilizzazione recentemente avviata dal ministero della salute sulla traccia di quanto dichiarato dal Comitato nazionale di Bioetica 10 anni fa. Occorre nel contempo fornire alle famiglie interessate dal problema adeguate risposte e reali

alternative per contrastare il ricorso ad interventi clandestini. E'infine opportuno sviluppare, nella formazione dei medici e degli operatori sanitari, i temi e le problematiche correlati alla migrazione; favorire una cultura aperta e disposta a conoscere e riconoscere quanto le popolazioni migranti portano nella nostra società.

Bibliografia

1 – Nelson C.P., Dunn R., Wan J., Wei J.T. “The increasing incidence of newborn circumcision: data from the nationwide inpatient sample”. J. Urology 2005 Mar;173(3):978-81.

2 - Leibowitz A.A., Desmond K., Belin T. “Determinants and Policy Implications of Male Circumcision in the United States” American Journal of Public Health 2009 Jan; 99(1):138-145.

3 - D.P.C.M. 29 Novembre 2001 “Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza. Allegato 2“. Gazzetta Ufficiale n°33 (8 Febbraio 2002).

Tabella 1 - Maschi circoncisi rispetto al totale della popolazione maschile

- U.S.A: 60%
- Canada: 25%
- Australia: 10%
- Europa Occidentale: tra il 2% e il 4%
- Africa: oltre 80%
- Paesi Arabi: oltre 90%

Accessi dei bambini stranieri al pronto soccorso

G. Lo Coco¹, M. Zaffaroni², A. Monzani², C. Guidi², E.C. Grassino², G. Bona², P. Di Pietro³, E. Piccotti³, A. Calcagno³, M.S. Acutis⁴, M. Bartolini⁴, G.C. Calligari⁵, A. Guala⁶, P. Masciari⁷, P. Valentini⁸, G. Visci⁹, S. Zampogna⁷, G. Zavarise¹⁰

¹Ospedale A.Ajello- Mazara del Vallo (TP) ²AOU Maggiore della Carità - Novara ³Istituto Gaslini - Genova
⁴Ospedale Galliera - Genova ⁵Ospedale Fatebenefratelli - Erba (CO) ⁶Ospedale SS.Pietro e Paolo - Borgosesia (VC) ⁷Azienda Ospedaliera Pugliese-Ciaccio - Catanzaro ⁸Policlinico Agostini Gemelli - Roma ⁹Ospedale Regionale Spirito Santo - Pescara ¹⁰Ospedale Sacro Cuore - Negrar (VR)

Introduzione

L'Italia è sempre stata un paese di emigrazione, mentre l'immigrazione costituisce un fenomeno relativamente recente, cominciato a partire dalla metà degli anni Ottanta. Attualmente, gli immigrati in Italia sono 3.432.651, pari al 5.8% della popolazione (1), con un trend in aumento. Per la maggior parte si tratta di immigrati provenienti da Paesi in Via di Sviluppo economicamente svantaggiati rispetto all'Italia. Tra le questioni politiche di preminente importanza in materia d'immigrazione vi è la capacità di garantire al crescente numero di immigrati equità di accesso ai servizi sanitari. Il Sistema Sanitario Nazionale italiano fornisce accesso universale alle cure; tuttavia, spesso la fruizione dell'assistenza di base e specialistica può presentare per gli immigrati diversi ostacoli, come la mancanza di conoscenza di come accedere a questi servizi e le difficoltà nel prendere un appuntamento (lingua, orari, liste di attesa). Pertanto, è possibile che i cittadini stranieri tendano ad accedere ai servizi di Pronto Soccorso (PS) con maggiore facilità rispetto all'assistenza di base e specialistica. Va inoltre considerato che, secondo quanto affermato in un recente studio, gli indicatori economici di povertà sono correlati ad un peggiore stato di salute e ad una maggiore utilizzazione dei servizi sanitari d'emergenza (2). Ulteriori studi riguardo l'utilizzo dei servizi sanitari da parte degli immigrati evidenziano una loro fruizione subottimale rispetto ai non-immigrati, il preponderante utilizzo dei servizi pubblici rispetto al settore privato, il maggior uso dei dipartimenti di PS rispetto agli altri servizi, probabilmente come conseguenza di una minore difficoltà di accesso (3-5). I pochi studi che hanno analizzato a livello mondiale l'utilizzo dei servizi sanitari pediatrici hanno evidenziato una simile condizione di svantaggio anche per i bambini immigrati, con un ricorso eccessivo e spesso inappropriato alle unità di PS (6,7). Fino ad ora, l'utilizzo dei servizi di emergenza pediatrica in Italia non è stato studiato in modo approfondito. Scopo del nostro studio è stato quello di quantificare il peso relativo del ricorso ai servizi di PS da parte della popolazione immigrata ed italiana analizzando un anno di attività di dieci ospedali pubblici italiani. A tal fine abbiamo valutato gli accessi ai servizi di emergenza pediatrica di bambini stranieri e italiani, per verificare l'ipotesi che l'utilizzo dei servizi di PS sia più elevato e, di conseguenza, spesso inadeguato, tra gli immigrati che tra gli italiani. Obiettivo secondario è stato identificare le cause di consultazione dei pazienti stranieri ed italiani e verificare se gli immigrati fossero affetti da particolari patologie d'importazione.

Pazienti e metodi

Tra Gennaio e Ottobre 2007 è stato condotto uno studio trasversale multicentrico volto a valutare le caratteristiche dei pazienti stranieri che afferiscono al PS pediatrico di 10 ospedali italiani. Sono stati registrati gli accessi dei pazienti stranieri al PS Pediatrico. Perché un paziente venisse considerato straniero, almeno uno dei genitori doveva essere nato in un Paese in via di sviluppo al di fuori dell'Unione Europea.

Per ogni paziente straniero è stato arruolato anche il successivo bambino italiano valutato presso lo stesso PS. Per ogni bambino sono stati registrati dati quali età, sesso, paese di nascita, nazionalità dei genitori, orario e causa di accesso e codice di gravità.

I soggetti sono stati suddivisi in cinque fasce d'età: neonati (<1 mese), lattanti (1 mese-1 anno), bambini in età prescolare (1-6 anni), in età scolare (6-11 anni), adolescenti (>11 anni). La nazionalità dei bambini e dei loro genitori è stata classificata in nove gruppi: 1.Italia, 2.Est Europa non-UE, 3.America Latina, 4.Paesi Arabi, 5.Nord Africa, 6.Africa sub-sahariana, 7.India, Pakistan e Sri-Lanka, 8.Cina e resto dell'Asia, 9.ROM e Sinti.

L'orario di accesso è stato definito diurno (8:00-20:00) o notturno (20:00-8:00). Il motivo della consultazione è stato sintetizzato con il principale sintomo all'ingresso.

In base alla gravità dei sintomi, i pazienti sono stati suddivisi in quattro categorie contrassegnate da quattro colori secondo le linee guida internazionali (8): bianco se non urgente (patologie che possono essere gestite dal Pediatra di famiglia), verde se semi-urgente (problemi di salute differibili), giallo se urgente (rischio di rapido peggioramento delle funzioni vitali), rosso se emergenza (rischio imminente di morte).

La diagnosi alla dimissione è stata catalogata secondo un elenco predefinito di patologie: respiratorie, traumatiche, gastroenteriche, cutanee, febbre, infezioni localizzate, malattie esantematiche, infezioni del tratto genitourinario, ingestione o inalazione di corpi estranei, avvelenamento accidentale, problematiche di competenza chirurgica ed ustioni. È stato infine considerato l'esito della visita, in termini di dimissione, avvio al percorso ambulatoriale, osservazione temporanea, ricovero, allontanamento prima della conclusione/dimissione volontaria contro parere medico, decesso.

Lo studio è stato approvato dai Comitati Etici locali e il consenso firmato è stato rilasciato dai genitori. L'analisi statistica è stata condotta con l'utilizzo del software SPSS 16.0 (SPSS Inc, Chicago, IL).

Risultati

Nel periodo oggetto di studio, 2437 cittadini stranieri si sono rivolti al PS pediatrico degli Ospedali aderenti al protocollo. Altrettanti pazienti italiani sono stati pertanto arruolati. Analizzando la distribuzione per sesso, degli immigrati 1409 (57.8%) erano maschi e 1028 (42.2%) femmine; degli italiani 1368 (56.1%) maschi e 1069 (43.9%) femmine.

Per quanto riguarda le fasce d'età, tra gli stranieri sono stati computati 35 (1.4%) neonati (N), 519 (21.3%) lattanti (L), 1110 (45.6%) bambini in età prescolare (B), 447 (18.3%) bambini in età scolare (S) e 326 (13.4%) adolescenti (A); dei 2347 pazienti italiani 34 (1.4%) erano neonati, 336 (13.8%) lattanti, 1193 (49%) bambini in età prescolare, 424 (17.4%) bambini in età scolare e 450 (18.4%) adolescenti (Figura 1).

Analizzando il Paese d'origine dei pazienti stranieri, è emerso che il 51.2% dei bambini era nato in Italia, il 17.4% in paesi non comunitari dell'Est Europa, il 15.3% in Nord Africa, il 7% in America Latina, il 3% nell'Africa sub-Sahariana, l'1.7% in Medio Oriente, l'1.9% in Cina o altri Paesi asiatici, lo 0.9% in India, Pakistan o Sri-Lanka, l'1.6% erano di etnia Nomade. I padri dei bambini immigrati provenivano per la maggior parte dal Nord Africa (30.3%), in percentuali minori da paesi non comunitari dell'Est Europa (28%), America Latina (14.4%), Africa sub-Sahariana (6.6%), Cina o altri Paesi asiatici (4.2%), Medio Oriente (3.6%), sub-continente indiano (1.9%), Italia (0.7%). Il 9.4% dei padri non aveva fissa dimora o era nomade; la nazionalità era sconosciuta nello 0.9% dei casi. In modo analogo, le madri provenivano con maggior frequenza del Nord Africa (28.1%), seguito dai paesi non comunitari dell'Est Europa (27.3%), America Latina (14.5%), Africa sub-Sahariana (6.4%), Cina o altri Paesi asiatici (4.1%), Medio Oriente (3.4%), sub-continente indiano (1.8%), Italia (0.7%). Il 9.1% delle madri dei bambini stranieri non aveva fissa dimora o era nomade, il 4.6% era di nazionalità ignota.

Analizzando l'orario di accesso al PS pediatrico, gli accessi si concentravano nelle ore diurne (G) rispetto alle notturne (N) in entrambi i gruppi (stranieri: G=76.4%, N=23.6%; italiani: G=78.8%; N=21.2%).

In relazione alla gravità della sintomatologia presentata, alla maggior parte dei bambini stranieri (72.5%) è stato assegnato un codice verde; i restanti accessi erano rappresentati da codici bianchi (25.2%), gialli (2.1%), e solo lo 0.2% era rappresentato da condizioni di reale emergenza, codici rossi. In modo simile, anche tra gli italiani gli accessi erano rappresentati soprattutto da codici verdi (87.8%), seguiti dai bianchi (9.8%), gialli (2.3%) e solo da un'esigua percentuale di rossi (0.1%) (Figura 2).

Se si considera la diagnosi alla dimissione, la maggior parte dei bambini stranieri presentava patologie respiratorie (36.2%). Le restanti diagnosi erano costituite da problematiche gastroenterologiche (17.8%), traumi e ferite (12.8%), patologie cutanee (5%), febbre (5.9%), infezioni localizzate (4.3%), esantemi dell'infanzia (3.2%), infezioni genitourinarie (1.5%). Solo una piccola percentuale di accessi era determinata da ingestione o inalazione di corpi estranei, avvelenamenti, ustioni o problemi di competenza chirurgica. In modo analogo si distribuivano le cause di accesso e le relative diagnosi tra i pazienti italiani, con una prevalenza di affezioni respiratorie (32.7%), seguite da traumi accidentali o ferite (17.4%), patologie gastroenterologiche (15.1%), patologie dermatologiche (6.6%), febbre (6.2%), infezioni localizzate (4%), malattie esantematiche dell'infanzia (2.5%), infezioni genitourinarie (1.9%) e da pochi casi di ingestione o inalazione di corpi estranei, avvelenamenti, ustioni o patologie chirurgiche. Vista l'alta percentuale di patologie respiratorie, è stata valutata la frequenza dei sottotipi specifici di diagnosi (Tabella 1).

Dopo la valutazione presso il PS, l'87% dei bambini stranieri è stato dimesso (D) subito dopo la visita, lo 0.4% dopo un'osservazione temporanea (OT), l'11.9% è stato ricoverato (R), lo 0.3% è stato inviato ad ulteriori visite ambulatoriali (AMB) e lo 0.4% è stato dimesso contro parere medico, dietro firma della dimissione volontaria (DV) da parte dei genitori. L'accesso dei bambini italiani si è concluso con la dimissione nell'86.7% dei casi; il 12.6% ha necessitato di ricovero, lo 0.1% è stato avviato al percorso ambulatoriale, lo 0.5% è stato posto in osservazione temporanea e nello 0.1% dei casi i genitori hanno firmato per la dimissione volontaria (Figura 3). Non si sono registrati decessi né tra i bambini immigrati né tra gli italiani.

Discussione

Il principale risultato del nostro studio è rappresentato dall'alta percentuale di accessi al PS pediatrico per patologie con basso codice d'urgenza, sia tra i pazienti stranieri che tra quelli italiani: a più del 95% dei pazienti stranieri e italiani è stato infatti assegnato un codice verde o bianco all'atto del triage.

Ciò suggerisce innanzitutto che un'alta percentuale di accessi in PS avviene per problemi che non richiedono un trattamento d'emergenza. I Dipartimenti di emergenza sono stati creati per poter fornire cure immediate a pazienti con condizioni mediche che rappresentino un rischio per la vita come traumi o lesioni gravi, non per la gestione di patologie ambulatoriali minori. Negli ultimi anni il PS è sempre più diventato uno dei principali fornitori di assistenza sanitaria e questo sovraffollamento ha cominciato a costituire un problema. Si è radicata infatti la tendenza a ricorrere al PS come sostituto del Pediatra di libera scelta per trattare patologie non gravi. In un contesto di limitate risorse economiche sanitarie è evidente come il fenomeno dell'alta percentuale di prestazioni fornite dai Dipartimenti di Emergenza per problemi gestibili dai servizi territoriali sia fonte di preoccupazione per gli addetti alle politiche sanitarie. In particolare, l'uso inappropriato del PS da parte dei pazienti pediatrici è diventato un importante problema che necessita di una soluzione.

Fattori medici, sociali, economici e psicologici influenzano in gran parte la decisione dei genitori di recarsi in ospedale invece di aspettare a domicilio l'evolversi della patologia o di cercare un intervento medico di altro tipo. Problemi analoghi sono riferiti da studi che analizzano l'accesso al PS in età pediatrica negli Stati Uniti e nel Regno Unito (9-11), in Malesia (12) ed anche in Italia (13-15).

In secondo luogo va sottolineato che nel nostro studio gli accessi dei bambini stranieri non superano quelli dei bambini italiani, a differenza di quanto osservato in altri studi (4,16,17). Questo dato potrebbe riflettere una buona integrazione dei cittadini stranieri, che in vent'anni di immigrazione hanno imparato ad utilizzare tutti i servizi offerti dal Sistema Sanitario Nazionale italiano: quando e come accedere alle cure primarie e specialistiche piuttosto che al Dipartimento di Emergenza. Un ruolo importante riveste anche il contributo del volontariato medico, che prende in carico i bambini non seguiti dal Pediatra di libera scelta perché non in possesso del permesso di soggiorno. D'altro canto la buona integrazione degli immigrati potrebbe essere il risultato di una corretta gestione da parte del personale medico, addestrato a trattare gli specifici problemi di salute degli immigrati.

Analizzando le diagnosi alla dimissione, dal nostro studio emerge che, nel complesso, i bambini stranieri e quelli italiani sono affetti dallo stesso tipo di patologie. Per entrambi le cause più frequenti di accesso in PS sono risultate le patologie del tratto respiratorio, seguite dai traumi e dalle malattie gastrointestinali, come già osservato in altri studi trasversali (13). È inoltre degna di nota l'osservazione che le malattie infettive, tradizionalmente ritenute un potenziale problema di salute preminente nel paziente immigrato, in realtà sembrano essere abbastanza infrequenti se confrontate con la morbidity globale e pressoché equamente rappresentate tra bambini stranieri ed italiani.

Le popolazioni immigrate sono spesso considerate fonte di malattie infettive, come Ebola, SARS, malaria, con un conseguente pregiudizio nella maggior parte dei casi ingiustificato (18): in base a quanto emerso dalla nostra casistica, infatti, gli immigrati non dovrebbero essere considerati vettore di malattie infettive.

A rischiare di compromettere la buona integrazione attualmente presente in Italia, nell'ambito della discussione in Senato del cosiddetto "Pacchetto Sicurezza" (atto 733), è stato depositato da alcuni senatori un emendamento attualmente in discussione che mina radicalmente uno dei principi base della assistenza sanitaria nei confronti dei cittadini stranieri nel nostro Paese e cioè la garanzia di libera accessibilità alle cure nelle strutture pubbliche per tutti. Stando a questa proposta, infatti, medici e pediatri potrebbero essere obbligati a segnalare alle questure le persone straniere "irregolari" che per necessità accedono in ospedale o ai servizi di territorio (malati, partorienti, bambini ed i neonati).

In conclusione, non è possibile individuare uno specifico "immigrato tipo", definito dal punto di vista sanitario, sociale, economico ed antropologico. Diverse caratteristiche sono tipiche di ogni immigrato e variano in genere in relazione alla zona di origine o emergono dopo il processo di immigrazione, e sono strettamente correlate alle stile di vita in Italia (condizioni igieniche, stato nutrizionale). Pertanto, conoscenze specifiche sono necessarie per affrontare i diversi problemi di salute dei bambini immigrati.

Nell'ottica di interpretare al meglio le necessità di salute dei pazienti stranieri dovrebbero essere introdotti nei dipartimenti di PS strumenti quali mediatori culturali e volantini multilingue riguardanti problematiche di salute.

Figura 1 - Distribuzione dei pazienti stranieri ed italiani per fasce d'età

(N=neonati; L= 1-12 mesi; B=1-5 anni; S=6-10 anni; A= 11-18anni)

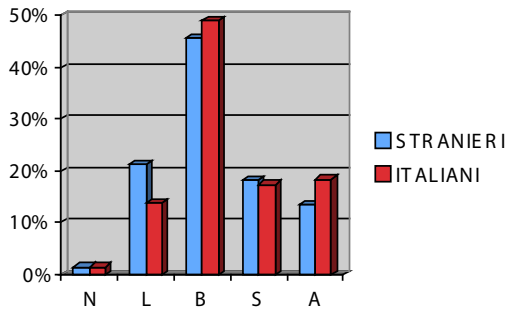


Fig 2. Distribuzione dei pazienti stranieri ed italiani per codice di gravità.

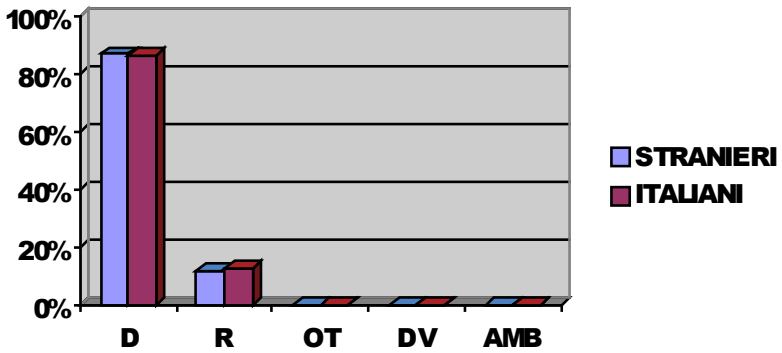
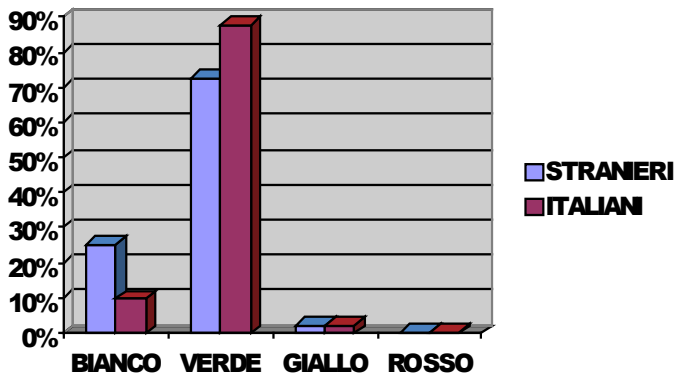


Figura 3 - Esito dell'accesso al PS (D=dimissione; R=Ricovero; OT=osservazione temporanea; DV=dimissione volontaria; AMB=controllo ambulatoriale)



Tab 1. Sottogruppi di patologie respiratorie diagnosticate nei bambini stranieri ed italiani.

PATOLOGIE RESPIRATORIE	PAZIENTI STRANIERI		PAZIENTI ITALIANI	
	n	%	n	%
FLOGOSI ALTE VIE AEREE	250	28.2	178	22.3
SINUSITE	4	0.5	5	0.6
OTITE MEDIA ACUTA	129	14.6	141	17.7
FARINGOTONSILLITE	252	28.5	200	25.1
LARINGITE	36	4.1	44	5.5
SINDROME INFLUENZALE	39	4.4	16	2.0
BRONCHITE	64	7.2	94	11.8
BRONCOSPASMO	47	5.3	54	6.8
BRONCHIOLITE	17	1.9	22	2.8
POLMONITE	47	5.3	43	5.4
Totale	885	100.0	798	100.0

Bibliografia

- ¹ Istituto nazionale di statistica. *La popolazione straniera residente in Italia al 1° gennaio 2008*. Roma: ISTAT 2008
- ² Adler N, Singh-Manoux A, Schwartz J, et al. *Social status and health: a comparison of British civil servants in Whitehall-II with European- and African-Americans in CARDIA*. Soc Sci Med 2008;66:1034-45
- ³ Cots F, Castells X, Garcia O, et al. *Impact of immigration on the cost of emergency visits in Barcelona (Spain)*. BMC Health Serv Res 2007;7:9.
- ⁴ Norredam M, Krasnik A, Moller ST, et al. *Emergency room utilization in Copenhagen: a comparison of immigrant groups and Danish-born residents*. Scand J Public Health 2004;32:53-9
- ⁵ Norredam M, Mygind A, Nielsen AS, et al. *Motivation and relevance of emergency room visits among immigrants and patients of Danish origin*. Eur J Public Health. 2007;17:497-502.
- ⁶ Norredam M, Mygind A, Nielsen AS, et al. *Motivation and relevance of emergency room visits among immigrants and patients of Danish origin*. Eur J Public Health. 2007;17:497-502.
- ⁷ Durden TE. *Usual source of health care among Hispanic children: the implications of immigration*. Med Care 2007;45:753-60.

- ⁸ Canadian Association of Emergency Physicians. *Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale: implementation guidelines for Emergency Departments*. Can J Emerg Med 2001, 3(4 Suppl):1-32.
- ⁹ Ziv A, Boulet JR, Slap GB. *Emergency department (ED) utilisation by adolescents in the United States*. Pediatrics 1998;101:987-94
- ¹⁰ Stewart M, Werneke U, MacFaul R, et al. *Medical and social factors associated with the admission and discharge of acutely ill children*. Arch Dis Child 1998;79:219-24.
- ¹¹ Armon K, Stephenson T, Gabriel V, et al. *Determining the common medical presenting problems to an accident and emergency department*. Arch Dis Child 2001;84:390-2.
- ¹² Goh AY, Chan TL, Abdel-Latiff ME. *Paediatric utilisation of a general emergency department in a developing country*. Acta Paediatr 2003;92:965-9.
- ¹³ Pileggi C, Raffaele G, Angelillo IF. *Paediatric utilization of an emergency department in Italy*. Eur J of Public Health 2006;5:565-9
- ¹⁴ Angelillo IF, Ricciardi G, Nante N, et al. *Appropriateness of hospital utilization in Italy*. Public Health 2000;114:9-14.
- ¹⁵ Bianco A, Pileggi C, Angelillo IF. *Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy*. Public Health 2003; 117:250-5.
- ¹⁶ Scotto G, Saracino A, Pempinello R, et al. *Simit epidemiological multicentric study on hospitalized immigrants in Italy during 2002*. J Immigr Health 2005;7:55-60.
- ¹⁷ Stronks K, Ravelli AC, Reijneveld SA. *Immigrants in the Netherlands: equal access for equal needs?* J Epidemiol Community Health 2001;55:701-
- ¹⁸ Walls CA, Rhodes KV, Kennedy JJ. *The emergency department as usual source of medical care: estimates from the 1998 National Health Interview Survey*. Acad Emerg Med 2002;9:1140-5.

Rachitismo carenziale ed immigrazione infantile

Francesco Cataldo, Andrea Guala

Dipartimento Materno Infantile, Università di Palermo

Sebbene il rachitismo carenziale fosse presente sin dagli albori della storia dell'umanità (sono state riscontrate tracce di questo stato morboso nell'uomo di Neanderthal) la prima descrizione della malattia è avvenuta nel 17° secolo in Inghilterra, dove fu ritenuta una nuova malattia (*Rachitis, sive morbo puerili qui vulvo rickets dicitur*, F. Glisson, 1650) e ne fu ipotizzata una correlazione con l'inquinamento atmosferico legato all'eccessivo consumo di carbone come combustibile. Solo nel 19° secolo fu riconosciuta l'importanza della esposizione al sole nella prevenzione e nella cura del rachitismo (1,2) e nel 1917 Hess ed Hunger (3) dimostrarono che l'olio di fegato di merluzzo aveva sul rachitismo gli stessi effetti preventivi dell'esposizione al sole.

Questi studi determinarono nelle decadi successive una rapida caduta della frequenza del rachitismo nel Mondo Occidentale (1,2) perché furono messe in atto idonee misure preventive quali la fortificazione con Vit D degli alimenti, la somministrazione regolare Vit D nella 1° infanzia e olio di fegato di merluzzo nell'età successive e la consuetudine di esporre al sole i bambini.

Nei Paesi industrializzati però il rachitismo carenziale è continuato ad esser presente in minoranze etniche immigrate, prevalentemente Asiatiche o altre popolazioni con pelle scura, che conservavano stili di vita del paese di origine. Tali rilievi che fino agli anni 60-70 del secolo scorso erano poco frequenti, negli ultimi 15-20 anni si sono fatti numerosi, ponendo il rachitismo carenziale come un problema di salute pubblica riemergente anche nelle nazioni a più elevato tenore di vita.

Immigrazione e rachitismo in Europa

La nazione europea dove il problema del rachitismo carenziale "*da immigrazione*" è stato segnalato più frequentemente in queste ultime decadi è l'Inghilterra. Così a Londra nel 1996 sono state studiate (4) le concentrazioni sieriche di 25OHD in 618 bambini di 2 anni senza segni clinici di rachitismo i cui genitori provenivano dall'Asia Meridionale (India, Bangladesh, Pakistan). Il 20% dei bambini del Bangladesh, il 25% di quelli Indiani ed il 34% di quelli Pakistani avevano concentrazioni di 25OHD compatibili con uno stato di deficit di Vit. D, mentre solo l'1% dei bambini inglesi (gruppo controllo) presentava tale situazione. Nello stesso fascicolo della medesima rivista (*British Medical Journal*) altri Autori (5) segnalavano alcuni lattanti (età 10-28 mesi) con rachitismo carenziale, giunti a Manchester dal Medio Oriente, dall'Africa del Nord e dall'Africa Occidentale. Questi bambini, tutti di pelle scura, erano stati allattati in maniera esclusiva al seno per parecchi mesi (da 10 a 24), non avevano ricevuto in precedenza supplementazione con Vit. D e neppure le loro madri ne avevano assunta durante la gestazione e/o l'allattamento. Inoltre alcune di queste mamme, di religione mussulmana, non erano solite esporsi al sole perché abitualmente portavano il "*velo*" (chador o burqa).

Successivamente, tra il 2000 ed il 2004, a Manchester, a Londra ed a Birmingham (6,7,8) venivano segnalati diversi lattanti provenienti dall'Africa, dai Caraibi e dal Sud-Est Asiatico con rachitismo carenziale. Anche questi pazienti erano stati allattati al seno in maniera protratta e non avevano ricevuto, come le loro madri durante la gestazione e l'allattamento, vitamina D.

Di contro altri Autori a Birmingham (9) e Leicester (10) in precedenza avevano segnalato alcuni

neonati e lattanti di etnia asiatica con tetania ipocalcémica rachitogena che avevano assunto vitamina D ed erano stati allattati con formule fortificate. In questi casi la tetania rachitogena è stata messa in relazione con le scarse quantità di 25OHD che durante la gravidanza erano passate dalle gestanti al prodotto del concepimento. Ciò perché la maggior parte delle donne immigrate provenienti dall'Asia Meridionale sono carenti di Vit. D e nel neonato e nel lattante di pochi mesi le riserve di 25OHD sono correlate a quelle della gestante.

A Manchester infine (11), tra 51 ragazze preadolescenti, 14 di razza caucasica e 37 immigrate provenienti prevalentemente dal Medio Oriente e dal Sud Est Asiatico, quelle immigrate di pelle scura avevano concentrazioni sieriche di 25OHD significativamente ridotte rispetto alle loro coetanee caucasiche di pelle chiara. Queste differenze sono state messe in relazione non alle abitudini alimentari che erano simili nei due gruppi, ma alla pelle più scura ed alla ridotta esposizione al sole delle ragazze immigrate dovuta alla loro cultura religiosa (uso del velo). Come in Inghilterra, anche in altre nazioni dell'Europa Centro-Occidentale e Settentrionale (Francia, Danimarca, Olanda, Spagna) nel corso degli ultimi 15-20 la carenza di vitamina D è stata segnalata soprattutto tra la popolazione immigrata proveniente dall'Africa Settentrionale, dal Medio Oriente e dall'Africa Sub-Sahariana (12,13,14,15,16,17,18). Il fattore che accomunava questi pazienti era, oltre la pelle scura e la assenza di supplementazione medicinale con vitamina D, la anamnesi : quasi tutti avevano ricevuto un allattamento al seno prolungato e quasi nessuno aveva assunto alimenti fortificati con vitamina D e calcio o abbondanti quantità di latticini. Inoltre l'esposizione al sole era stata modesta ed a volte alcuni di questi bambini avevano una dieta vegetariana che ostacola l'assorbimento di calcio.

Immigrazione e rachitismo nel Nord America ed in Australia

Il rachitismo carenziale tra i bambini non caucasici è comune anche nel Nord America. Weisberg e Coll. (19) in una revisione della letteratura sui casi di deficit di vitamina D descritti tra il 1990 ed il 2003 negli Stati Uniti hanno ritrovato 20 articoli che riportavano pazienti con rachitismo carenziale, per un totale di 154 casi. 144 di questi (93,5%) erano bambini non caucasici (l'81,8% Afro-Americani o Negri, ed il restante 11,7% di etnia Ispanica, Asiatica e Medio-Orientale). Negli anni successivi le segnalazioni di bambini immigrati non caucasici con rachitismo carenziale negli Stati Uniti sono continuate (20,21) ed osservazioni analoghe sono state riportate pure in Canada (22,23) ed in Australia (24,25,26,27). Anche in questi studi i fattori predisponenti appaiono essere la scarsa o assente esposizione al sole, l'allattamento al seno prolungato, la pelle scura e la mancanza di profilassi medicinale con vitamina D.

La situazione in Italia

In Italia la segnalazione di bambini immigrati con rachitismo carenziale rispecchia il progressivo aumento durante questi ultimi 15 anni del flusso migratorio dai PVS verso la nostra nazione.

Il primo rilievo in letteratura è del 1992, a Palermo (28), nell'ambito di una casistica di 113 lattanti di età tra i 6 ed i 24 mesi con patologia distrofico-carenziale. 54 pazienti erano affetti da rachitismo e 8 di questi (4,3%) erano immigrati. Tutti avevano la pelle scura e, anche se non erano stati allattati al seno, avevano assunto sin dai primi mesi di vita latte vaccino sterilizzato a lunga conservazione in bottiglia e non formule adattate fortificate con vitamina D e calcio.

Si devono attendere circa 10 anni per avere altre segnalazioni in Italia di rachitismo carenziale tra i bambini immigrati. Queste sono comparse contemporaneamente nel 2003 nel corso del 3° Congresso Nazionale del Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Immigrato (GLNBI). Pedori e Coll. (29) segnalano a Parma 37 bambini con rachitismo florido. Di questi, 24 (65 %) erano immigrati (2 albanesi e 22 con pelle scura : maghrebini, indiani, e negri

dell'Africa Sub-Sahariana). La maggior parte di loro era stata allattata al seno per parecchi mesi (età media 7 mesi alcuni per più di 12 mesi). Sempre in Emilia-Romagna (Bologna), Preti e Coll. in occasione dello stesso congresso (30) segnalano altri 3 bambini di origine maghrebina con rachitismo carenziale. Anche essi erano stati allattati in maniera esclusiva e protratta al seno e le loro madri durante l'allattamento avevano trascorso buona parte della giornata tra le mura domestiche, esponendosi poco al sole.

Un caso aneddotico di rachitismo florido tra i bambini immigrati è stato descritto da Weber e Bozzetti (31) nel 2006 a Milano. Si trattava di un bambino di 22 mesi nato in Italia da genitori marocchini, e quindi di pelle scura, che aveva assunto latte materno fino ai 18 mesi senza praticare profilassi con vitamina D. Egli aveva avuto una scarsa esposizione al sole e la sua anamnesi alimentare rilevava un *intake* giornaliero di calcio molto basso. Inoltre la madre durante la gravidanza e l'allattamento aveva assunto modeste quantità di latticini e di alimenti ricchi di vitamina D e si era esposta poco al sole.

Più recente è la segnalazione di 21 pazienti con note di rachitismo osservati a Palermo tra 136 bambini provenienti dall'Est Europa a seguito di adozione internazionale (32). La condizione di deficit di vitamina D è stata messa in relazione alla cattiva alimentazione (scarsa assunzione di latticini) di questi bambini, alla loro istituzionalizzazione che li aveva fatti esporre molto poco al sole ed alla assenza di profilassi medicinale con vitamina D.

Lo studio più ampio su bambini immigrati residenti in Italia con rachitismo florido è stato effettuato in Piemonte (33) mediante una indagine retrospettiva sui bambini (italiani stranieri) dimessi dagli ospedali piemontesi con questa patologia nel triennio 2000-2002. Sono stati identificati 99 pazienti e 94 di questi (95%) erano immigrati: 9 erano albanesi, 59 marocchini e 26 provenivano dall'Africa Centro-Occidentale o Sub-Sahariana e dal Sub-Continente Indiano. Il 75% di questi bambini aveva una età compresa tra i 2 ed i 24 mesi ed il colore della loro pelle era nero in 49 soggetti e olivastro in 45. Quasi tutti erano stati allattati al seno per parecchi mesi e nessuno aveva praticato profilassi con vitamina D, nonostante questa fosse stata consigliata a 37 casi sugli 80 di cui si aveva l'informazione anamnestica. La distribuzione di questi pazienti inoltre era incrementata nel corso degli anni: 12 nel 2000, 34 nel 2001 e 53 nel 2002. La maggior parte delle coppie extracomunitarie era formata da entrambi i genitori stranieri, mentre nei matrimoni misti (italiano/extracomunitario) era sempre la madre ad essere straniera, confermando come importante fattore di rischio per rachitismo, la carenza di vitamina D materna durante la gravidanza e l'allattamento.

Fisiopatologia e fattori di rischio

Si conoscono due forme di vitamina D, il colecalciferolo (Vit D3) e l'ergocalciferolo (Vit D2). Il primo è prodotto dalla azione dei raggi ultravioletti B di lunghezza d'onda tra 290 e 320 nm sul 7 deidrocolecalciferolo della pelle, il secondo deriva dall'azione dei raggi ultravioletti sull'ergosterolo dei vegetali (1,2).

Sebbene la vitamina D venga anche introdotta con la dieta, più del 90% deriva dalla produzione a livello della cute e solo quando l'esposizione ai raggi solari è fortemente ridotta o assente l'introduzione di ergocalciferolo con gli alimenti risulta essenziale per sopperire alle esigenze dell'organismo. Le principali fonti alimentari di vitamina D sono i pesci grassi (salmone, merluzzo, tonno, sgombro, sardine aringhe), mentre nella carne, nelle uova, nei latticini e nelle verdure se ne ritrovano scarse quantità (1,2).

Nei bambini immigrati vi sono diverse cause che aumentano il rischio di rachitismo carenziale.

Una delle principali è rappresentata dall'allattamento al seno protratto che nei paesi in Via di Sviluppo (PVS) di solito dura fino al compimento dell'anno e non di rado per tutto il secondo anno di vita (34). Il latte di donna contiene quantità di vitamina D (da 15 a 50 UI/L)

che non sono sufficienti (35) per un organismo in rapida crescita. Peraltro le concentrazioni ematiche di vitamina D della madre costituiscono la maggiore fonte di calcidiolo per il latte della nutrice e buona parte delle donne provenienti dai PVS, che hanno la pelle scura, che si espongono poco al sole per motivi culturali e religiosi, e che non di rado hanno una dieta povera di vitamina D e di calcio per tradizioni alimentari (diete vegetariane), spesso hanno concentrazioni sieriche molto basse di 25OHD (1,2,34).

Una seconda causa che favorisce il rachitismo carenziale nei bambini immigrati è che solo pochi di essi ricevono, come le loro madri durante la gestazione e l'allattamento, una supplementazione medicinale di vitamina D (1,2,34). Ciò sia perché molti medici non hanno più l'abitudine di consigliarne la somministrazione sia perché le madri molto spesso non praticano la profilassi prescritta per cattiva adesione alla terapia.

Una terza causa è costituita dalla cute scura (1,2,34). I soggetti di pelle non chiara hanno necessità, per la presenza di una maggiore quantità di melanina, di un tempo più lungo di esposizione al sole per produrre quantità soddisfacenti di vitamina D perché la melanina, agendo come un filtro naturale, assorbe le radiazioni solari. Tale fenomeno è inoltre aggravato nelle adolescenti, nelle gestanti e nelle nutrici provenienti dai PVS dalla scarsa esposizione al sole legata a fattori culturali-religiosi (uso del *velo* ed abitudini di trascorrere buona parte della giornata tra le mura domestiche).

E' stato poi evidenziato che numerosi adulti Asiatici "sani" hanno concentrazioni sieriche di 25OHD molto basse anche se la loro esposizione al sole è abbondante. Ciò dipende da un aumento, che in queste popolazioni è geneticamente determinato, della 25-OHD-24 idrossilasi, enzima che catabolizza l'1-25OH₂D (36). Tale predisposizione viene aggravata da altri fattori di rischio: la residenza in città del Mondo Occidentale industrializzate (dove la polluzione atmosferica è maggiore) e situate ad elevate latitudini. Infatti buona parte dei raggi ultravioletti del sole viene assorbita dall'ozono e tale fenomeno è tanto maggiore quanto più ci si allontana dall'equatore: oltre i 35° di latitudine la quantità dei raggi ultravioletti che passa lo strato atmosferico dell'ozono è minima e quindi la vitamina D prodotta sulla cute si riduce notevolmente, specie in autunno ed in inverno (1,2).

Tuttavia, anche l'intake dietetico di calcio è importante, e non di rado la dieta delle popolazioni immigrate al contrario di quelle del Mondo occidentale non è costituita da alimenti ricchi di calcio (latticini) o fortificati con vitamina D e calcio. Molti immigrati continuano a seguire le tradizioni culturali del paese di origine ed assumono alimenti che sono poveri di calcio e vitamina D o che ostacolano l'assorbimento del calcio (diete vegetariane, diete macrobiotiche, diete strettamente vegans, cibi ricchi di fitati, di ossalati o di soia). Anche ciò costituisce fattore favorente l'insorgenza del rachitismo tra le popolazioni immigrate.

Profilassi

Il rachitismo carenziale quindi, in Italia come in altri nazioni del Mondo Occidentale, sta riemergendo come fenomeno "*nuovo*" perché interessa le popolazioni immigrate. Queste difatti posseggono numerosi fattori di rischio che ne facilitano l'insorgenza. E' quindi necessario che vengano prese misure di prevenzione ad hoc. Queste saranno diverse in relazione alle differenti età pediatriche e sono costituite dalla supplementazione medicinale di vitamina D, dall'apporto dietetico di calcio e vitamina D, e dalla esposizione al sole.

Alla nascita le scorte di vitamina D del neonato sono correlate a quelle della madre, e le gestanti provenienti dai PVS posseggono numerosi fattori di rischio, talora associati tra loro, che riducono i loro livelli ematici di 25OHD: pelle scura, uso del *velo*, scarsa esposizione al sole per motivi culturali e ridotta assunzione con la dieta di vitamina D e calcio. Esse quindi dovrebbero essere sottoposte (2) nel secondo e terzo trimestre di gravidanza ad una profilassi medicinale con vitamina D (da 400 a 800 UI/die), come del resto viene già formalmente

consigliato in Francia ed in Inghilterra. In Italia invece la supplementazione con vitamina D è raramente prescritta nella popolazione generale, ed ancor meno alle gestanti immigrate che tra l'altro non hanno una buona compliance. E' necessaria quindi anche nella nostra nazione una forte campagna promozionale in tal senso tra i medici e le donne provenienti dai PVS.

Tra le popolazioni immigrate provenienti dai PVS, la pratica dell'allattamento al seno prolungato ed esclusivo fino a oltre il sesto mese di vita è comune, ed i livelli di vitamina D nel latte umano sono insufficienti alle richieste del lattante. Per di più le concentrazioni di 25OHD del latte sono correlate a quelle ematiche della nutrice e nelle donne provenienti dai PVS sono presenti molte condizioni (pelle scura, scarsa esposizione ai raggi solari, predisposizione genetica, modesta assunzione di alimenti ricchi di vitamina D e calcio) che diminuiscono il contenuto di vitamina D nel latte materno. E' utile pertanto supplementare le nutrici immigrate con vitamina D (400 UI/die) per tutto il periodo dell'allattamento.

Tuttavia nel lattante proveniente dai PVS che assume formule adattate fortificate con Vitamina D, permangono altri fattori di rischio (soprattutto la pelle scura e la scarsa esposizione al sole) che facilitano l'insorgenza del rachitismo carenziale. Per questo motivo l'American Academy of Pediatrics, che ha raccomandato la somministrazione a tutti i lattanti (sia quelli alimentati al seno che quelli allattati con formule fortificate) di 200 UI/die di vitamina D dai primi mesi di vita fino alla adolescenza, sottolinea l'importanza di tale profilassi soprattutto per alcune categorie di bambini a rischio tra cui quelli immigrati. Nelle età successive a quella del lattante (2° e 3° infanzia, adolescenza) le più recenti linee guida suggeriscono, sia per i bambini caucasici che per quelli provenienti dai PVS, la assunzione quotidiana di alimenti fortificati con calcio e vitamina D o che contengono quantità elevate di calcio (latticini) e vitamina D, nonché la somministrazione regolare di vitamina D (da 200 a 400 UI/die) fino al termine del periodo adolescenziale. Queste linee guida si trasformano da suggerimenti in forti raccomandazioni nel caso dei bambini immigrati. Vanno inoltre prescritte le diete vegetariane che ostacolano l'assorbimento di calcio.

Pure una regolare ed abbondante esposizione al sole senza copertura eccessiva del corpo è una pratica da adottare in ogni periodo dell'età evolutiva soprattutto tra i bambini immigrati che a causa della pelle scura, dell'uso del velo ed, in alcune etnie, di una predisposizione genetica sono a maggior rischio di rachitismo.

In conclusione, il rachitismo carenziale nel Mondo Occidente, e quindi anche in Italia, sta riemergendo per effetto soprattutto dei fenomeni migratori dai PVS che portano popolazioni che hanno diversi fattori di rischio quali la pelle scura, la ridotta esposizione al sole secondaria a consuetudini culturali-religiose, lo scarso apporto con la dieta di calcio e vitamina D, la predisposizione genetica, l'assunzione di alimenti che ostacolano l'assorbimento di calcio. I Pediatri italiani debbono vigilare su questo problema sanitario che nel prossimo futuro prevedibilmente aumenterà mettendo in atto le misure preventive più idonee per fronteggiarlo.

Bibliografia

1°) Holick MF. Resurrection of vitamin D deficiency and rickets. *J Clin Inv* 2006; 8 : 2062-72.

2°) Wharton B, Bishop N. Rickets. *Lancet* 2003; 362 : 1389-1400.

3°) Hess AF, Unger LJ. Prophylactic therapy for rickets in a negro community. *JAMA* 1917; 69 : 1583. Reprinted in : Hess AF. *Collected Writings*. Vol 1. Springfield, Ill : Charles C Thomas; 1936; 487-94.

4°) Lawson M, Thomas M. Vitamin D concentrations in Asian children aged 2 years living in England : population survey. *BMJ* 1999; 318 : 28.

- 5°) Mughal MZ, Salama H, Greenaway T et al. Florid rickets with prolonged breast feeding without vitamin D supplementation. *BMJ* 1999; 318 : 39-40.
- 6°) Ashraf S, Mughal MZ. The prevalence of rickets among non-Caucasian children. *Arch Dis Child* 2002; 87 : 263-5.
- 7°) Hannam S, Lee S, Sellars M. Severe vitamin deficient rickets in black Afro-Caribbean children. *Arch Dis Child* 2004; 89 : 91-2.
- 8°) Callaghan AL, Moy RJD, Booth IW et al. Incidence of symptomatic vitamin D deficiency. *Arch Dis Child* 2006; 91 : 606-7.
- 9°) Pal BR, Shaw NJ. Rickets resurgence in the United Kingdom : improving antenatal management in Asians. *J Pediatrics* 2001; 139 : 337-8.
- 9°) Pal BR, Shaw NJ. Rickets resurgence in the United Kingdom : improving neonatal management in Asians. *J Pediatrics* 2001; 139 : 337-8.
- 10°) Shenoy SD, Swift P, Cody D et al. Maternal vitamin D deficiency, refractory neonatal hypocalcemia and nutritional rickets. *Arch Dis Child* 2005; 90 : 437-8.
- 11°) Das G, Crocombe S, McGrath M et al. Hypovitaminosis D among healthy adolescent girls attending an inner city school. *Arch Dis Child* 2006; 91 : 569-72.
- 12°) Colmant A, Freycon MT, Serio AM et al. Deficit plasmatique en 25 OHD chez les enfants maghrébines de plus de 10 ans immigrés en France. *Pediatria* 1985; 40 : 17-25.
- 13°) Mallet E, Gaudelus J, Reinert P et al. Symptomatic rickets in adolescents. *Arch Pediatr* 2004; 11 : 871-8.
- 14°) Pedersen P, Michaelsen KF, Molgaard C. Children with nutritional rickets referred to hospitals in Copenhagen during a 10-year period. *Acta Paed* 2003; 92 : 87-90.
- 15°) Glerup H, Rytter L, Mortensen L. Vitamin D deficiency among immigrant children in Denmark. *Eur J Pediatr* 2004; 163 : 272-3.
- 16°) Stellinga-Boelen AA, Wieggersma PA, Storm H et al. Vitamin D levels in children of asylum seekers in The Netherland in relation to season and dietary intake. *Eur J Pediatr* 2007; 166 : 201-6.
- 17°) Yeste D, Carrascosa A. Nutritional rickets in childhood : analysis of 62 cases. *Med Clin (Barc)* 2003; 121 : 23-7.
- 18°) Bonet Alcaina M, Lopez Segura N, Besora Anglerill R et al. Rickets in Asians immigrants during puberty. *Anales de Pediatría* 2002; 57 : 264-7.
- 19°) Weisberg P, Scanlon KS, Li R et al. Nutritional rickets among children in the United States: review of cases reported between 1986 and 2003. *Amer J Nutr* 2004; 80 (Suppl) : 1697S-1705S.
- 20°) Mylott BM, Kump T, Bolton ML et al. Rickets in the Dairy State. *WMJ* 2004; 103 : 84-7.
- 21°) Gordon CM, DePeter KC, Fieldman HA, et al. Prevalence of vitamin D deficiency among healthy adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004; 158: 531-7.
- 22°) Binet A, Kooh SW. Persistence of vitamin D deficient rickets in Toronto in the 1990s. *Can J Public Health* 1996; 87 : 227-30.
- 23°) Ward LM, Gaboury I, Ladhani M et al. Vitamin D deficiency rickets among children in Canada. *Can Med Ass J* 2007; 177 : 161-6.
- 24°) Nozza JM, Rodd CP. Vitamin deficiency in mothers and infants with rickets. *Med J Austr* 2001; 175 : 353-5.
- 25°) Pillow JJ, Forrester PJ, Rodda CP. Vitamin D deficiency in infants and young children born to migrant parents. *J Paediatr Child Health* 1995; 31 : 180-4.
- 26°) Robinson PD, Hogler W, Craig ME et al. The re-emerging burden of rickets : a decade of experience from Sidney. *Arch Dis Child* 2006; 91 : 564-8.
- 27°) Block BH, Grant CC, McNeil AR et al. Characteristic of children with florid vitamin D deficient rickets in the Auckland region in 1998. *New Zeland Med J* 2000; 113 : 374-6.

- 28°) Cataldo F, Maltese I, Gueci G et al. Errate abitudini alimentari del lattante e patologie secondarie : rilievi su una casistica di 440 pazienti. *Ped Med Chir* 1992; 14 : 593-6.
- 29°) Pedori S, Mughetti L, Dodi I et al. Il ritorno di un antico problema sanitario dell'infanzia : il rachitismo carenziale. Comunicazione al 3° Congresso Nazionale del GLNBI. Milano, 16-17 Maggio 2003.
- 30°) Preti P, Rossi A, Perrone A. Il rachitismo carenziale è diventato una patologia da immigrazione. Comunicazione al 3° Congresso Nazionale del GLNBI. 16-17 Milano 2003.
- 31°) Weber G, Bozzetti V. Il rachitismo carenziale : se lo conosci lo preveni. *Pediatrics Preventiva e Sociale* 2006; 1 : 5-9
- 32°) Cataldo F, Viviano E. Health problems of internationally adopted children *Ital J Ped* 2007; 33: 92-9.
- 33°) Guala A, Guarino R, Ghiotti P et al. Il rachitismo in Piemonte : una sorveglianza negli ospedali. *Medico e Bambino* 2006; 2 : 119-20.
- 34°) Giorgi PL Il sole, la pelle, la vitamina D : un percorso da rivisitare. *Bambini e Nutrizione* 2005; 12 : 31-43.
- 35°) Awumey EM, Mitra DA, Hollis BW et al. Vitamin D metabolism is altered in Asian Indians in the Southern United States : a clinical research study. *J Clin Endocrinol Metab* 1998; 83 : 169-73.

Pediatria di territorio ed assistenza a tutti i bambini stranieri

Milena Lo Giudice, Maria Rosaria Sisto

Situazione Generale

La presenza degli immigrati in Italia è un fenomeno relativamente recente, le cifre continuano a crescere anno per anno ed è ormai chiara la consapevolezza che si tratta di un flusso inarrestabile che modificherà il tessuto sociale italiano ed europeo, per tale motivo come pediatri dobbiamo analizzare ed approfondire la situazione dell'infanzia immigrata per rispondere con competenza ai bisogni di salute di questi nuovi piccoli pazienti.

Secondo il XVIII rapporto sull'Immigrazione del Dossier Statistico Caritas/Migrantes del 2008 i minori stranieri presenti in Italia sarebbero 767.070. Si stima che nel 2007 siano nati in Italia 63.000 bambini di origine straniera, circa l'11% di tutti i nati, con punte che in alcuni comuni arrivano al 23%. Contrariamente a quanto avviene in molti altri paesi d'Europa le popolazioni straniere presenti in Italia provengono da numerosi paesi (quasi 200) costituendo un vero e proprio caleidoscopio di etnie⁴. L'Italia, quindi, può a ragione essere considerata una società multiculturale definendo in tal modo la presenza contemporanea di più culture, ma l'obiettivo di civiltà da raggiungere sarebbe diventare una società transculturale, una società che realizza un vero e proprio incrocio di culture e popoli, dove ciascuno forte della propria identità culturale è pronto e disposto ad accogliere l'altro, a confrontarsi con le diversità, consapevole che ogni cultura è portatrice di valori.

Diverse tipologie

Quando ci si riferisce ai bambini immigrati bisogna specificare che con questo termine si indicano diverse tipologie

Tabella 1

- Bambini adottati
- Bambini nati in Italia da genitori regolari
- Bambini nati nei paesi in via di sviluppo emigrati con i genitori
- Bambini figli di nomadi
- Bambini figli di profughi o di rifugiati politici
- Bambini nati in Italia o immigrati con una lunga separazione dai genitori
- Bambini nati in Italia da genitori irregolari
- Minori non accompagnati (nel 2007 sono stati segnalati 7870 minori presi in carico dai Servizi dei Comuni)

⁴ La parola *etnia* deve definitivamente sostituire il termine *razza* quando ci si riferisce alle diverse popolazioni umane. Parlare di Razza infatti, oltre a risuonare in maniera negativa per i tristi trascorsi storici, è considerato inesatto dal punto di vista biologico. Il giudizio finale è giunto con Luigi Luca Cavalli-Sforza, uno dei massimi esperti contemporanei sulla diversità genetica delle popolazioni, che si occupa del programma di ricerca sulla diversità del genoma umano, lo "Human genome diversity project" da lui promosso, volto a ricostruire, attraverso l'analisi del DNA mitocondriale, la mappa delle popolazioni del pianeta. Come conclusione dei suoi studi sui polimorfismi umani Cavalli-Sforza afferma: "I gruppi che formano la popolazione umana non sono nettamente separati, ma costituiscono un continuum. Le differenze nei geni all'interno di gruppi accomunati da alcune caratteristiche fisiche visibili sono pressoché identiche a quelle tra i vari gruppi e inoltre le differenze tra singoli individui sono più importanti di quelle che si vedono fra i cosiddetti gruppi razziali".

I bambini appartenenti a questi differenti gruppi presentano diversi e specifici bisogni salute più o meno urgenti e risolvibili, tra gli altri, ad esempio, vanno segnalati i bambini nati in Italia o all'estero che subiscono una lunga separazione dai genitori, è questo un fenomeno particolarmente presente fra i cinesi e i filippini che, per comprensibili motivi organizzativi familiari, rimandano nei paesi d'origine per i primi 4-5 anni di vita i bambini nati in Italia affidandoli a figure parentali accudenti per richiamarli poi nuovamente in Italia, sottoponendo questi piccoli al trauma di una doppia separazione affettiva, determinando profonda sofferenza e possibili gravi traumi psicologici.

Un altro grave fenomeno è la presenza dei minori non accompagnati, nel 2007 ne sono stati censiti circa 7870, sono arrivati in Italia in maniera non ben identificata e costituiscono purtroppo una sorta di manovalanza per la malavita e la prostituzione minorile.

Le differenti etnie presenti in Italia appartengono ovviamente anche a diverse religioni con tutte le varie implicazioni che ciò comporta.

Criticità

Fino a pochissimi anni fa la nostra nazione è stata terra d'emigrazione e l'attuale fenomeno d'immigrazione in così rapida evoluzione, comportando un adattamento alle nuove condizioni in continuo divenire, è causa di criticità che potremmo classificare in:

criticità istituzionali: Immigrazione clandestina e Cittadinanza;

criticità culturali: Incomunicabilità; Incomprensioni ; Scontro

a. Criticità istituzionali

Relativamente all'assistenza pediatrica una grossa criticità istituzionale è legata alla mancata iscrizione negli elenchi della pediatria di famiglia dei bambini irregolari presenti in Italia. Il che contravviene alla dichiarazione dei diritti dell'infanzia (*Gli Stati membriadottano ogni adeguato provvedimento per ...b) assicurare a tutti i minori l'assistenza medica e le cure sanitarie necessarie, con particolare attenzione riguardo le cure sanitarie primarie* [art.24, par.2] recepita dall'Italia nel 1991: ogni bambino presente sul suolo italiano *dovrebbe avere il pieno diritto dell'assistenza sanitaria*. Allo stato attuale solo la regione Friuli Venezia Giulia ha adottato provvedimenti in proposito.

Inoltre alcune norme presenti nel cosiddetto pacchetto sicurezza in discussione nei prossimi giorni in parlamento potrebbero configurare il reato di clandestinità con gravissime ripercussioni sulla salute globale dei bambini. Diversi appelli sono giunti da associazioni e società scientifiche, ricordo fra tutti l'appello del 3 maggio 2008:

La **FIMP (Federazione Italiana Medici Pediatri)**, su iniziativa della dr.ssa Maria Rosaria Sisto, Delegata Nazionale FIMP per il Bambino Immigrato, con i firmatari del Documento di Sabaudia (**SIP, Società Italiana di Pediatra, GLNBI, Gruppo di Lavoro nazionale per il Bambino Immigrato, SIPPS Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale, SIMM Società Italiana Medicina delle Migrazioni, UNICEF**), ha diramato nei mesi scorsi un Appello Congiunto per il diritto di asilo dei bambini clandestini e del loro nucleo familiare ai sensi del decreto legislativo 251/2007, entrato in vigore nel gennaio 2008 e in particolare nelle condizioni che

- al riconoscimento dello status di rifugiato: minori non accompagnati (art 28 del citato decreto legislativo 251/2007), bambini appartenenti a nuclei familiari cui non è riconosciuta la protezione internazionale ma ai quali genericamente è riconosciuto il diritto di asilo dal comma 22 della carta dei diritti del fanciullo e dalla legge 176/ 91;
- al riconoscimento della protezione sussidiaria: bambini soli, con uno o entrambi i genitori, provenienti da focolai di guerra e conflitti armati ai sensi dell'art. 14 comma 1

lettera c) del citato decreto legislativo 251/2007 • al riconoscimento della protezione internazionale e quantomeno della protezione sussidiaria per tutti i soggetti vulnerabili, in attuale condizione di clandestinità, richiamati nell'art. 19 comma 2 del D.L. 251/2007. Alcuni parlamentari hanno recepito il senso di tale sollecitazione ed hanno presentato un emendamento da inserire nel cosiddetto "pacchetto sicurezza".

Un'altra questione calda che interferisce con la possibilità di uno sviluppo sereno e sicuro dei bambini immigrati è legato al problema dell'acquisizione della cittadinanza italiana: la legge 91/1992 disciplina l'acquisto, la perdita ed il riacquisto della cittadinanza italiana; è stata formulata in un periodo storico in cui la nostra nazione non era ancora terra di immigrazione, secondo la normativa vigente un bambino nato in Italia è cittadino italiano per eredità (*ius sanguinis*) e non per luogo di nascita (*ius soli*), sempre secondo le attuali disposizioni lo straniero nato in Italia potrà diventare cittadino italiano all'età di 18 dopo averne fatto regolare richiesta.

Tutto ciò interferendo con il senso di sicurezza e di appartenenza potrebbe risultare fortemente nocivo allo sviluppo della personalità del bambino.

b. Criticità culturali

Sono probabilmente quelle più difficili da affrontare e superare. Il fenomeno migratorio come abbiamo già detto si è sviluppato e continua a svilupparsi con una velocità superiore all'adattamento culturale, i pediatri insieme agli altri non hanno ancora acquisito competenze relazionali interculturali, fondamentalmente nell'iter formativo non sono ancora stati previsti gli strumenti per identificare i bisogni formativi di questi nuovi piccoli pazienti e delle loro famiglie.

Molto lavoro andrebbe fatto sulle modalità di accoglienza delle famiglie immigrate, sul come fare sentire adeguate le mamme straniere costrette a confrontarsi con un mondo loro estraneo, molte volte considerato superiore...se da un canto alcune pratiche culturali risultano per noi inaccettabili (mutilazioni genitali femminili, differente valore della prole a secondo del genere) è fondamentalmente vero che esistono molti modi per far crescere bene un bambino. Acquisire un atteggiamento aperto, volto al migliore interesse possibile del bambino, comporta anche da parte nostra uno sforzo conoscitivo nel quale potremmo e dovremmo essere supportati dai mediatori culturali. Solo gli strumenti conoscitivi infatti possono aiutarci a superare gli ostacoli dell'icomunicabilità verbale e relazionale, per prevenire incomprensioni e il conseguente inevitabile scontro. Ruolo quindi del pediatra delle cure primarie è anche il favorire il processo d'integrazione anche attraverso le varie agenzie sociali come la scuola ad esempio, il problema dell'insuccesso scolastico è purtroppo fortemente diffuso fra la popolazione pediatrica immigrata.

L'insuccesso scolastico

Il pediatra ha un suo ruolo fondamentale nel far sì che i bambini stranieri possano essere "positivamente integrati"? Quando si parla di integrazione bisogna considerare innanzitutto che ci troviamo di fronte ad un concetto *multidimensionale* che ha a che fare con l'acquisizione di strumenti e di capacità (linguistiche, ad esempio) ma anche con la relazione, la ricchezza e l'intensità degli scambi con gli adulti e con i pari, a scuola e fuori dalla scuola;

- significa anche *integrità* del sé, che si esprime attraverso la possibilità di ricomporre la propria storia, lingua, appartenenza, in un processo dinamico di cambiamento e di confronto che permette a ciascuno, da un lato, di non essere "ostaggio" delle proprie origini e, dall'altro, di non dover negare riferimenti, differenze, componenti della propria identità per essere accettato e accolto;

- è un *progetto* e un processo che si costruisce giorno dopo giorno attraverso innumerevoli

soste, balzi in avanti, ritorni indietro, nostalgie e speranze, timori e entusiasmi;
 - è un progetto *intenzionale* e non avviene per caso, per forza di inerzia, ma deve essere voluto, seguito, sostenuto con attenzione, cura e *competenza* da tutti i protagonisti dell'incontro.

Si rende quindi necessario utilizzare i periodici bilanci di salute come occasione per potere affrontare con i genitori temi e argomenti riguardanti l'inserimento scolastico dei bambini. Volta per volta andranno quindi valutati:

- *la situazione dell'inserimento scolastico* (alla pari o in ritardo) che consente di progettare una prosecuzione degli studi con opportunità più o meno equivalenti rispetto a quelle dei compagni italiani;

- *la competenza nella lingua italiana*, considerata funzionale ed efficace, sia per gli scopi propri della comunicazione interpersonale, sia per quelli dello studio;

- *la qualità delle relazioni in classe* con i compagni e la possibilità di partecipare alle interazioni e alle attività di gruppo, di essere accettato e accolto nei momenti di aggregazione e delle scelte elettive;

- la qualità e la quantità degli scambi nel *tempo extrascolastico*, le occasioni di partecipazione e di inserimento nelle attività ludiche e sportive, le opportunità di stabilire e mantenere scambi e amicizie, di "abitare il territorio" considerato come la propria dimora;

- la competenza nella *lingua materna*, praticata in casa e con i connazionali (e le diverse situazioni di bilinguismo, perdita, mantenimento o sviluppo della Lingua madre) e la disponibilità/possibilità di raccontare aspetti della propria cultura, del paese d'origine, della propria storia;

- la situazione di *autostima*, di fiducia nelle proprie possibilità, di accettazione delle sfide comuni ai compagni italiani e specifiche della propria storia di migrazione; che si traduce, tra le altre, nella capacità di prefigurare il proprio futuro e di progettarlo, facendo fronte ai vissuti diffusi di provvisorietà e di non appartenenza .

Un bambino che si trova a vivere in un nucleo segnato da povertà materiale, da bisogni legati ancora alla sopravvivenza, da vissuti di provvisorietà e di lutto non elaborato per la perdita delle origini porta con sé le vulnerabilità e le fatiche di un quotidiano frammentato e bloccante. Così come un adolescente, strappato dal suo mondo e dai suoi affetti e portato a vivere qui contro la sua volontà, sulla base di scelte e decisioni che non ha voluto né ha condiviso, potrà elaborare nei confronti della nuova scuola e della sua lingua atteggiamenti di rifiuto e distanza emotiva. Il contesto e le modalità dell'accoglienza – a scuola e fuori dalla scuola – hanno tuttavia il peso e le responsabilità maggiori.

Conclusioni

Da pediatri dobbiamo avere chiaro che i bambini immigrati andranno considerati in qualche modo come soggetti a rischio per l'insuccesso scolastico. Dovremo volta per volta ascoltare, accogliere, guidare la famiglia, avendo chiaro che questi piccoli "go between" si trovano ad attraversare due generazioni costituendo in qualche modo un ponte fra la famiglia di origine e il paese ospitante, nostro ruolo è promuovere la loro doppia appartenenza e farli sentire fieri e sicuri delle loro origini aiutando tutto il tessuto sociale che li circonda a dare "ali alle loro radici".

Riferimenti bibliografici

1. Favaro G., M. Napoli (a cura di) (2002), *Come un pesce fuor d'acqua*. Il disagio nascosto dei bambini e dei ragazzi immigrati, Guerini, Milano.
2. Favaro G. (a cura di) (2004), *L'intercultura dalla A alla ZETA*, Angeli, Milano

3. Fischer L., Fischer A. (2002), *Una scuola multi-etnica*, Fondazione “G. Agnelli”, Torino
4. Giovannini G. (a cura di) (2001), *Ragazzi insieme a scuola*, Homeless Book, Rimini
5. MIUR, *Alunni con cittadinanza non italiana .Anno scolastico 2003-2004*, cicl, settembre 2004
6. Zincone G. (a cura di) (2000), *Primo rapporto sull'integrazione degli immigrati stranieri in Italia*, Il Mulino, Bologna.
7. Zincone G. (a cura di) (2001), *Secondo rapporto sull'integrazione degli immigrati stranieri in Italia*, Il Mulino, Bologna.
8. Adragna R. *La mediazione interculturale dal punto di vista dei mediatori*, in: “Tertio millennio in eunte: migration, new scenarios for old problems” (Atti del 112° Corso della Internatioinal School of Medical Sciences di Erice) Erice 2002, pp. 130-134.
9. Baccetti S., *Donne e bambini stranieri*, in *La comunicazione interculturale in Sanità CSE Firenze 2001*, 55-65.
10. Balsamo e. *Il bambino africano in Etnopediatria Bambini e salute in una società multi-etnica* vol I pp 110/132 Hippocrates Ed. Medico-scientifiches.r.l. Milano 2003.
11. Brusoni g. *La gestione delle cure primarie nel bambino immigrato* in *Etnopediatria Bambini e salute in una società multi-etnica* vol II pp 43/53 Hippocrates Ed. Medico-scientifiches.r.l. Milano 2003
12. Cappelli E., *Etnopediatria: mille modi di crescere i bambini* in *Pediatria e immigrazione dalla conoscenza all'interazione Scuderie Medicee Prato 2001*.
13. Caritas/Migrantes *Immigrazione dossier Statistico 2007 XVIII Rapporto*, Arti Grafiche Pomezia 2008.
14. Cataldo F. *Una nuova realtà per la pediatria*. *Salute e Territorio* 2001; XXII (126):123-5.
15. Lo Giudice M., *Etnopediatria: Bambini e salute in una società multi-etnica* Vol. I, Vol. II, Hippocrates Ed. Medico-scientifiches.r.l. Milano 2003.
16. Lo Giudice M., *I bisogni di salute del bambino immigrato* *Area Pediatrica* IV (2003), 1, pp. 4-16.
17. Maffettone S., *Medicina e multiculturalismo*, Apeiron, Bologna 2000.
18. Mazzetti M., *Il dialogo transculturale in medicina*, *L'arco di Giano*, 22 (1999) pp. 37-56.
19. Pacchin M. *Indagine sulla situazione scolastica degli alunni stranieri*. *Tertio millenio in eunte: migratino, new scenarios for old problems* (Atti del 112° Corso della International School of Sciences di Erice) Erice 2002: 305-19
20. Rondini G. et alii, *Il ruolo del pediatra*, *Rivista Italiana di Pediatria*, 25 suppl. 3 (1999) pp. 9-12.
21. Zaffaroni M., *Nascere stranieri*, *Salute e Territorio*, XXII, 2001, 126, pp. 111-113.

Rom/Sinti e Camminanti in Italia

Massimo Converso
Opera Nomadi Nazionale

Pur essendo il Paese d'Europa con la più bassa percentuale di *Rom/Sinti* (si pensi alla Grecia che conta numero pari all'Italia ma su soli 10 milioni di abitanti) l'Italia è arretrata di almeno 25 anni rispetto a tutte le politiche di integrazione per il popolo dei *Rom/Sinti*.

Pochi esempi in merito : i *Rom/Sinti* unici esclusi dalla Legge sulle Minoranze Linguistiche, i *Rom/Sinti* esclusi dal testo di legge sulla <Giornata della Memoria>, i *Rom/Sinti* per gli ultimi tragici 13 anni senza alcuna convenzione nazionale sulla scolarizzazione dei loro figli, i *Rom/Sinti* privi di un Ufficio del Governo per le loro problematiche (venendo indebitamente inclusi nella categoria “*stranieri*”).

I numeri e la qualità della presenza in Italia

Pur non esistendo dei censimenti ufficiali, da un censimento svolto dall'Opera Nomadi su scala nazionale risulta che i ***Rom, Sinti e Camminanti*** in Italia sono circa **170.000**, di cui 70.000 con cittadinanza italiana e 100.000 (in costante aumento da Bulgaria e soprattutto Romania) provenienti dai Balcani.

Si tenga presente la non-casualità dell'immigrazione da paesi entrati nella CE, e cioè Romania e Bulgaria, per i quali quindi la Bossi-Fini non sarà più attuabile.

Dei suddetti 100.000 il 30% proviene dalla Jugoslavia a partire dal 1966 (fino al 1991-92) ed il restante dalla Romania, con poche centinaia di presenze da Bulgaria e Polonia. Le ultime due generazioni di *Rom* “jugoslavi” sono nati in un Paese, l'Italia, che non riconosce lo ***jus soli*** e nega quindi ai minori uno dei requisiti fondamentali per un'equilibrata educazione ed integrazione : la cittadinanza.

In percentuale meno dello 0,03% della popolazione, una delle più basse d'Europa. Nonostante questo, o forse a causa proprio di questo (da ricordare che la minoranza dei *Rom/Sinti* è stata definita “la minoranza più numerosa dell'Unione Europea”) le sue condizioni di vita e il riconoscimento della propria identità e cultura sono molto problematiche.

La minoranza dei *Rom/Sinti* è caratterizzata da una bassa speranza di vita (l'età media si aggira attorno ai 50 anni per patologie riguardanti “di norma” l'apparato epatico e respiratorio) e dalla presenza di una alta percentuale di minori (il 60% della popolazione *Rom, Sinti* ha meno di 18 anni. Il 47% dei minori ha dai 6 ai 14 anni; il 23% dei minori ha un'età compresa tra i 15 e i 18 anni e la restante percentuale di minori, il 30%, ha un'età tra gli 0 e i 5 anni).

I Rom, Sinti e Camminanti di cittadinanza italiana

(fra cui gli ultimi seminomadi) sono circa 70.000

- **Rom ABRUZZESI e MOLISANI**

(estesi anche al nord della Campania e della Puglia, a tutto il Lazio e con “*colonie*” in Umbria, Toscana, Emilia, Veneto, Alto Adige, Lombardia).

Fra tutti i *Rom* centromeridionali giunti a seguito dei profughi ***arberes'h*** (leggi albanesi) immediatamente dopo la battaglia di Kosovo del 1392, è il gruppo più tradizionalista e che conserva intatto l'uso della lingua *romani*.

Loro mestiere tradizionale era quello dell'allevamento e del commercio di equini, mentre non risulta una cultura di lavorazione dei metalli.

Molto diffusa tuttora la pratica della chiromanzia fra le *rumrià* (*donne*), che spesso è l'unico sostentamento delle famiglie.

- **Rom NAPOLETANI (detti *Napulengre*)**

fortemente mimetizzati nel capoluogo, vivono in comunità nella cintura partenopea e in tutte le altre province campane; fortemente inseriti fino a trenta anni fa in tutta l'economia campana, fabbricavano arnesi per la pesca, praticavano spettacolo ambulante con pony e pianole nelle ville e nelle piazze, addestravano pappagallini per la chiromanzia; vivono soprattutto di piccolo commercio ambulante, ma qualcuno ancora esercita i vecchi mestieri spesso spingendosi, a piccoli nuclei, nelle regioni circostanti.

- **Rom CILENTANI**

stanzianti da secoli nel basso Salernitano in diversi centri, fra i quali una grande comunità, circa 800 Rom, si trova ad Eboli, dove alcune *rumrià* hanno raggiunto alti livelli di scolarizzazione fino alla laurea; erano annoverati anche in pubblicazioni ufficiali, proprio in quanto "zingari", fra i mestieri ufficiali del Cilento per la loro indispensabile arte di riparatori ambulanti di utensili per la campagna

- **Rom LUCANI**

anche loro in passato grandi allevatori di cavalli e artigiani dei metalli, vivono in tutta la Basilicata con alcune "colonie" nell'Alto Cosentino, sono le comunità più integrate nell'economia del sud; addirittura a Melfi una *rumri* lavorava nella segreteria del Sindaco, a Lauria era Rom il sacrestano nonché apprezzato cantautore.

- **Rom PUGLIESI**

A Palo di Bari è segnalata con certezza una delle testimonianze più antiche della presenza delle Comunità Rom in Italia, dovuta ad una permanenza di un tale *Capitano Vivilacqua* nelle stanze dell'*Universitas* appunto di Palo.

Numerosi in tutta la regione ma soprattutto nel Salento, sono del tutto simili ai loro fratelli lucani, ma con un tenore di vita più basso; è ancora attiva la produzione artigianale da parte delle *rumrià* di piccoli attrezzi in metallo per l'economia domestica; non rara la gestione di macellerie equine e l'impiego come braccianti nelle raccolte stagionali; assolutamente unica la, progressivamente in scomparsa, attività di produrre sapone tramite gli oli esausti raccolti casa per casa.

- **Rom CALABRESI**

Molto presenti in tutte le province calabresi, tranne che a Vibo, sono sicuramente i Rom più poveri del nostro paese, tanto che non meno di 1.500 vivono ancora in baraccopoli; in particolare nel Reggio ed in tutto il Catanzarese il livello di vita è più precario degli stessi *khorkhanè bosniaci*, a fronte invece di una ottima condizione abitativa nel Cosentino; come attività, hanno abbandonato il commercio di cavalli e l'attività di fabbri e sono quasi tutti impegnati nella rottamazione; sono attive però ben quattro cooperative sociali fra Cosenza, Nicastro e Reggio; a Cosenza nel dicembre del 2001 è stato inaugurato il <Villaggio Rom> che appariva come il più bell'esempio – inserito nei quartieri urbani - di residenzialità in Italia per Comunità Rom, paga oggi il mancato inserimento occupazionale delle 75 famiglie che vi vivono; a Reggio Calabria centinaia di Rom hanno rifiutato la casa popolare nei quartieri dove già vivevano grandi Comunità Rom chiedendo invece di essere sparsi per "famiglie estese" nell'intera città. Gravissimi sono i livelli di devianza tanto da essere oggetto di attenzione della <Commissione Parlamentare AntiMafia>;

- **CAMMINANTI SICILIANI**

Semi stanziali anche a Milano, Roma e Napoli, sono, con i *Rom Kalderasha* ed i *Sinti Giostrai*, fra gli ultimi seminomadi ancora con i vecchi mestieri di arrotino e ombrellaio e con quello recente di manutenzione delle cucine a gas; la più grande comunità vive a Noto; secondo il glottologo Giulio Soravia sono eredi degli antichi Rom Siciliani, immigrati nell'isola con le Comunità *Arberes 'h* alla fine del XIV° secolo; non parlano il *romanès*, ma un loro gergo.

Questi sette gruppi arrivano a circa 30.000 unità

- **Sinti GIOSTRAI**

L'esame del loro *romanès*, lascia ragionevolmente dedurre che si tratti dei primi Rom e Sinti giunti via terra in Italia all'inizio del 1400, tutti comunque diffusi nelle regioni del centro - nord e in estate anche nel sud e nelle isole; prendono la denominazione dalle regioni, i cui dialetti stanno lentamente soppiantando la lingua *romani*: *Sinti Marchigiani*, *Sinti Emiliani*, *Sinti Veneti*, *Sinti Lombardi*, *Sinti Piemontesi*, *Sinti Gackane* (leggi Tedeschi). La mancata dolosa applicazione da parte dei Comuni della Legge Corona sullo spettacolo viaggiante del 1968, sta facendo scomparire con loro il più antico dei mestieri Rom, trasformandoli in rottamatori o venditori di bonsai artificiali. A migliaia hanno aderito al credo confessionale evangelista.

A migliaia, perso il mestiere di Giostrai, hanno acquistato MICROAREE agricole, per ricrearvi habitat a dimensione di famiglia estesa.

I Sinti contano circa 30.000 unità.

- **Rom HARVATI**

Si tratta di Rom immigrati in Italia dal Nord della Jugoslavia, in conseguenza delle 2 guerre mondiali e della persecuzione Ustascia, comunque riconosciuti cittadini Italiani anch'essi; vivono tutti nel centro-nord in particolare nelle regioni orientali; i Rom Istriani e Sloveni, già *cavallari*, adesso vivono di rottamazione, ma non mancano solide realtà di cooperative sociali e di Mediatori Culturali nei servizi pubblici.

I Rom *Kalderasha* sono invece l'ultimo gruppo dalle autentiche tradizioni seminomadi, riuscendo a praticare tuttora l'attività millenaria di lucidatori e battitori di metalli e le *rumrià* la chiromanzia. Si tratta di circa 7.000 unità complessive.

- **Rom LOVARA**

Consideriamo quei Rom di cittadinanza spagnola o francese che transitano per periodi molto lunghi in tutta Italia, sia per motivi economici, che per i raduni del nuovo credo religioso evangelista; peraltro si contano anche alcuni piccoli gruppi di *Lovara* "slavi", "svedesi" e apolidi. Non più di 1.000 unità.

I *Rom*, *Sinti* e *Camminanti* dell'est europeo in Italia (Polonia, Ungheria, e soprattutto Jugoslavia e Romania) sono circa 100.000

Si intendono con questo termine quelle popolazioni *ROM* giunte in Italia a ondate successive dal 1967 in poi dalla Jugoslavia, in particolare dalla Bosnia-Erzegovina, dalla Serbia, dal Kosovo e dalla Macedonia e più di recente anche dalla Romania, mentre a Novara vive da decenni una comunità di rom polacchi e a Roma ed in Calabria sono comparsi i primi nuclei di Rom Bulgari; in alto adige sono segnalate le prime presenze di Rom Cechi e Moldavi.

Nessuno di loro è più nomade sin dal 1946, allorchè nei paesi del socialismo reale fu progressivamente attuata una politica paritaria della casa che coinvolse anche i milioni di Rom seminomadi.

* ROM “JUGOSLAVI”

Khorakhanè e *dasikhanè* sono presenti capillarmente in tutte le regioni Italiane, fatta eccezione per la Lucania e il Molise.

- **Rom KHORAKHANE’ (= Rom musulmani)**

“*cergarija*” *vlasenicaqi* (*cerga* in serbo-croato = tenda); giunti nel 1967 a Milano, vivono in grandi comunità in campi comunali del Centro-Nord; sono tutti originari della cittadina bosniaca di Vlasenica.

Cergarija “*crna gora*” (= Montenegro), fra di loro gli ultimi grandi Maestri Ramai, nell’ultimo cinquantennio sono immigrati in massa in Bosnia, Croazia ed Erzegovina.

“*shifarija*” e “*mangiuppi*” (*shifitar* = aquila, simbolo dell’Albania; tutti originari del Kosovo, ma con forti nuclei immigrati in Macedonia e Montenegro); sono su tutto il territorio nazionale e costituiscono il gruppo di Rom extracomunitari più numeroso; sono gli unici *khorakhanè* che dispongano di una gerarchia e formazione religiose. Alcune loro grandi comunità hanno ripreso l’uso della casa anche in Italia.

“*kaloperija*” (provenienti da famiglie miste e legati ai *cergarija vlasenicaqi*)

soprattutto fra i *khorakhanè* è ancora fortissima l’evasione scolastica dei minori, spesso figli di genitori poco più che adolescenti a loro volta evasori o analfabeti di ritorno;

- **Rom DASIKHANE’ (cristiano - ortodossi, alla lettera “serbi”)**

“*kanjarija*” (e i gruppi affini: *mrznarija*, *busnarija*, *bulgarija*, *arlija*, *bankulesti*)

Come i *crna gora* per i *khorakhanè*, sono tutti originari di una regione (in questo caso la Serbia), ma successivamente immigrati in altre (Macedonia e Croazia). Sono presenti (anche da oltre trent’anni) nel Centro-Nord e nel sud soltanto nel Napoletano e in Sicilia. Fortemente tradizionalisti nell’organizzazione sociale interna, curano meticolosamente le alleanze matrimoniali. Soltanto gli *Arlija* non usano correntemente la lingua *romani*. Sono già centinaia i *kanjarija* che hanno costruito proprie abitazioni multipiano nelle periferie delle città.

“*rudari*” (parola rumena che corrisponde al latino *gens*) sono immigrati in Serbia dalla Romania circa un secolo fa portandosene l’uso della lingua e abbandonando il *romanès*. Erano *ursari* ed in genere circensi. Provengono tutti da Kragujevac, dove erano e sono inseriti anche nella manodopera industriale, ed in Italia vivono nel centro-nord.

- **Rom RUMENI**

Dopo i primi immigrati provenienti da Craiova e Timisoara (dove nel frattempo molte delle loro case erano state bruciate dalle bande neonaziste) oramai dalla Romania verso l’Italia e, più in generale, verso l’Europa dell’Est, si registra un esodo continuo e dalle vaste proporzioni. Si stimano infatti in 2 milioni e mezzo i Rom presenti in Romania, la più grande presenza che si registra in Europa. In rapida espansione immigrativa nel nostro Paese, fra loro si annoverano molti complessi di musicisti professionisti che non disdegnano l’attività artistica di strada.

Le più grandi comunità sono stanziate a Roma, Milano, Napoli, Bologna, Bari, Catania, Cosenza e Genova. Ma oramai la loro presenza si registra in tutta Italia

Drammatica è la realtà della scolarizzazione tra i minori Rom Rumeni di cui si stima una frequenza regolare del 3%.

I Rom Rumeni presenti in Italia sono ormai intorno alle 60.-70.000 unità, tutti gli altri balcanici sono dell’ex - Jugoslavia o della Federazione Jugoslava, ivi compresi i Rom già profughi di guerra.

Fra i detti 170.000, i minori costituiscono il 70%, anche se l'ingresso nell'età adulta tuttora, salvo poche eccezioni, nella società *romani* corrisponde alla nostra fase adolescenziale, sconosciuta alla stragrande maggioranza dei piccoli Rom/Sinti.

Soltanto in Italia vengono ancora costruiti i <*Campi-Nomadi*> in quanto tutti quelli che ancora vi abitano provengono invece da una cultura dell'abitazione mononucleare in muratura come fatto acclarato per il 95% dei circa 8-9 milioni di *Rom/Sinti* che vivono nel resto d'Europa.

Anche fra i 70.000 Rom/Sinti "italiani" la gran parte vive in case popolari od abitazioni proprie sin dagli anni '70 e fanno eccezione soltanto i *Sinti Giostrai* (gli ultimi seminomadi, assieme ai *Camminanti Siciliani* ed ai *Rom Kalderasha*, anch'essi "italiani") od ex-Giostrai nel Centro-Nord, i quali fondamentalmente desiderano vivere in microaree residenziali autocostruite; c'è da rilevare che alcune Amm.ni Com.li (si pensi a Brescia, Genova, Trento, Venezia, Pisa, Torino) hanno avviato una politica di case popolari anche per i Rom Balcanici e che alcune migliaia di questi ultimi autonomamente hanno deciso di recuperare l'habitat a loro assegnato dai paesi socialisti di provenienza, e quindi hanno affittato od acquistato appartamenti urbani o casali rurali, se non costruito in proprio ove possibile.

Ciò per sfuggire ai famigerati <campi-nomadi> quelle autentiche scuole di devianza minorile (in cui la completa disorganizzazione istituzionale italiana li ha costretti a sopravvivere), dove è per i Rom/Sinti impossibile attuare una equilibrata educazione dei loro figli, se non altro perché dal 1946 al 1990 essi non vivevano più in grandi Comunità. C'è da segnalare la recente protesta della Comunità *Rom Calabresi* di Reggio Calabria che ha rifiutato il ghetto di Arghillà, in cui 60 famiglie di Rom baraccati stavano per essere "aggregati" ad altre 60 già colà presenti. Vale a dire che anche l'esperienza dei <Villaggi Rom> (salvo la oggettiva *militarizzazione* h24 degli stessi) riproduce spesso il meccanismo della devianza e va completamente ripensata a favore delle microaree residenziali e delle case "delocalizzate" nel contesto urbano.

Possiamo quindi calcolare, per difetto, che almeno 20.000 (ventimila, in grandissima parte "rumeni" e "jugoslavi") minori Rom al di sotto dei dodici anni evadano l'obbligo scolastico in Italia e che i restanti coetanei *Rom/Sinti* siano in un generalizzato ritardo didattico di non meno di tre anni.

Fatti "salvi" alcuni isolatissimi gruppi di mascalzoni organizzati (dediti forse alla compravendita di bambini ed altro di gravissimo), i minori Rom coinvolti nella questua e nel furto non possono essere considerati un fenomeno endemico, se il Governo Italiano decidesse di attuare quanto soprattutto l'Opera Nomadi indica come strategia da decenni.

Gli indicatori del contesto territoriale sono rappresentati da: quasi totale disoccupazione, analfabetismo diffuso, degrado ambientale, emergenza abitativa, emarginazione sociale, stereotipi e pregiudizi, devianza diffusa, tossicodipendenza e alcolismo, condizioni igienico sanitarie allarmanti.

Finora i *Rom/Sinti* hanno conosciuto dallo Stato, tranne alcune eccezioni di rilievo, soltanto un intervento generalizzato di carattere repressivo (si pensi, come fatto negativo estremo, all'Operazione "*Spezzacatene*" di Rende/Cosenza-, laddove oggi i bambini Rom sottratti alle famiglie chiedono di rientrare nelle stesse) : è il momento di attuare una politica di solidarietà e regole, dove vengano riconosciute quindi anche le responsabilità soggettive dei Rom/Sinti verso i

loro figli,
per la cui attuazione l'Opera Nomadi con le sue 30 Sezioni Reg.li e Prov.li
è a completa disposizione delle Istituzioni dello Stato e degli EE.LL.

Le proposte:

- 1) Indagine conoscitiva delle presenze, curata da Mediatori Rom/Sinti, in collaborazione fra Opera Nomadi ed Istituzioni dello Stato; in merito il Ministero delle P.O. ha coordinato tutti i Ministeri competenti (Solidarietà Sociale, Interni, Sanità, P.I., Lavoro, Economia, Attività Produttive, Giustizia) perché tale indagine conoscitiva, anonima, ma quantitativa e qualitativa al contempo, venisse avviata per l'inverno 2008; quindi solidarietà e regole;
- 2) Commissione bicamerale che con i Sindacati controlli le gravissime condizioni degli operai rumeni nelle numerosissime fabbriche italiane in Romania, trattamento disumano che ha causato in primis l'emigrazione verso l'Europa Occidentale e soprattutto l'Italia;
- 3) Unità di strada (Vigili Urbani, Protezione Civile, Servizi Sanitari e Sociali, Mediatori Rom) che quotidianamente intervengano soprattutto fra le Comunità dei Rom Rumeni costrette nelle baraccopoli;
- 4) Immediata apertura di un ufficio governativo presso il Ministero della Solid.Soc. (con uno o più Mediatori Rom/Sinti) che faccia capo al Tavolo Interministeriale sopradetto, ufficio che coordini ed orienti le confuse disorganiche politiche degli EE.LL. in materia;
- 5) Applicazione immediata del Protocollo d'intesa Miur/Opera Nomadi sulla scolarizzazione (firmato il 25 giugno 2005 a Roma) che non dispone però di alcun finanziamento, con un'immediata convocazione presso il MIUR (l'Opera Nomadi ha proposto per il 12 Dicembre 2008 alla presenza delle massime autorità competenti per i Minori Rom) di una Conferenza Nazionale delle Direzioni Scolastiche Regionali – finora incapaci di applicare il Protocollo Governativo, sul tema specifico dell'evasione, dispersione scolastiche et ritardo didattico;
- 6) Campagna nazionale di vaccinazione (e successiva scolarizzazione) dei 20.000 bambini di strada Rom Rumeni, richiesta al Governo e mai avviata;
- 7) Generalizzare a livello nazionale la seria e concreta politica di avviamento al lavoro (Mercati ROM, raccolta differenziata, sartorie, albo comunale musicisti di strada) attuata negli ultimi due anni dal Comune di Roma che ha addirittura aperto uno specifico <Ufficio Lavoro Rom/Sinti>; è chiaro che il problema del lavoro costituisce il problema centrale per una politica di integrazione sociale delle comunità dei Rom, Sinti e Camminanti. Un problema che va molto aldilà della semplice acquisizione di reddito ma che condiziona tutta la vita sociale della comunità;
- 8) Smantellamento di tutti i "campi nomadi" e delocalizzazione dei più abitati delle grandi innaturali aggregazioni dei "Villaggi ROM" (anche di case popolari), autentiche scuole di avviamento alla devianza, utilizzando gli interi territori provinciali attorno ai capoluoghi di provincia in particolare per quelli colpiti dal fenomeno dell'immigrazione Rom di massa.

I Rom e il percorso socio-sanitario

L'esperienza del Camper sanitario a Roma

a cura di Massimo Converso

Opera Nomadi Nazionale

Cenni storici

L'Asta Convention del 1985 all'Eur spinse la giunta Signorello e la Questura all'allontanamento coatto verso Latina delle grandi comunità Cergarija e Crna Gora dalla zona ovest della città. I Rom rientravano a Roma ed iniziavano una vera e propria odissea nei prati e nei parcheggi della capitale, la quale porterà alla formazione dei due grandi concentramenti di Ponte Marconi e Tor Bella Monaca, dove si produrranno forti tensioni sociali e gravissime condizioni igienico-sanitarie, le quali arrivarono persino a sfociare nelle famigerate barricate dell'inverno '87-'88.

Con la visita di Luigi Di Liegro, invitato da Massimo Converso e Fadil Cizmic, nell'inverno dell'86, alla baraccopoli sotto Ponte Marconi, iniziava un rapporto tra la nuova Opera Nomadi, la Caritas di Luigi Di Liegro e l'assessore Giorgio Fregasi: tale collaborazione porterà a creare un fronte di concreta solidarietà sociale con l'apertura di specifici servizi del volontariato idonei a seguire le comunità nel doloroso circuito di sgomberi e di trasferimenti.

Fu proprio l'allora segretario della sezione dell'opera Nomadi a proporre a don Luigi di creare un percorso permanente di assistenza sanitaria nelle comunità Rom Jugoslave con l'obiettivo di orientarle all'utilizzo del sistema sanitario nazionale coinvolgendo quindi le Asl; il messaggio fu raccolto anche dall'allora assessore provinciale Giorgio Fregasi.

Venne acquistato e contestualmente attrezzato un camper sanitario mobile la cui gestione tecnico-sanitaria andava ai medici volontari della Caritas, coordinati da un giovanissimo Salvatore Geraci, con la decisiva mediazione dell'Opera Nomadi, presso le comunità più disagiate. Il progetto Asl-Farmacap-Opera Nomadi degli anni Novanta è il prodotto diretto di questo lavoro d'impostazione socio-sanitaria svolto dai gruppi di lavoro guidati da Salvatore Geraci e Massimo Converso, in collaborazione con la Provincia di Roma.

Dal 1997, circa 120mila visite mediche sono state effettuate grazie a questo progetto, arrivato in un momento in cui l'emergenza salute nei campi Rom era al massimo.

Ogni anno si verificano decessi soprattutto di bambini e di anziani, privi, fino a quel momento, di qualsiasi copertura sanitaria. La fruibilità dei servizi territoriali da parte delle comunità Rom era vicina allo zero ed era consuetudine rivolgersi ai pronto soccorso cittadini quando, ormai trascurate, le patologie erano in fase acuta, spesso con necessità di ricovero, con grossi rischi per il malato e costi altissimi per il SSN.

La bontà e il pregio maggiore del progetto è stato proprio quello di far coincidere il diritto alla salute nelle comunità presenti nel territorio con l'interesse della città a tenere sotto controllo una fonte di rischi, nello stesso tempo contenendo i costi della spesa sanitaria.

Le visite sono tutte documentate dai report giornalieri effettuati in questi anni, e questi dati in possesso della Asl Roma B sono stati trasmessi all'assessorato per le politiche sociali. I report in questione riportano dati anagrafici, diagnosi e prescrizione per ognuno degli oltre 120mila contatti avuti in questi anni. Inoltre esistono delle statistiche mensili che danno le esatte percentuali degli utenti suddivisi per età (bambini, adulti, anziani) e per sesso. A questi dati vanno inoltre aggiunti anche quelli relativi all'intervento svolto dall'assistente sociale facente parte dell'equipe. Tali dati sono in possesso sia dell'Asl Roma B che dell'assessorato.

Dall'avvio del progetto le cose nel corso degli anni sono un po' cambiate: la soglia di fruibilità dei servizi offerti dal SSN si è un po' abbassata ma non sempre allo stesso modo in tutti i luoghi. Di fatto esistono ancora realtà gravi all'interno del territorio cittadino, sia tra vecchi che nuovi insediamenti, dove è ancora un problema riuscire ad avere anche solo una semplice

prestazione medica. A questo scopo in collaborazione con il GRIS-Area Zingari e in rete con tutte le strutture pubbliche e di volontariato del territorio, sono state avviate più volte campagne per l'abbassamento della fruibilità dei servizi e per consentire la familiarizzazione tra l'utenza Rom e il personale socio-sanitario. Le enormi differenze culturali tra le comunità interessate al progetto richiedono l'utilizzazione dello strumento della mediazione che, in alcuni casi, si è rivelato fondamentale e imprescindibile. Nel corso degli ultimi due anni, soprattutto a causa dei numerosi sgomberi effettuati tanto dalla vecchia quanto dalla nuova amministrazione comunale, sono aumentate le difficoltà nel contattare i destinatari del nostro intervento, in quanto spesso risulta impossibile sapere fisicamente dove erano stati trasferiti. Particolarmente necessario è quindi risultato l'avvio di un nuovo monitoraggio sul territorio per riprendere i contatti con i nuclei che si riformano autonomamente, con il risultato di rendere vani tutti gli sforzi compiuti nei periodi precedenti. Questi continui sgomberi hanno portato anche ad un abbassamento del tasso di scolarizzazione, in quanto vengono effettuati senza tener conto dell'esigenza dei bambini di terminare l'anno scolastico.

Attualmente l'estrema precarietà della situazione Rom a Roma, in particolare riguardo agli sgomberi previsti e annunciati, crea grosse difficoltà all'intervento proficuo e collaborativo con le comunità Rom. In particolare, in riferimento alla comunità di Casilino 900, dopo i numerosi interventi effettuati dall'VIII Gruppo dei Vigili urbani e dalle forze di polizia, possiamo affermare che le presenze nel campo si sono ridotte in quanto chi aveva più da perdere o più problemi da affrontare ha preferito allontanarsene spontaneamente. Le famiglie rimaste sono nuclei storici del campo, presenti in alcuni casi da 40 anni, con figli e nipoti bene o male integrati nel quartiere, e che nel caso di un allontanamento radicale subirebbero sicuramente dei grossi traumi d'ambientamento. La situazione sanitaria, attualmente, come già da molto tempo, è sotto controllo grazie alla presenza costante degli operatori del camper sanitario.

Personale impiegato

In questi anni il lavoro del camper sanitario è stato sempre portato avanti in maniera proficua ed efficace da una squadra di operatori professionali, i cui ruoli si evincono dalle loro specializzazioni; le loro attività sono fondamentali, e imprescindibile alla buona riuscita del progetto di assistenza socio-sanitaria risulta essere un continuo rapporto di coordinamento e collaborazione.

Il personale è così composto:

- medico di base
- infermiera
- assistente sociale
- mediatore culturale dell'Opera Nomadi

Inoltre saltuariamente, secondo le necessità, sono stati coinvolti nel progetto alcune persone Rom, in qualità di mediatori linguistici.

Il ruolo di mediazione dell'opera nomadi

Negli anni in cui è stato avviato il progetto l'Opera Nomadi era l'unica associazione presente nei campi Rom romani, l'unica in grado di relazionarsi con le comunità e consentire l'accesso dell'equipe socio-sanitaria nei campi stessi. Le difficoltà all'inizio furono enormi, in quanto la diffidenza da parte dei Rom per tutto ciò che era istituzionale non rendeva assolutamente facili i primi contatti. Questo problema fu superato in quanto l'offerta presentata dall'equipe era un servizio concreto sulla salute, privo di qualsiasi contropartita. Furono avvicinate le mamme, per il loro ruolo familiare maggiormente sensibili al problema della salute dei loro figli, in merito al quale ne vivevano tutti i disagi e le preoccupazioni. Dopo le donne e i bambini

cominciarono ad avvicinarsi gli uomini e gli anziani. Ora è normale vedere un rom rivolgersi alle strutture sanitarie e percorrere un iter specialistico senza troppe difficoltà. Oppure rivolgersi ai consultori familiari di zona per problemi come gravidanze, aborti e assistenza pediatrica. Allora tutto ciò non esisteva e il grosso lavoro svolto dall'equipe, oltre all'assistenza medica, è stato quello di far familiarizzare le persone rom con iter socio-burocratici spesso vissuti come incomprensibili e inaccessibili.

La cultura medica è cambiata molto in questi anni, a volte in alcuni casi si è arrivati ad un eccesso opposto che si sta cercando di correggere ancora oggi, per evitare abusi di farmaci. Ma, comunque, complessivamente, la situazione è migliore di come era all'inizio del progetto.

A garanzia tanto della salute dei Rom quanto della tutela della città, sarebbe opportuno continuare a monitorare ancora il territorio con questo tipo di servizio. Attualmente il camper interviene nelle seguenti comunità: Casilino 900, Ciampino la Barbuta, Salviate 1 e 2, La Martora, Via Dameta, ed altri microinsediamenti molto fluidi, disseminati nel territorio della Asl Roma B. Ultimamente è stato esteso il campo d'azione del servizio inserendo con l'utenza due realtà che riguardano i rifugiati politici di origine sudanese (Darfur, Eritrea, Somalia). Sono stati iniziati degli interventi in particolare a Tor Vergata e sulla Collatina. Le tecniche di intervento sono leggermente differenti, per ovvii motivi culturali, ma anche facilitate dal fatto che questo tipo di utenza è leggermente più integrata, lavorando, nella grande maggioranza, nei mercati cittadini e nei ristoranti della città.

Patologie più frequenti

Nel corso degli anni le patologie riscontrate sono prevalentemente le classiche dovute ad uno stile di vita precario, sia nelle abitudini che come habitat. Per cui si va dalle malattie di raffreddamento e respiratorie, normali o croniche, alle cura delle cardiopatie, al diabete soprattutto rivolto alla fascia anziana, che grazie a un costante rapporto medico-paziente ha potuto cominciare a risolvere problemi tipici della terza età che fino a qualche anno fa portavano spesso a non superare i sessanta anni di vita.

Le malattie riscontrate vanno dalle infezioni dermatologiche (scabbia, tigna, verruche etc), complessivamente in via di riduzione, per passare a tutte quelle classiche dell'apparato respiratorio, sia stagionali che croniche, arrivando a quelle reumatologiche per la fascia anziana ed a quelle derivanti da stili di vita a rischio, tipo tabagismo, alcol, droga.

Riassumendo, le patologie più frequenti sono spesso legate alle condizioni di povertà e di disagio ma anche alla difficoltà di accesso ordinario alle strutture sanitarie. In particolare emergono alcune aree critiche:

- materno-infantile (parti prematuri, basso peso alla nascita, patologie neonatali, calendario vaccinale inadeguato, ...);
- adolescenziale dove la forbice si allarga tra l'esperienza d'appartenenza al proprio gruppo ed il richiamo dei modelli della società autoctona (a volte in termini voluttuari);
- delle malattie cronico-degenerative e traumatiche.

Rispetto agli allarmi suscitati da articoli maldestramente pubblicati, specialmente negli ultimi tempi, da numerosi giornali in particolare riferiti a problemi di tubercolosi o comunque epidemiologici, possiamo affermare che questo allarmismo è completamente ingiustificato. Dall'inizio del nostro intervento ogni tanto sono state riscontrate situazioni di questo genere ma che, proprio grazie alla nostra presenza, sono state prontamente seguite avviando tutte le procedure necessarie per la circoscrizione del problema che, di fatto, non si è mai esteso né all'interno delle comunità rom, né nei quartieri limitrofi, e questo testimonia la validità dell'intervento.

Proposte

Si avanzano due proposte imprescindibili per far sì che il percorso sanitario venga portato avanti in maniera sempre più efficace.

E'auspicabile che tali proposte vengano sviluppate all'interno delle comunità.

Esse si realizzano in

- un centro di orientamento alla sanità pubblica, funzionante in giorni prefissati, preferibilmente coincidenti con quelli in cui opera il camper sanitario; a tale proposito, attualmente l'orario del campo è strutturato in sei ore giornaliere, suddivise mediamente fra due comunità.
- un armadietto medico, dove poter trovare medicinali e semplici cure.

Epatopatie e Migranti

G. Cassarà, N. Candeh, G. Salamone, A. Affronti, G. Montalto

U.O.S. di Medicina delle Migrazioni. Azienda Ospedaliera Policlinico.

Università degli Studi di Palermo

Le epatopatie di natura infettiva e da abuso di alcool, potrebbero rappresentare un'area critica nella salute degli immigrati, specie per i provenienti da aree endemiche per parassitosi a tropismo epatico e da paesi in via di sviluppo ad alta prevalenza ed incidenza di infezione da HBV, HCV ed HIV. Da segnalare ancora un trend in aumento per il consumo di alcol fra gli immigrati anche tra fasce prima tradizionalmente esenti come giovani provenienti da Paesi a prevalente cultura islamica o induista, in cui il consumo di alcol è proibito. Gli immigrati indubbiamente presentano vari indicatori di rischio sociali ed economici e familiari, ma a volte assumono comportamenti a rischio in un tentativo di integrazione in un Paese come il nostro in cui è presente una radicata "cultura del bere".

Metodologia e scopi: nella popolazione immigrata afferente al servizio di Medicina delle Migrazioni dell'AOUP di Palermo è stato intrapreso uno studio etiopatogenetico e clinico sulle epatopatie, che comprende due sottogruppi: il primo con presenza di ipertransaminasemia ed il secondo anche in assenza di ipertransaminasemia.

Obiettivi primari dello studio sono:

- a. produrre dati aggiornati sulla epidemiologia e l'etiopatogenesi delle ipertransaminasemie croniche nella popolazione immigrata;
- b. valutazione epidemiologica delle infezioni da virus epatotropici maggiori e studio della prevalenza dei genotipi virali; valutazione epidemiologica di eziopatogenesi non infettive: epatopatia alcolica, Non Alcoholic SteatoHepatitis (NASH), epatiti autoimmuni, steatosi epatiche, etc.

Obiettivo secondario dello studio è valutare le difficoltà e le specifiche esigenze necessarie ad un intervento diagnostico e terapeutico delle epatopatie nella popolazione immigrata, con lo scopo di delineare i più appropriati interventi di salute pubblica necessari per controllare l'infezione in questa particolare popolazione. Dal gennaio del 2006 al novembre del 2008 sono stati sottoposti a screening, per i markers virali e per lo studio della funzionalità epatica, tutti quei pazienti, afferenti all'Ambulatorio di Medicina delle Migrazioni dell'AOUP di Palermo, che hanno dato il proprio consenso scritto a partecipare allo studio, previo chiarimento degli obiettivi e delle modalità dello stesso. Tutti sono stati sottoposti allo studio clinico ed ematochimico della funzionalità epatica ed allo studio dei marcatori virologici per HBV, HCV ed HIV.

Hanno partecipato allo screening, **400 pazienti** provenienti da 32 paesi differenti.

Risultati: le etnie maggiormente rappresentate numericamente provengono dall'Europa orientale e dall'Africa sub-sahariana. A partecipare allo studio sono stati 216 uomini e 184 donne. Le immigrate rumene, neo-comunitarie dal gennaio 2007, da sole rappresentano il gruppo più consistente di pazienti che ha partecipato allo studio. Dei 400 pazienti arruolati 253 erano pazienti ricoverati in regime di day hospital, 104 erano pazienti seguiti ambulatorialmente e 43 pazienti giunti alla nostra osservazione occasionalmente su invio di altri medici del territorio o per prescrizioni terapeutiche.

I pazienti immigrati che hanno partecipato allo studio provengono da 32 paesi differenti: Romania, Georgia, Polonia, Ucraina, Slovacchia, Macedonia, Inghilterra, Albania, Tunisia,

Sudan, Marocco, Sierra Leone, Ghana, Togo, Nigeria, Senegal, Eritrea, Etiopia, Costa d'Avorio, Liberia, Kenia, Capo Verde, Congo, Egitto, Niger, Togo, Mauritius, Libano, Bangladesh, Sri Lanka, Perù e Cina.

Per quanto riguarda l'età dei pazienti arruolati è per lo più giovane: l'età media è di 35 anni, la paziente più giovane è una ragazza etiopica di 20 anni e la più anziana è una donna 73enne marocchina.

E' stata rilevata ipertransaminasemia in 38 pazienti con valori compresi tra 2 e 8 volte la norma:

- in 5 casi si tratta di pazienti risultati sieropositivi per HCV
- una severa ipertransaminasemia (con valori 6-8 volte la norma) è stata riscontrata in una giovane paziente rumena con epatite cronica HBV correlata; la paziente ha intrapreso terapia con antivirali.
- Valori di ALT 2-3 volte la norma sono stati riscontrati in un paziente con nota epatopatia alcolica e con successivo riscontro di HBsAg+, antiBcAb+
- Valori di ipertransaminasemia sono stati riscontrati in 3 donne di originarie dall' africa sub-sahariana sieropositive per l'HIV, in trattamento antiretrovirale.
- L'abuso di alcol è causa di ipertransaminasemia per 6 dei pazienti arruolati (provenienti da Ghana, Romania, Eritrea)
- Negli altri casi non è tuttora nota l'etiopatogenesi dell'ipertransaminasemia.

E' stata riscontrata HBsAg positività in 26 pazienti.

Si tratta di 18 pazienti di sesso maschile di età compresa tra i 22 e i 50 anni di disparata provenienza (Eritrea, Romania, Sri Lanka, Uganda, Rep. Dominicana, Ghana, Togo, Sudan, Costa d'avorio, Uganda).

Dodici pazienti sono risultati positivi agli ab anti HCV (provenienti da Cina, Costa d'avorio, Ucraina, Togo, Romania, Ghana, Mauritius, Albania)

E' stata riscontrata sieropositività all'HIV in 9 pazienti di cui 2 confetti con HCV. Si tratta di 8 donne provenienti per lo più dall'Africa sub sahariana con importanti fattori di rischio comportamentali per MST.

Conclusioni: i dati preliminari, fino ad oggi raccolti, non ci permettono di trarre conclusioni epidemiologiche che caratterizzino la popolazione migrante rispetto all'autoctona, né particolari fattori di rischio comportamentali.

Le caratteristiche della nostra popolazione di studio appaiono sovrapponibili a quelle della popolazione di immigrati presenti in Italia. Infatti, si tratta di soggetti prevalentemente giovani, con paritaria distribuzione tra i due sessi, che vivono in condizione di single nella maggioranza dei casi; provengono soprattutto dall'Europa dell'Est e dall'Africa e tra di loro predominano le persone di religione cristiana. Il grado di istruzione è generalmente medio-alto e, vista la loro condizione giuridica di clandestinità, non risultano iscritti al Sistema Sanitario Nazionale.

I rifugiati vittime di tortura: esistono in Italia delle norme di tutela?

Gianfranco Schiavone

Associazione per gli Studi Giuridici sull'Immigrazione

Il vuoto normativo prima del 2005

Le prime e finora uniche disposizioni relative ai richiedenti asilo ed ai rifugiati vittime di tortura o di trattamenti disumani o degradanti entrano nella normativa italiana a seguito del recepimento, con il D.Lgs 30 maggio 2005 n. 140, della Direttiva 2003/9/CE del Consiglio del 27 gennaio 2003 recante norme relative all'accoglienza dei richiedenti asilo negli stati membri dell'Unione Europea. In precedenza nessuna normativa, primaria o secondaria, e neppure alcuna semplice disposizione amministrativa trattava del tema della presa in carico delle vittime di tortura, e i rari interventi esistenti erano affidati esclusivamente alla buona volontà di singoli operatori, o a progetti ad hoc.

I principi generali della Direttiva 2003/9/CE

La Direttiva dedica il Capo IV (artt. 17, 18,19 e 20) alle "persone portatrici di esigenze particolari". All'art. 17, allo scopo di evitare che la nozione di "esigenze particolari" risulti eccessivamente vaga la Direttiva fa un elenco (con finalità indicative) delle situazioni alle quali va fatta attenzione, individuando:

- a) i minori
- b) i minori non accompagnati
- c) i disabili
- d) gli anziani
- e) le donne in stato di gravidanza
- f) i genitori singoli con figli minori
- g) le persone che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale

Negli articoli successivi la Direttiva focalizza l'attenzione sui minori e i minori non accompagnati (art. 18 e 19) e sulle vittime di tortura e violenza (art.20), tralasciando di dare indicazioni specifiche sulle altre situazioni ritenendo sufficiente il richiamo generale ad adottare disposizioni particolari. In relazione ai minori il Legislatore comunitario è alquanto preciso disponendo che

"Gli Stati membri garantiscono l'accesso ai servizi di riabilitazione per i minori che abbiano subito qualsiasi forma di abuso, negligenza, sfruttamento, tortura, trattamento crudele, disumano o degradante o che abbiano sofferto gli effetti di un conflitto armato e assicurano che siano predisposte, ove necessario, appropriate misure di assistenza psichica e una consulenza qualificata.(art. 18 c.2)

Meno rigorosa nella definizione degli interventi è la disposizione relativa alle vittime di tortura e di violenza in generale poiché si dispone che

"Gli Stati membri provvedono affinché, se necessario, le persone che hanno subito torture, stupri o altri atti di violenza ricevano il necessario trattamento per i danni provocati dagli atti sopra menzionati" (art. 20)

Anche se la disposizione di cui all'art. 20 può apparire carente in ragione della sua vaghezza, comunque vincola gli Stati ad agire, con adeguati strumenti, per assistere i richiedenti asilo

vittime di tortura. In altri termini, l'assunzione degli interventi in materia di sostegno ai richiedenti asilo vittime di tortura non può essere considerata dagli Stati membri come una facoltà, bensì come un obbligo derivante dal diritto comunitario. Pur nella sua sinteticità, la disposizione comunitaria chiede agli Stati di dotarsi di un sistema (che lascia alla diversa organizzazione dei sistemi nazionali) affinché:

sia possibile individuare i richiedenti asilo vittime di tortura o di gravi violenza venga loro assicurata un'attenzione specifica in relazione alle condizioni di accoglienza sia garantito il necessario trattamento sanitario "per i danni provocati", ovvero siano attuati interventi di riabilitazione specifici

Il D.Lgs 30 maggio 2005 n 140

L'accoglienza di richiedenti asilo portatori di particolari esigenze è disciplinata dall'art. 8 del D.Lgs 140/05 che così recita:

1. L'accoglienza è effettuata in considerazione delle esigenze dei richiedenti asilo e dei loro familiari, in particolare delle persone vulnerabili quali minori, disabili, anziani, donne in stato di gravidanza, genitori singoli con figli minori, persone per le quali è stato accertato che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale.

2. Nei centri di identificazione sono previsti servizi speciali di accoglienza delle persone portatrici di esigenze particolari, stabiliti dal direttore del centro, ove possibile, in collaborazione con la ASL competente per territorio, che garantiscono misure assistenziali particolari ed un adeguato supporto psicologico, finalizzato alle esigenze della persona, fatto salvo quanto previsto dall'art. 8 comma 1 del regolamento

3. Nell'ambito del sistema di protezione dei richiedenti asilo e dei rifugiati [...] sono attivati servizi speciali di accoglienza per i richiedenti asilo portatori di esigenze particolari, che tengano conto delle misure assistenziali da garantire alla persona in relazione alle sue specifiche esigenze"

Il primo comma riproduce il testo dell'art. 17 secondo comma della citata direttiva europea. Il comma secondo fa riferimento ai servizi da attivare nei centri di identificazione - CID (oggi abrogati, con l'entrata in vigore del D.Lgs 25/08, sostituiti dai CARA). Va notato come l'azienda sanitaria è chiamata ad intervenire quindi solo eventualmente in caso di richiesta da parte del direttore del centro, identificato quale unico attore decisionale, e non svolge quindi in via generale ed ordinaria le funzioni di cura e vigilanza sanitaria che le normative gli attribuiscono nei riguardi di tutti (cittadini e non) con competenza su tutto il territorio nazionale.

Questa situazione, così sorprendente, rinvia ad un tema più generale, rappresentato dalle conseguenze della scelta di prevedere servizi sanitari sostanzialmente separati rispetto a quelli ordinari (attivati dagli enti gestori dei centri in convenzione con le locali Prefetture) nei riguardi di tutti gli stranieri presenti nei diversi "centri" a gestione governativa, sia che si tratti di strutture di prima accoglienza e soccorso (Lampedusa ne è l'esempio più noto) sia che si tratti di strutture dedicate ai richiedenti asilo in generale (i CARA), sia che riguardi gli stranieri trattenuti in attesa dell'espulsione (i CIE).

Come già metteva in luce nel gennaio 2007 il Rapporto della Commissione De Mistura, istituita proprio con l'obiettivo di studiare la situazione dei centri per stranieri e di proporre delle soluzioni alternative ⁵ [...] la situazione attuale che non prevede un pieno coinvolgimento dell'Azienda sanitaria Locale competente per territorio nel monitoraggio della situazione

⁵ La Commissione De Mistura (dal nome dell'ambasciatore ONU Staffan De Mistura che la presiedeva) è stata istituita con Decreto del Ministro dell'Interno il 6 luglio 2006 con lo scopo di visitare tutti i centri governativi per gli stranieri, acquisire ogni informazione dalla P.A. e da soggetti terzi e presentare una propria indipendente valutazione. La Commissione presentò il suo Rapporto finale il 31.01.2007 (scaricabile dal sito www.interno.it)

sanitaria interna ai CPTA appare non pienamente adeguata. Si ricorda che le attuali disposizioni di legge:

attribuiscono alle autorità sanitarie pubbliche compiti esclusivi di controllo delle condizioni igienico-sanitarie su ogni struttura abitativa adibita ad alloggio collettivo;
assicurano ad ogni straniero non regolarmente presente l'accesso alle prestazioni sanitarie urgenti ed essenziali, anche continuative, da erogarsi presso strutture ospedaliere o ambulatoriali.

La Commissione ritiene che l'erogazione dei servizi sanitari nei centri non dovrebbe pertanto essere oggetto di convenzione specifica tra la Prefettura ed un ente gestore, bensì la titolarità dell'intervento va ricondotta all'azienda sanitaria locale la quale ha il compito di provvedere ad organizzare, all'interno dei centri, i servizi sanitari in conformità con la normativa vigente”

La prassi attuativa

In un recente dettagliato rapporto⁶ sullo stato dei servizi alla persona nei centri di accoglienza per i richiedenti asilo redatto congiuntamente dall'UNHCR dall'ASGI, dall'OIM e dal Servizio centrale dello Sprar e consegnato al Ministero dell'Interno nell'aprile 2008, si mette in rilievo che

*“Le carenze nell'identificazione delle situazioni che presentano una maggiore vulnerabilità impediscono l'attuazione di un'accoglienza adatta ai bisogni specifici della persona, anche all'esterno del centro, compromettendo altresì la valutazione della domanda d'asilo e la successiva accoglienza, se non adeguatamente segnalata. Il necessario raccordo con le istituzioni e i servizi presenti sul territorio, in particolare con la Asl, al fine di garantire alle persone che soffrano di traumi derivanti da violenza o torture l'avvio di un percorso di tutela e di riabilitazione, è risultato assente o fortemente carente. **In nessuna occasione è stato possibile evidenziare la concreta esistenza di programmi speciali disposti dal decreto legislativo n. 140/2005** rivolti alle situazioni vulnerabili, da realizzare possibilmente in collaborazione con le locali Asl (cap. 5)”*

Tale inquietante situazione va collocata nella più generale situazione di grave carenza dei centri per i richiedenti asilo che, come evidenzia il citato Rapporto

“ sono costituiti da strutture di tipo emergenziale, forse idonee a rispondere a situazioni di carattere eccezionale e temporaneo non prevedibile, ma del tutto inappropriate a fornire risposte strutturali a una ormai consolidata e decennale realtà di arrivi di richiedenti asilo, ampiamente prevedibile nelle sue caratteristiche, nel suo andamento nel corso dell'anno e complessivamente modesto in termini numerici assoluti. Le inevitabili carenze relative agli spazi e ai servizi di cui si è detto, giustificabili in un contesto di emergenza e delimitato nel tempo, non sembrano trovare invece idonea giustificazione nella situazione attuale. [...] Le persone più vulnerabili - e in particolare le donne sole, nonché coloro che hanno subito torture o gravi trattamenti degradanti, o che sono comunque traumatizzate dalle condizioni del viaggio - possono sviluppare una tendenza all'isolamento e alla non-comunicazione. Si tratta di situazioni che possono risultare pressoché “invisibili”. [...]E' stata inoltre riscontrata l'assenza di protocolli operativi miranti all'individuazione e alla presa in carico delle persone con esigenze particolari. In questo ambito, non sono attivate modalità di individuazione di soggetti vulnerabili, quali le vittime di tortura o altre gravi forme di violenza, i sopravvissuti a naufragio, le vittime di sfruttamento e di tratta,

⁶ UNHCR, ASGI, OIM, Servizio centrale dello SPRAR “ **Un percorso di protezione” rapporto sullo stato dei servizi di assistenza e protezione per i richiedenti asilo nei centri di identificazione**, su commissione dell'ANCI, con i finanziamenti assegnati all' ANCI dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri sui fondi dell'otto per mille dell'IRPEF devoluto dai cittadini alla gestione statale per l'anno 2003, Roma, marzo 2008”

generalmente affidata alla casualità o determinata dalla attivazione di singoli operatori mentre i mediatori culturali che sono utilizzati per una molteplicità di compiti, rendendo così difficile una reale programmazione; è stata inoltre riscontrata l'assenza di personale specializzato nella cura dei minori. [...] Tutti i centri presi in esame, nonostante alcune differenze, risultano essere dei "corpi estranei" rispetto al territorio in cui si trovano. Nonostante la funzione primaria dei centri dovrebbe consistere nel fornire accoglienza e protezione ai richiedenti asilo, pressoché nessuno dei servizi rivolti ai richiedenti è strutturato attivando le risorse e le competenze del territorio. Si ritiene che tale situazione produca effetti profondamente negativi e che il paradigma attuale di gestione dei centri vada interamente ripensato".

Una prima conclusione sui servizi nei centri per i richiedenti asilo

Il quadro che emerge dall'analisi della normativa italiana (e della sua prassi applicativa) sull'accoglienza dei richiedenti asilo vittime di tortura, negli attuali CARA (ex CID), permette di evidenziare come:

La normativa italiana a prima vista appare conforme alle disposizioni comunitarie laddove prevede percorsi specifici di presa in carico dei richiedenti asilo che presentano situazioni di particolare vulnerabilità. Tuttavia, ad un'analisi più accurata, si può ben vedere come le disposizioni contenute nel D.Lgs 140/05 risultano infatti alquanto vaghe poiché non prevedono l'adozione di protocolli nazionali che definiscano precise modalità di intervento finalizzate ad una tempestiva individuazione delle situazioni di bisogno ed inoltre affidano all'autorità amministrativa un'incontrollata discrezionalità su come, quando ed in che misura attivarsi. Gli eventuali interventi di supporto e riabilitazione delle vittime di tortura avvengono inoltre in assenza di una complessiva programmazione pubblica, poiché le ASL nel cui territorio ricade un centro di identificazione non sono investite di tale compito né sono state dotate di supporti economici aggiuntivi e di personale specializzato per operare. Gli interventi a favore delle vittime di tortura assumono pertanto un carattere del tutto episodico e sostanzialmente volontaristico.

Dai CID ai CARA (centri di accoglienza per richiedenti asilo). Cosa cambia?

Più volte si è sopra detto che i CID sono stati abrogati per effetto dell'entrata in vigore del D.Lgs 25/08 che ha recepito la Direttiva 2005/85/CE sulle norme minime in materia di procedure di esame delle domande di asilo.

Il D.Lgs 25/08, almeno sulla carta, innova il sistema dell'accoglienza dei richiedenti asilo pur prevedendo (e in ciò sta, a mio avviso, la nota più critica) il mantenimento due sistemi paralleli di accoglienza, quello incentrato sui centri governativi e quello dello SPRAR.

La materia è disciplinata dagli art. 20 e 21 del D.Lgs 25/08. Il c. 1 dell'art. 20 sancisce il principio generale (già presente nella pre-vigente normativa) in base al quale il richiedente non può essere trattenuto per il solo fatto di esaminare la domanda.

Coerentemente a tale impostazione la norma prevede la soppressione dell'istituto del trattenimento nei Centri di identificazione dei richiedenti asilo che era stato introdotto dalla L. 189/02. I centri di identificazione sono sostituiti con centri (detti CARA) ove inviare i richiedenti asilo qualora ricorrano alcune fattispecie. In ogni caso, in relazione a tali nuovi centri, non si può parlare di misure di trattenimento ma esclusivamente di ospitalità, secondo le condizioni e limitazioni previste dalla legge.

Il passaggio dai CID ai CARA potrebbe costituire l'occasione per mettere mano alle gravi criticità sui CID sopra evidenziate. A stretto rigore sarebbe necessaria a mio avviso una profonda modifica del D.Lgs 140/05, norma oggi del tutto inadeguata e non coordinata con il nuovo impianto normativo previsto dal D.Lgs 25/08 e dal DLgs 159/08. Tale strada appare

difficilmente praticabile essendo scaduta da tempo la delega legislativa al Governo sulla materia. E' quindi necessario intervenire, almeno parzialmente, attraverso il Regolamento di attuazione del D.Lgs 25/08 (di cui si attende l'emanazione nella prima metà del 2009) dando certezza (anche in termini di copertura della spesa) agli interventi rivolti all'individuazione e alla presa in carico delle vittime di tortura presenti tra i rifugiati, che debbono essere attuati dalle Aziende sanitarie Locali competenti per i territori nei quali sono ubicati i diversi centri attraverso protocolli operativi definiti a livello nazionale.

Le potenziali vittime di tortura che “ non esistono”

La normativa vigente prevede che in taluni casi i richiedenti asilo siano trattenuti nei Centri di identificazione ed espulsione, ovvero siano destinatari di misure di limitazione della libertà personale, venendo collocati all'interno delle medesime strutture destinate all'esecuzione dell'espulsione dei migranti irregolari. Le ipotesi di trattenimento operanti in vigore della L. 189/02, erano stata di molto attenuate con l'entrata in vigore, nel marzo 2008, del D.Lgs 25/08. Tuttavia con il D.Lgs 159/08 voluto dal nuovo Esecutivo, le ipotesi di trattenimento si fanno assai estese destando forte preoccupazione per ciò che attiene la tutela dei diritti dei richiedenti. Se ci si chiede quali siano le disposizioni specifiche assunte per assicurare ai richiedenti asilo, trattenuti negli attuali CIE (ex CPTA) che siano vittime di tortura, un accesso effettivo a dei programmi che permettano di fare emergere tale condizione e garantire una possibile presa in carico la risposta è: nessuna. Già il D.Lgs 140/05 aveva completamente ignorato l'esistenza stessa dei richiedenti asilo trattenuti nei CPTA. Gli interventi, pur così confusi, di cui sopra si è detto, sono infatti riservati ai richiedenti asilo presenti nei CID (oggi CARA). Nulla la norma dice per ciò che attiene i richiedenti asilo vittime di tortura trattenuti nei CIE. La loro esistenza è totalmente ignorata. La gravità della situazione appare evidente.

Il sistema SPRAR

Un ultimo rapido cenno va fatto alla rete di accoglienza dello SPRAR (sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati previsto dalla L. 189/02) oggi rappresenta un'importantissima esperienza di accoglienza diversa, per presupposti e metodologie (e direi, per spinta etica) dal sistema dei CARA (e ancor più dei CIE). Per la sua connotazione di sistema di accoglienza diffuso, basato sulla libertà di movimento del richiedente asilo e sul suo inserimento nella comunità locale lo SPRAR si connota come un sistema pubblico di accoglienza potenzialmente in grado di rispondere con efficacia al bisogno di emersione e presa in carico delle vittime di tortura. Non è avvenuto pertanto a caso che proprio nella rete SPRAR si sono attivate delle interessanti esperienze locali che stanno facendo emergere delle competenze e delle sensibilità, anche presso le strutture sanitarie, relativamente ai percorsi di riabilitazione delle vittime di tortura.

Il decreto del 27 giugno 2008 del Ministero dell'Interno recante “linee guida” per la gestione dei contributi erogati dal fondo per le politiche dell'asilo e la loro armonizzazione con le disposizioni del D.Lgs 140/05 prevede positivamente di assegnare delle risorse aggiuntive (nonché una valutazione maggiore in termini di punteggio) a quelle proposte progettuali, avanzate dagli enti locali, che prevedano la presa in carico di “categorie vulnerabili” (come definite all'art. 1 c.2 del decreto), distinguendo tra progetti ordinari e progetti finalizzati. La previsione contenuta nel decreto è complessivamente positiva, specie se confrontata con l'assenza di interventi nei CID (oggi CARA), anche se nella sua formulazione si intravede il rischio di incentivare la presentazione di progetti appositamente ideati per solo casi vulnerabili dando luogo più “progetti dedicati” che non a “servizi dedicati”, con il rischio che si vengano a creare dei percorsi di accoglienza ghettizzanti che, come ben evidenzia la letteratura scientifica in materia, rappresentano una scelta sbagliata che ostacola invece di favorire il percorso di

presa in carico della vittime di tortura. Sarebbe assolutamente auspicabile che le successive decretazioni prevedano esplicitamente che ciò che va sostenuto è la capacità di realizzare un inserimento, nei progetti comunque ordinari, di situazioni di richiedenti asilo che siano vittime di tortura o di grave violenza, lavorando sulla valenza terapeutica della “normalità” del percorso di inclusione sociale.

Oltre a quanto sopra evidenziato sulla rete SPRAR grava la stessa assenza generale di un programma nazionale che, come si è detto, preveda dei protocolli operativi validi su tutto il territorio che permettano di definire gli interventi minimi da garantire ai richiedenti asilo vittime di tortura che abbisognano di un percorso di supporto specifico in ragione della loro condizione assegnando alle ASL delle competenze specifiche in materia, preveda una programmazione nazionale degli interventi ed assegni delle risorse per fare fronte ad un filone di attività finora non codificato nelle attività ordinarie delle aziende.

I programmi locali della rete SPRAR dotati di buona volontà si trovano quindi, di fatto, a doversi “inventare” ogni volta il proprio percorso locale di presa in carico dei richiedenti asilo vittime di tortura. Se da un lato ciò comporta il vantaggio di potere attuare in sede locale una sperimentazione agile ed innovativa, dall’altro è evidente il limite dato sia dalla carenza di risorse specifiche (economiche e di personale), sia dalla variabilità ed instabilità di una programmazione basata essenzialmente sulla sensibilità di questo o di quel funzionario o amministratore.

Un male incommunicabile

Giuppa Cassarà

Perché milioni di persone scappano dalle loro terre, dai loro affetti, dalla loro cultura, per andare in Paesi come l'Italia, di cui non conoscono nemmeno la lingua e la precisa collocazione geografica? Che cosa cercano, qual è il loro progetto migratorio? Esuli, rifugiati politici, torturati, lavoratori, donne, bambini e anche anziani, cosa sperano di trovare in Italia?

La maggior parte di questi migranti fuggono da guerre, persecuzioni politiche, religiose o etniche e raggiungono le nostre coste per poter richiedere asilo politico: si tratta di migranti con caratteristiche e bisogni particolari, tenendo conto che molti di loro hanno subito violenze fisiche e psicologiche.

La tortura non è immediatamente e facilmente riconoscibile specie quando non ha lasciato esiti visibili sul corpo e per essere individuata necessita di particolari condizioni ambientali e di relazione.

“Oggi la tortura non ha più come fine prevalente quello di estorcere la confessione dell'interrogato, ma si propone l'annientamento della personalità della vittima: è una forma di violenza non confrontabile con alcuna esperienza traumatica, perché quasi incommunicabile. E' questo che rende difficile e lento il superamento del trauma subito.

Le vittime di tortura si confondono nella moltitudine degli immigrati, ma la loro storia, la loro diversità li rende ancora più vulnerabili: lo sradicamento che hanno subito è intimo, oltre che geografico e sociale.

In atto non esistono dati complessivi sulla loro presenza in Italia, soprattutto a causa delle difficoltà esistenti nel fare emergere le loro storie e il loro vissuto così spesso invisibili.

A tale difficoltà bisogna aggiungere le diversità linguistiche e culturali: esprimere pensieri, sensazioni, ricordi, già di per sé difficili da elaborare, in una lingua diversa dalla propria aggrava il disagio delle vittime. Il ricorso alla presenza di un mediatore culturale affidabile risulta in alcuni casi indispensabile.

“L'attenzione rivolta a far emergere queste sofferenze, spesso trascurate o tenute nascoste, si deve tradurre in interventi medico-psicologici”.

Per rendere concreti tali interventi sono necessari: la possibilità di eseguire esami clinici e radiologici, il trattamento medico e riabilitativo adeguato, l'ascolto psicologico specializzato e la definizione di un percorso psicoterapeutico”

Medici contro la tortura

Le attività mediche contro la tortura iniziano nel 1973 quando Amnesty international chiese ad un gruppo di sanitari di studiare il problema di come dimostrare, su base medico-legale, se una tortura aveva avuto luogo o meno.

Nel 1974, nove medici danesi crearono il primo gruppo di medico di Amnesty.

Il primo gruppo di medici che, in Italia, si è espressamente interessato alle vittime di tortura ha iniziato a lavorare a Roma nel 1986 nell'ambito del Coordinamento Medici della Sezione Italiana di Amnesty International.

Da quel momento, inizia una attività clinica rivolta inizialmente a casi sporadici segnalati da Amnesty e successivamente ad un numero sempre maggiore di pazienti vittime di violenze, persecuzioni e torture nei propri paesi di origine.

Grazie anche alla collaborazione e l'ospitalità offerta dalla Casa dei Diritti Sociali (organizzazione laica di volontariato di Roma) e al lavoro di rete con gli assistenti legali e sociali dei centri di accoglienza, si moltiplicano le segnalazioni e nel Settembre 1999 si

costituisce legalmente l'Associazione Umanitaria Medici Contro la Tortura.

Vittime di tortura a Palermo

L'esperienza palermitana nell'assistenza degli immigrati è iniziata quasi 20 anni fa come volontariato. Da circa vent'anni lavoriamo al Poliambulatorio S. Chiara in un'ottica che – su una base di sostanziale volontarietà – ci ha visto impegnati non solo sul versante strettamente sanitario, ma anche su quello sociale e culturale.

Diverse generazioni di medici più o meno giovani, più di cento, si sono alternati in questi ambulatori col solo scopo di riconoscere il diritto fondamentale dell'uomo, quello della salute.

All'esperienza strettamente legata al volontariato si affianca nel 1996 quella istituzionale dell'Ambulatorio di Medicina delle Migrazioni all'interno del Policlinico Universitario.

Nasce così quello che per molti è un modo nuovo di fare medicina, con al centro il malato anche se diverso per provenienza, per cultura e per religione. Nasce la medicina transculturale i cui punti centrali di riflessione sono due: la consapevolezza che la cultura influenza in modo sostanziale la tipologia dell'espressione patologica e che la forza della relazione terapeutica influenza in modo decisivo il risultato terapeutico finale.

Circa 20 anni di lavoro intenso voluto e realizzato da tutti gli operatori, lavoro che ha cambiato lo stesso modo di fare medicina, il modo di guardare le migrazioni e i fenomeni sociali ad esse connessi; vent'anni di attenzioni all'affascinante mondo dei migranti, perennemente in fieri; vent'anni di scoperte e di studi su concetti non solo strettamente scientifici e medici ma anche e soprattutto antropologici e filosofici.

Dopo aver conosciuto l'attività svolta a Roma dai Medici contro la tortura attraverso il "Master di Medicina delle Migrazioni, delle emarginazioni e della povertà", è nata la forte esigenza di investigare, in modo esplicito, sulla silenziosa ed invisibile presenza di vittime di tortura a Palermo.

Tale esigenza nasce soprattutto dalla sbalorditiva considerazione che negli anni di lavoro assiduo con i pazienti migranti nella nostra città, nessuna testimonianza di tortura fosse stata mai raccolta in modo esplicito, nonostante la provenienza da paesi noti per praticare torture e persecuzioni.

L'esperienza di questi ultimi anni con pazienti immigrati a Palermo, ci insegna che soltanto "guardando" si riesce a vedere un vissuto di violenze e torture.

Nel febbraio del 2005, grazie alla collaborazione con Medici Contro la Tortura di Roma, abbiamo voluto aprire nel nostro Ambulatorio uno *spazio dedicato* a persone che erano state vittime di tortura nei propri paesi di origine.

Nel giro di pochi mesi è emerso un numero sorprendente di pazienti, alcuni dei quali già seguiti nel nostro DH per patologie comuni mai messe in relazione con la storia della violenza subita.

Si tratta, per lo più, di pazienti provenienti da paesi dell'Africa sub-Sahariana tutt'ora insanguinati da guerre infinite, giunti in Italia attraverso gli sbarchi sulle coste siciliane ed in attesa di definire il proprio status giuridico.

Sono stati seguiti pazienti provenienti da Eritrea, Liberia, Sudan, Burkina Faso e Sri Lanka, Irak, Sri Lanka, Ghana tutti di sesso maschile e di età compresa tra i 23 e i 47 anni.

Tutti erano fuggiti dal proprio paese dopo un periodo di prigionia durante il quale avevano subito maltrattamenti e sevizie di ogni genere; tutti, tranne un paziente proveniente dalla Liberia, erano sbarcati sulle coste siciliane almeno 1 o 2 anni prima di giungere alla nostra osservazione e fino a quel momento nessuno di loro era stato curato per gli esiti fisici e

psichici delle violenze subite.

Tutti vivevano in centri di accoglienza non istituzionali della città, in attesa di essere chiamati dalle Commissioni centrali e periferiche per ottenere lo status di rifugiato politico o l'asilo per motivi umanitari.

Alcuni di loro erano già seguiti presso il nostro ambulatorio per patologie comuni a carico dell'apparato gastroenterico, osteoarticolare e respiratorio o per problemi di insonnia.

Tutti presentano conseguenze fisiche e psicologiche delle violenze subite, dello sradicamento e dalle persistenti separazioni dagli affetti.

Le lesioni riscontrate all'esame obiettivo e in alcuni casi fotografati, prima di interventi ricostruttivi di chirurgia plastica, sono compatibili con le storia riportate dai pazienti e sicuramente sono state inferte volontariamente.

Sono tutti vittime di tortura.

In atto sono seguiti presso il nostro ambulatorio per un percorso riabilitativo medico e chirurgico. Purtroppo nessuno di loro ha ancora iniziato una vera riabilitazione psicoterapeutica, in quanto sono seguiti solo da un medico internista.

In atto, il nostro ambulatorio dispone di un medico internista, che esegue tutte le visite cliniche ed i colloqui, di una mediatrice culturale che collabora in forma di volontariato e di una buon lavoro di rete con medici specialisti (chirurghi plastici, dermatologi, gastroenterologi) e legali.

Nel nostro spazio, manca del tutto un approccio psicoterapeutico adeguato alle esigenze di questi particolari pazienti, per mancanza di psicoterapisti specializzati, figure che risulterebbero indispensabili per una reale e corretta analisi ed elaborazione delle sofferenze psichiche e per un possibile percorso riabilitativo.

Paziente: nato in Sri Lanka nel 1982

Il paziente riferisce di essere stato prigioniero politico, nel proprio paese, per circa 6 mesi, durante i quali è stato sottoposto a maltrattamenti e torture fisiche di cui porta ancora oggi i segni fisici e psicologici.

Nel 1997, dopo l'occupazione militare della sua città (Jaffna) da parte dell'esercito cingalese, è stato costretto ad arruolarsi nell'esercito del LTTE e condotto in campo di addestramento. Tornato a Jaffna, dopo essere fuggito dal campo, è stato arrestato numerose volte per il semplice fatto di essere Tamil, durante i violenti scontri tra le milizie delle Tigri Tamil e l'esercito governativo.

Riferisce di essere stato catturato dai Cingalesi, mentre si trovava nella propria abitazione, con l'accusa di aver militato con i Tamil; trasportato nel comando di polizia è stato costretto a bere acqua e sapone ed è poi stato condotto, a mani legate, in una cella sotterranea priva di fonti di luce, dove ha trascorso tutta la prigionia.

E' stato sottoposto a violenti pestaggi e torture tra cui bruciature di sigarette agli arti superiori.

Nel fondato timore di ulteriori persecuzioni a causa della sua appartenenza Tamil, nell'Agosto del 2001, lascia Jaffna per abbandonare definitivamente il paese e raggiungere la Somalia; sbarca in Italia nell'Aprile del 2001.

Presenta conseguenze fisiche e psicologiche dei traumi subiti, dello sradicamento e dalle persistenti separazioni dagli affetti.

Il distacco dalla sua famiglia ha contribuito notevolmente allo stato di estrema sofferenza e smarrimento nel quale egli ha affrontato la fuga per istinto di sopravvivenza.

Le condizioni cliniche del paziente sono peggiorate notevolmente nel 2007, soprattutto dal punto di vista psicologico, manifestando insonnia, mutismo, inappetenza, disfagia; tale sintomatologia clinica è accompagnata da ricorrenti pensieri di morte, di inutilità della

propria esistenza, di colpa nei confronti dei propri familiari rimasti in Sri Lanka.

Ha attraversato un periodo di severa depressione psicologica in cui è stato seguito da uno psicanalista presso il nostro ambulatorio, con scarso beneficio clinico.

Nel 2008 è stata accolta la sua richiesta di asilo politico. In atto il paziente presenta netto miglioramento delle condizioni psico-fisiche.

Paziente: K U nato in Sri Lanka il 26/11/1978

Il paziente è giunto alla nostra osservazione per presenza di dolore toracico, stato ansioso, parestesie e debolezza muscolare agli arti inferiori.

La comunicazione col paziente è avvenuta con l'aiuto di un mediatore culturale in quanto il paziente parla solamente la propria lingua.

E' stato sottoposto ad esame clinico:

L'esame medico obiettivo ha messo in evidenza la presenza di cicatrici cutanee, esiti di maltrattamenti e percosse.

L'esame neurologico ha messo in evidenza deficit della sensibilità e parestesie a livello distale agli arti inferiori ed alterazione dei riflessi rotuleo ed achilleo.

L'ispezione della cute ha messo in evidenza la presenza di diverse cicatrici di natura traumatica a livello della faccia dorsale degli arti superiori e degli arti inferiori compatibili con quanto riferito dal paziente riguardo ai maltrattamenti subiti durante la prigionia.

Presenza di esito cicatriziale a livello delle caviglie bilateralmente: sopra le caviglie si apprezza formazione a manicotto sopra e sotto il quale il sottocutaneo è diffusamente indurato.

Tale formazione circolare depressa è verosimilmente esito di prolungata compressione da costrizione mediante legacci e compatibile con la tortura da sospensione riferita dal paziente.

Il paziente è stato inoltre sottoposto ad accertamenti diagnostico-strumentali che hanno messo in evidenza una spondilosi rachidea diffusa.

Storia: *il paziente riferisce di essere stato prigioniero politico, nel proprio paese, per circa 3 mesi, durante i quali è stato sottoposto a maltrattamenti e torture fisiche di cui porta ancora oggi i segni fisici e psicologici.*

Il 31 luglio 1996, durante l'occupazione militare della sua città (Jaffna) da parte dell'esercito cingalese, è stato arrestato mentre si recava presso un ambulatorio medico, in quanto affetto da febbre e tosse. Quando è stato catturato il paziente era appena sedicenne e riferisce che non immaginava che potessero arrestarlo.

Accusato di essere un ribelle, è stato condotto, insieme a moltissimi altri giovani Tamil (centinaia), in un campo militare e qui, bendato e a mani legate, è stato portato in una cella sotterranea priva di fonti di luce, dove ha trascorso tutta la prigionia.

Riferisce che veniva slegato solamente per i bisogni fisiologici e per mangiare: solo in queste occasioni veniva tolta la benda sugli occhi.

Durante i primi 15 giorni di prigionia è stato sottoposto a violenti pestaggi e torture: legato e sospeso dalle caviglie a testa in giù (sospensione del "macellaio" inversa) e picchiato con spranghe di metallo al dorso ed agli arti.

Più di una volta, durante gli interrogatori, è stato sottoposto a tortura da soffocamento mediante un sacco di plastica legato attorno al collo e riempito di liquidi infiammabili.

Paziente: AB O nato in Sudan, a Sheariya in Darfur il 18/05/1979.

Il paziente è giunto alla nostra osservazione riferendo i seguenti sintomi: cefalea, stato d'ansia e d'angoscia, sonno disturbato da incubi ed insonnia, episodi di lipotimia, perdita di memoria, difficoltà a concentrarsi, confusione mentale, stipsi ostinata.

Tale sintomatologia è comparsa circa 3 anni fa, dopo un periodo di prigionia nel proprio paese, e si è progressivamente aggravata.

I colloqui sono avvenuti in lingua araba grazie all'aiuto di mediatore linguistico-culturale.

Esame clinico: *è stato sottoposto ad esame medico obiettivo che ha messo in evidenza la presenza di numerose cicatrici cutanee a livello del tronco, a livello del terzo medio degli arti inferiori, delle mani e del capo.*

Al tronco presenza di cicatrice cutanea di forma ovalare-rotondeggiante del diametro di circa 2-3 cm, a livello del terzo inferiore della regione sternale.

Agli arti inferiori bilateralmente, a livello del terzo medio, presenza di multiple cicatrici cutanee di natura traumatica.

La mano sinistra presenta una cicatrice da ferita lacera e da taglio lunga circa 5 cm tra la prima e la seconda falange della faccia mediale del dito medio; altre cicatrici esiti di ferite da taglio sono presenti a livello dell'anulare e del mignolo della stessa mano.

Capo dolicocefalo: all'ispezione il cuoio capelluto presenta una cicatrice in sede frontale; alla palpazione è evidenziabile un solco in corrispondenza di tale cicatrice.

EO Torace: presenza di ronchi e sibili in ambito polmonare superiore destro

Il paziente ha eseguito visita neurologica; è stata prescritta terapia con Xanax e programmate indagini diagnostico-strumentali: Elettroencefalogramma, TAC e Risonanza magnetica encefalica.

La sintomatologia psichica presenta i caratteri patognomonic della Sindrome postraumatica da stress che colpisce soggetti coinvolti in eventi estremamente traumatizzanti dal punto di vista sia fisico che psichico.

Storia: *il paziente racconta di appartenere alla etnia Berti e di aver vissuto nel proprio villaggio, Sheariya, fino al novembre 2002, quando i Janjawid, milizia alleata al governo, diedero inizio al bombardamento a causa del quale morirono 3.000 civili, tra cui anche i suoi familiari.*

Dopo il bombardamento il paziente riferisce di essere stato arrestato insieme ad altri 150 giovani sopravvissuti e condotto nella prigione di Shala, vicino Njala.

Riferisce di essere stato rinchiuso in isolamento con i polsi legati in una stanza senza fonti di luce e di essere rimasto in tale condizione per tutti e 5 i mesi di prigionia.

Durante questo periodo è stato periodicamente interrogato, picchiato e torturato, accusato di supportare alcuni studenti universitari nell'attività di informazione e propaganda sui diritti e la libertà.

Quotidianamente è stato condotto fuori dal carcere e lasciato sotto il sole in una zona desertica insieme agli altri prigionieri; quotidianamente è stato percosso e minacciato di morte affinché facesse i nomi degli altri studenti impegnati nella propaganda.

Durante uno degli interrogatori lo hanno colpito con una lama alle dita della mano sinistra.

Dopo 5 mesi di prigionia, una notte è stato condotto fuori dal carcere insieme ad altri 2 prigionieri: colpito col calcio di una pistola al capo, minacciato di morte, è stato costretto a firmare una confessione in cui ammetteva di aver ucciso un soldato, in realtà colpito accidentalmente da un proiettile, durante l'interrogatorio.

Ha visto morire gli altri due prigionieri sotto le torture e le percosse.

Colpito al capo, subito dopo la confessione è stato abbandonato dai militari, verosimilmente perché lo credevano morto.

Il paziente riferisce di essersi risvegliato a terra in una pozza di sangue a causa delle ferite alla testa.

Aiutato e curato da alcuni abitanti della vicina Njala, è riuscito a fuggire fino a Kufra e da lì a Tripoli. Qui ha dovuto aspettare qualche mese, in pessime condizioni di salute, finché un suo conoscente lo ha aiutato a pagare il viaggio su una barca per l'Italia.

Il 2 giugno del 2004 è sbarcato a Lampedusa.

Paziente: S Y nato in Bangladesh, a Jorapur, P.O. Mokambarar il 16/08/1975

Il paziente è giunto alla nostra osservazione per presenza di cefalea intensa, diminuzione del visus, polidipsia, disuria, pollachiuria, episodi di lipotimia con caduta a terra; lamenta insonnia e stato ansioso.

Fino a questo momento, in Italia, non è mai stato seguito da nessun medico in quanto il paziente era convinto di non avere diritto all'accesso al nostro sistema sanitario.

La comunicazione col paziente è avvenuta con l'aiuto del mediatore culturale in quanto non ha padronanza della lingua italiana né di quella inglese.

È stato sottoposto ad esame medico obiettivo ed accertamenti clinico-srumentali che ha messo in evidenza la presenza delle seguenti patologie:

Diabete mellito tipo II

Dislipidemia

Iperensione arteriosa

L'esame obiettivo della cute ha messo in evidenza numerose cicatrici esito di ferite da taglio a livello degli arti superiori e del tronco.

Storia: il paziente riferisce che il giorno 21 Novembre del 2001, in occasione dell'inaugurazione di una scuola primaria, nella città di Muloui Bazar, nel distretto di Sylhet, i militanti del partito BNP (Bangladesh National Party) hanno aggredito tutti coloro che erano presenti in quanto appartenenti al partito politico avverso.

Durante tale manifestazione sono stati colpiti con bastoni, coltelli, sciabole 500 astanti tra adulti e bambini; molti sono rimasti feriti gravemente tra cui il paziente che per tale motivo è stato ricoverato presso l'Ospedale della città dal 21 al 24 Novembre 2001. Viene esibita la documentazione di dimissione che riporta la seguente diagnosi: "patient with many injuries in his body for hitting".

Riferisce di essere stato ripetutamente picchiato e colpito con armi bianche dai militanti del BNP in quanto segretario della scuola che si stava inaugurando.

Nel fondato timore di ulteriori persecuzioni a causa della sua appartenenza politica il sig. S. abbandona definitivamente il Bangladesh.

Paziente: M M nato in Irak a Bagdad il 21/10/1972

Il paziente è giunto alla nostra osservazione per presenza di cefalea intensa; lamenta insonnia e stato ansioso.

La comunicazione col paziente è avvenuta con l'aiuto del mediatore culturale

È stato sottoposto ad esame medico obiettivo che ha messo in evidenza la presenza di cicatrice cutanea, esiti di sutura chirurgica a livello della regione temporale destra.

Storia: il paziente riferisce di essere stato costretto a fuggire dall'Irak, insieme alla propria famiglia, in seguito agli ultimi eventi che hanno travolto il proprio paese e la propria sicurezza.

Nell'Aprile del 2003, dopo la caduta della dittatura, ha perduto il suo ruolo di colonnello delle milizie di Saddam ed è iniziato un periodo di persecuzione nei suoi confronti e nei confronti della propria famiglia: nel dicembre del 2005 il negozio del fratello, presso cui lavorava, viene assaltato da 8 uomini armati che hanno sparato sui presenti uccidendo 4 persone e ferendo il paziente alla testa.

Un altro fratello del paziente, ex leader politico, viene costretto a fuggire da Bagdad ed a rifugiarsi in Belgio; la famiglia al momento si è rifugiata in Siria.

Nell'aprile del 2006 viene rapito, dal giardino della propria abitazione, uno dei 3 figli (Ahmed, di 5 anni); i sequestratori dopo aver ottenuto un'ingente somma di denaro come

riscatto, hanno abbandonato il bambino in una zona desertica nei pressi di Bagdad, dopo giorni di maltrattamenti fisici e psichici (il bimbo riferisce che i sequestratori minacciavano di sgozzarlo se avesse continuato a piangere). Viene ritrovato dai genitori durante la notte, dopo ore di ricerca.

Nel settembre del 2006 viene recapitata nell'abitazione del paziente una lettera in cui viene avvisato che se non lascerà il paese entro 24 ore verrà sgozzato insieme a tutta la famiglia.

Nel fondato timore di ulteriori persecuzioni a causa della sua appartenenza politica ed etnica la famiglia abbandona definitivamente l'Irak.

Il paziente giunge in Italia il 26 settembre 2006 insieme alla moglie ed ai 3 figli richiedendo asilo politico, i quanto perseguitati nel proprio paese.

I traumi psicofisici subiti dalla sua famiglia durante gli ultimi 2 anni ha contribuito notevolmente allo stato di estrema sofferenza e smarrimento nel quale egli ha affrontato la fuga per istinto di sopravvivenza.

E' vittima di persecuzione, insieme alla propria famiglia.

In particolare il figlio Ahmed necessita di riabilitazione psichica e di follow-up clinico e psicologico in quanto presenta in atto gravi turbe comportamentali e mnemoniche come conseguenza al trauma subito (il rapimento).

Donne migranti e tortura

Le donne, la cui fragilità sociale e culturale in paesi in via di sviluppo è ancora più forte, sono maggiormente soggette a divenire vittime della tratta proprio per la caratterizzazione femminile della povertà e della marginalità sociale e lavorativa.

Sempre più donne, sempre più giovanissime, decidono di affrontare questi viaggi "della speranza" spinte dalla miseria e dall'impossibilità di progettare un futuro in luoghi distrutti dal terrore delle guerre e delle persecuzioni politiche e religiose e attratte dal miraggio di raggiungere la bella e libera terra d'Italia, vista magari per televisione.

Aumentano gli sbarchi in Sicilia: sempre più donne, sempre più richiedenti asilo, sempre meno maghrebini. Nel 2007 da gennaio a fine settembre sono giunti in Italia 14.200 immigrati; nello stesso periodo del 2008 ne sono arrivati 23.600, con un aumento del 60%. All'aumento degli sbarchi corrisponde quello delle vittime (387 solo nel primo trimestre del 2008) a cui bisogna aggiungere un numero imprecisato di dispersi causati dai numerosi naufragi che quotidianamente avvengono nel Mediterraneo e di cui si rinvencono solo alcuni cadaveri. Secondo stime ufficiali, dal 1994 al 2007 nel Canale di Sicilia vi sono stati 927 morti, 2430 vittime, 1.503 dispersi.

Nel 2008 è aumentato il numero di donne sbarcate sulle nostre coste; il sesso femminile rappresenta l'11 % degli immigrati giunti attraverso sbarchi nel 2008, contro l'8% del 2007. La maggior parte di coloro che arrivano attraverso gli sbarchi proviene dalla Somalia, dalla Nigeria, dal Ghana, dal Burkina Faso, dalla Costa d'Avorio, dal Togo, tutti luoghi dove esiste una forte repressione politica o uno stato di guerra civile. Si tratta di migranti che per sfuggire a tutto questo hanno affrontato il deserto del Sahara, imbattendosi nella violenza dei contrabbandieri al confine tra Sudan e Libia e successivamente nelle sopraffazioni della polizia libica, responsabile di arresti indiscriminati e di deportazioni disumane. La tappa forzata in Libia diventa sempre più lunga in attesa di trovare posto in una delle imbarcazioni che attraversano clandestinamente il Mediterraneo a danno dell'unico patrimonio che queste persone portano con sé : la salute.

Le violenze ed abusi sessuali subiti dalle migranti durante il viaggio fanno sì che sia sempre più frequente la presenza di donne giovanissime che sbarcano a Lampedusa in gravidanza o con patologie sessualmente trasmesse acquisite durante i mesi di sosta forzata in Libia.

La tratta di donne al fine di prostituzione coinvolge giovani provenienti dalle regioni più

povere dell’Africa e dell’Europa Orientale, attraverso organizzazioni criminali internazionali che praticano lo sradicamento delle vittime dal proprio contesto familiare e affettivo attraverso la violenza fisica e psicologica, con l’inganno ed il ricatto.

Lo sfruttamento viene perpetuato nel paese di destinazione attraverso una vasta rete criminale ed i profitti della prostituzione alimentano altri traffici illeciti come quello degli stupefacenti. Il reclutamento delle albanesi avviene spesso attraverso veri e propri rapimenti al ritorno da scuola o dal lavoro oppure queste ragazze vengono raggirate con finti matrimoni e “vendute” dai genitori per ingenti somme come anticipo dei guadagni futuri de così condotte in Italia. Vengono condotte in Italia clandestinamente e qui rinchiusi, sorvegliate, violentate, usate come proprietà privata e avviate con la forza alla prostituzione per strada.

Il reclutamento delle nigeriane avviene attraverso la costrizione e la violenza psico-fisica spesso attraverso donne (*madam o maman*) che fanno da intermediarie con l’organizzazione criminale e agiscono facendo ricorso a riti *woodoo* e contando sulla fragilità e la superstizione delle vittime.

Donne in cammino

Donna nigeriana vittima di tratta e maltrattamenti

Il giorno 7 febbraio 2007 giunge nel nostro ambulatorio una donna nigeriana inviataci dal pronto soccorso del policlinico.

La paziente è sconvolta e porta i segni di percosse e maltrattamenti perpetuati nell’ultimo mese. Ha con se la documentazione clinica relativa a numerosi ingressi ai PS della città, sempre per traumi e percosse

La donna racconta di essere qui in Italia da circa 10 anni; è arrivata insieme ad una sua cugina “che l’ha ingannata, ha rovinato la sua famiglia”.

Arrivata in Italia è stata buttata sulla strada e costretta a prostituirsi sotto minaccia di morte e percosse.

Ha dovuto pagare un debito di 80 milioni di vecchie lire per riottenere la libertà.

Nel 1998 ha denunciato la madam e gli sfruttatori senza alcun programma di protezione: da quel momento il padre, in Nigeria, è stato minacciato di morte e picchiato. Da quel momento la sua famiglia vive nascosta in un altro villaggio per paura.

Fino al 2003 ha lavorato per strada pur essendo sposata ad un italiano che ha continuato a sfruttarla.

Da 4 anni è mantenuta da un “fidanzato” italiano che le paga vitto e alloggio e così non è più costretta a lavorare per strada.

Dal gennaio 2007, il marito e la sua nuova fidanzata, una madam più volte denunciata da altre nigeriane e da poco uscita di galera, hanno iniziato a minacciarla e picchiarla affinché ricominciasse a lavorare per strada a Campobello di Mazara ma lei ha continuato a rifiutarsi

“li ho sentiti che mi vogliono ammazzare, che ho sbagliato” “anche i bianchi”

“ho paura, non cela faccio più”

“voglio solo essere libera”

Giovane donna nigeriana accompagnata dalla *madame* in ambulatorio

Giunge alla nostra osservazione per comparsa di febbre elevata, inappetenza, calo ponderale una ragazza diciannovenne proveniente dalla Nigeria. La donna che l’accompagna riferisce di essere sua cugina e di ospitarla da quando è arrivata in Italia.

La paziente si presenta in scadenti condizioni cliniche generali: temperatura corporea 38, 2 °, herpes labiale, mutismo, difficoltà di concentrazione. All’Esame obiettivo presenta numerose cicatrici cutanee cheloidi a livello del dorso e cicatrici circolari livello del dorso di una

mano.

Rifiuta il ricovero ospedaliero.

La paziente, solo al terzo incontro in ambulatorio, riferisce di essere stata picchiata da alcuni amici della madame, al suo arrivo a Palermo, e di essere stata costretta a prostituirsi per strada negli ultimi mesi. Le cicatrici alla mano destra sono esito di bruciature di sigaretta, quelle al dorso sono esito di colpi inferti con la cinghia dei pantaloni. Da quando è giunta a Palermo alla paziente è stato impedito di uscire dall'abitazione della madame, se non accompagnata.

Risulta sieropositiva al test per l'HIV. Le viene subito proposto di entrare in un progetto di protezione sociale al fine di consentirle di sottrarsi allo sfruttamento (articolo 18 del Testo Unico).

Nuovo spazio per le vittime di tortura a Palermo

Dalla fine del 2007,, si è inaugurato un nuovo spazio dedicato ai migranti forzati vittime di tortura, tratta e trattamenti disumani presso il Centro Astalli di Palermo, nella sede del centro storico in Piazza SS.40 Martiri.

L'iniziativa nasce, su invito del dott. Carlo Bracci di "Medici contro la Tortura" che lavora presso il Centro salute migranti forzati (SAMIFO) di Roma, dove si è riusciti a mettere insieme *istituzioni pubbliche e volontariato* in una rete virtuosa che si occupa in modo specifico del trauma fisico e psicologico dei migranti che hanno subito tortura.

L'ambulatorio per vittime di tortura del *Centro Astalli* lavora in stretta collaborazione con il *centro d'ascolto* della struttura, con i *legali* del centro e con i *mediatori culturali* che prestano il loro servizio come volontari.

Le vittime di tortura, in questo caso, giungono all'attenzione del medico su segnalazione dei volontari che li hanno ascoltati per l'emergere nella loro storia di traumi legati a trattamenti disumani e torture.

Di grandissima importanza è stata, in questi anni, la stretta e fattiva collaborazione con un gruppo di legali palermitani che hanno assistito i pazienti riguardo le richieste di asilo o di protezione umanitaria per i pazienti seguiti; fortunatamente la rete di collaborazione si è allargata a tutta la regione, per cui non è raro che avvocati che lavorano anche in altre città siciliane contattino l'ambulatorio quando si imbattono in storie di tortura, raccontate da richiedenti asilo.

L'esperienza ci ha insegnato in questi anni di lavoro, quanto sia terapeutico, per i pazienti traumatizzati da violenze e trattamenti disumani, l'aver riconosciuto anche e soprattutto dal punto di vista legale, le sofferenze e le umiliazioni patite. E' il primo passo per ricominciare a costruire la propria personalità, la propria dignità di uomo.

Da quando esiste questa attività per le vittime di tortura anche nell'ambito del Centro Astalli (che si rivolge specialmente ai richiedenti asilo, alle donne ed ai loro bambini con tante attività che promuovono l'integrazione sociale) si è avuto un radicale cambiamento del tipo di utenza presso il nostro ambulatorio, soprattutto di genere: sono emersi a Palermo i primi casi femminili di trauma da tortura e trattamento disumano.

Si tratta di donne provenienti principalmente dalle regioni dell'Africa sub-sahariana, costrette a fuggire dai propri paesi in quanto perseguitate per le attività politiche dei propri mariti o dei propri padri, altre volte vittime di feroci guerre tribali, che come sempre vedono le donne come le vittime designate per le manifestazioni di sopraffazione.

Paziente: M P nata in Niger il 6/5/1978

In atto ricoverata in regime di day hospital presso la nostra struttura (cartella clinica

n°46339).

La paziente giunge alla nostra osservazione per presenza di algie pelviche e lombalgia.

La comunicazione con la paziente è avvenuta in lingua inglese, senza l'ausilio di un mediatore culturale.

*Nel Luglio 2006, durante la detenzione presso il Centro di Accoglienza Giovanni Paolo II a Cassibile, è stata sottoposta ad **intervento chirurgico** di laparotomia trasversale sovrappubica per asportazione di **voluminoso cistoadenoma dell'ovaio destro e sinistro**, presso l'ospedale Trigona di Noto.*

All'esame obiettivo la paziente presenta diverse cicatrici cutanee a livello del torace e degli arti superiori, esito di tagli inferti volontariamente.

Lamenta dolore a livello della cicatrice chirurgica. Lieve epatomegalia.

Gli esami ematochimici mostrano ipertransaminasemia ed aumento degli indici di flogosi.

Ha eseguito consulenza ginecologica: si rende necessario eseguire Ecografia dell'addome superiore ed inferiore già programmata in data 17/11/06.

Storia: *la paziente riferisce che nel 2002 è stata costretta a fuggire dal proprio villaggio in Ghana, dove viveva col marito, dopo l'assassinio del sovrano della propria tribù, a causa della conseguente lotta tribale. Durante tale guerriglia, la paziente è stata violentemente percossa all'addome così come tutte le altre donne in gravidanza. È stata ferita al torace e alle braccia mentre si trovava in stato di gravidanza, al 6° mese; rifugiatasi il Niger, suo paese natale, la paziente ha abortito, come esito al pestaggio subito.*

E'giunta in Italia, con il marito, il 28/06/06.

Ha trascorso quasi 2 mesi tra il CPT di Siracusa e quello di Trapani.

Paziente: O. S. nata in Nigeria, ad Uga nel Delta State nel 1985

Ricoverata in regime di day hospital presso la nostra struttura durante l'anno 2008, giunge alla nostra osservazione per intensa astenia, insonnia, irrequietezza, frequenti episodi di amnesia. Imprecisato calo ponderale negli ultimi 4 mesi.

La comunicazione con la paziente è avvenuta in lingua inglese, senza l'ausilio di un mediatore culturale.

Presenta bradilalia, eloquio inceppato, difficoltà di concentrazione.

La paziente manifesta importante preoccupazione riguardo al proprio stato di salute in quanto teme di aver contratto malattie sessualmente trasmesse.

Esame neurologico nella norma : prove di coordinazione motoria nei limiti, deambulazione nella norma, assenza di nistagmo.

E' stata sottoposta a screening sierologico per HIV, HBV e HCV.

Storia: *la paziente non riesce a raccontare nulla del proprio passato e della propria storia durante i primi incontri ambulatoriali.*

Solo dopo alcuni incontri, con estrema difficoltà, la paziente riferisce di aver perduto recentemente sua figlia di 4 anni e che da allora non riesce più a riposare durante la notte in quanto la sua mente è affollata da "pensieri" e da immagini del passato. Riferisce di essere accompagnata costantemente da una sensazione di paura, che la terrorizza, che non le permette di dormire.

E' stata costretta a fuggire dalla sua città in Nigeria, in quanto minacciata di morte ripetutamente dalla famiglia di un uomo ucciso dal marito della paziente; da allora il marito, appartenente alla setta degli EIE è stato costretto a nascondersi e di lui non ha avuto più alcuna notizia.

A causa del perpetuarsi delle minacce, la paziente, nell'Agosto del 2008 è stata costretta a lasciare la Nigeria insieme alla figlia. Durante il tragitto, nel deserto tra il Niger e la Libia la paziente è stata fermata da un gruppo di uomini che l'hanno aggredita e stuprata

ripetutamente dinanzi alla figlia . Riferisce di essere stata ferita ripetutamente con un coltello durante gli stupri.

Non riesce a descrivere gli eventi legati alla morte della figlia nel deserto: ricorda che si era ammalata durante il cammino e che è stata picchiata dagli stupratori poiché piangeva e dava "fastidio".

Non riesce a riferire quasi nulla sui fatti avvenuti successivamente.

Ricorda che durante il tragitto fino in Libia le sue gambe presentavano importanti edemi declivi. Dal momento in cui ha subito le ripetute violenze sessuali nel deserto, è terrorizzata dal timore di aver contratto una patologia letale a trasmissione sessuale.

La paziente non parla esplicitamente del timore di aver contratto il virus HIV, in quanto non possiede gli strumenti culturali per conoscerne le modalità di trasmissione, ma teme di non poter più avere figli e di ammalarsi di una patologia letale causata dagli stupri.

Il viaggio sull'imbarcazione che l'ha portata a Lampedusa è durato 3 giorni e 3 notti, durante i quali ha bevuto solo acqua di mare. È sbarcata a Lampedusa il giorno 8 settembre del 2008.

La Sig.ra O S presenta importanti conseguenze dei traumi psicologici e fisici subiti. La morte traumatica della piccola figlia durante la fuga aggrava la condizione di smarrimento e di terrore in cui versa tuttora la paziente.

È vittima di persecuzione nel proprio luogo di origine, dove è stata violentemente minacciata di morte, sia perché veniva ritenuta a conoscenza del luogo dove si nascondeva il marito sia perché la famiglia dell'ucciso intendeva così vendicare la morte del congiunto.

È vittima di tortura perpetuata attraverso violenza sessuale, fisica e psicologica.

In atto presenta una severa sintomatologia psico-fisica compatibile con Sindrome post traumatica da stress.

Conclusioni

Il lavoro portato avanti in questi ultimi anni tenta di dare una risposta ad un fenomeno non distante da noi: le **torture e i trattamenti inumani e degradanti** continuano ad avere luogo quotidianamente e costituiscono un'offesa alla dignità umana.

La nostra piccola esperienza ci mostra un numero crescente di vittime, tra cui richiedenti asilo provenienti da paesi diversi, che si confondono e si nascondono in mezzo a noi, nella speranza di **costruire** una nuova vita, una nuova dignità, una nuova storia non segnata da violenza e dalla mancanza di libertà.

Uno strumento fondamentale in questo senso è il riconoscimento del loro status di rifugiato, a cui hanno diritto tutti quegli individui che, nello stato d'origine, rischiano la propria integrità fisica e mentale a causa di una massiccia, sistematica e diffusa violazione dei Diritti Umani o per le proprie scelte politiche, religiose, di orientamento sessuale o per un'appartenenza etnica.

Il lavoro con le vittime di tortura ci mette di fronte alla testimonianza diretta di coloro che hanno vissuto in prima persona gli abusi di potere, i colpi di stato, i sovvertimenti di potere tra le etnie, le persecuzioni brutali con omicidi di massa, stupri, detenzioni illegali e tortura. È l'altra faccia della Storia dell'uomo, quella che non si può raccontare né si vorrebbe conoscere perché fa paura, ribrezzo.

Il silenzio che avvolge la tortura e i torturati è il peggior strumento di violenza, una violenza più intima che abbandona la vittima in uno stato di ineluttabile solitudine.

"La tortura ruba la voce. Imprigiona nello stesso silenzio vittime e carnefici, e con loro quelli che la autorizzano, la incoraggiano, la pianificano"

L'incomunicabilità del dolore fa sì che le vittime rimangano chiuse in se stesse nella impossibilità di una rielaborazione razionale del trauma subito. Trauma *anrtopogeno*,

perpetrato volontariamente da altri uomini, non riconducibile ad altri modelli di sofferenza. Difficile curare un dolore tanto profondo e presente; difficile superare la paura di rompere quel muro di silenzio che protegge noi e che isola loro.

Rompere quel silenzio diventa il nostro compito: il compito difficilissimo di medici, avvocati, mediatori culturali che devono saper cogliere le ferite di quel muro silenzioso per conoscere e dare voce ad un dolore immenso che non si può raccontare, perché ferita putrida dell'anima. Far sì che tra 50 anni non sia necessario assegnare un giorno del calendario "*per la memoria*" delle atrocità che avvengono nel presente.

Ridare, *adesso*, voce alla memoria di coloro che hanno vissuto guerre e persecuzioni, perché la memoria di ognuno di loro è la memoria di tutti quelli che non hanno trovato la forza o la possibilità di fuggire per divenire testimoni delle atrocità viste e subite.

"Le diverse torture fanno scoppiare la personalità dei torturati, si disperdono i pezzi e poi ognuno di noi dovrà trovare la forza di ricomporli con un'opera di grande pazienza e fatica, bisognerà elaborare da diverse angolazioni, quelle sofferenze e umiliazioni che hanno lasciato le tracce più profonde, che hanno distrutto le strutture portanti della nostra personalità"

(*Gina Gatti, cilena vittima di tortura*).

Riferimenti bibliografici

- *Medici e tortura - Amnesty international - Il pensiero scientifico Editore*
- *Guarire dalla tortura. Da vittime a testimoni - Medici contro la Tortura. A cura di Andrea Taviani. Il pensiero scientifico Editore*
- *Persecutori e vittime. Strategie di violenza Francoise Sironi . Feltrinelli*

COMUNICAZIONI

Nuove prospettive preventive delle patologie emoglobiniche nelle popolazioni migranti nel Lazio

*Antonio Amato, M. Lerone, P. Grisanti, D. Ponzini, P. Di Biagio, S. Rinaldi, N. D'Arcangeli,
B. Sidorini, E. Melis.*

A.N.M.I. Onlus – Centro Studi Microcitemie di Roma

La talassemia e le emoglobinopatie sono le alterazioni genetiche monofattoriali autosomiche recessive più diffuse al mondo: ogni anno nascono più di **40.000** nuovi malati di anemia mediterranea e **275.000** di anemia drepanocitica, con più alta concentrazione in specifiche ampie aree endemiche. La mescolanza genica che è in atto in Italia a causa dei nuovi flussi migratori porta a notevoli cambiamenti epidemiologici sul nostro territorio relativamente a queste patologie e di conseguenza comporta la necessità di ottimizzare i programmi di prevenzione là dove già esistono. E' per questi motivi che l'A.N.M.I., che opera nel Lazio dal 1972, si è già attivata per migliorare in maniera mirata i suoi programmi di prevenzione e di cura delle emoglobinopatie.

La distribuzione mondiale delle patologie emoglobiniche indica una alta prevalenza in zone del mondo che seguono in grandi linee il 40° parallelo: dal bacino mediterraneo e da parte dell'Africa si estende fino all'equatore, al Medio Oriente, al Subcontinente indiano, al Sud Est Asiatico e oltre l'Oceano Pacifico. In queste regioni la talassemia è un problema di salute pubblica, così come lo è diventato anche in alcuni Paesi dell'America centrale e del sud a causa dell'afflusso delle popolazioni di origine africana.

L'emoglobinopatia più rilevante è la falcemia (HbS) nelle sue varie espressioni. La diffusione principale è nel continente africano. L'eterozigosi per la falcemia, in alcuni Paesi del centro Africa raggiunge una frequenza anche del 20-25%.

La condizione genetica che causa l'Anemia Mediterranea è l'omozigosi per un difetto β microcitemico grave [più frequentemente in Italia la mutazione puntiforme β^{039} (C→T)] oppure l'eterozigosi mista per 2 difetti β talassemici gravi.

L'anemia mediterranea (o talassemia major o morbo di Cooley) si manifesta nei primi mesi di vita: il bambino presenta progressiva anemizzazione causata in primo luogo da eritropoiesi inefficace. Per evitare tutte le gravi manifestazioni patologiche che ne conseguirebbero, il bambino viene sottoposto a trasfusioni con cadenza mensile a partire dall'età di 3-4 mesi, per tutta la vita. Alla terapia trasfusionale si affianca una terapia ferrochelante per ridurre al minimo l'accumulo di ferro causato dalle continue trasfusioni, terapie ormonali per ottenere un sufficiente sviluppo puberale, trattamenti per rallentare il decorso della cardiopatia e dell'epatopatia e, quando necessario, cure per combattere l'infezione da HBV, HCV e HIV. Nell'adolescenza è frequente il ricorso alla splenectomia.

La falcemia è un'alterazione originaria dei Paesi africani. E' caratterizzata dalla presenza di una mutazione del gene β globinico (Cod 6 Glu→Val) che dà origine ad una emoglobina anomala (Hb S). La proprietà fondamentale dell'Hb S è che in condizioni di carenza di ossigeno o acidosi tissutale gelifica e le emazie che la contengono assumono rapidamente una forma allungata e ricurva (falci).

L'anemia drepanocitica è la malattia causata dalla condizione omozigote del difetto genico (β^S/β^S). Il quadro clinico è caratterizzato da crisi dolorose improvvise, violente e ricorrenti che possono comparire fin dai primi anni di vita e che hanno varia localizzazione: ossea, articolare e muscolare, oppure al torace o all'addome. Possono insorgere manifestazioni neurologiche varie e frequenti dovute prevalentemente ad ischemia cerebrale. Tutte queste affezioni sono causate da microtrombosi ed infarti conseguenti alla massiccia deformazione a falce delle emazie nel microcircolo.

Attualmente il trapianto di midollo osseo o di cellule staminali è l'unica terapia che permette una guarigione definitiva, almeno nel 98% dei casi, sia per l'anemia mediterranea che per l'anemia drepanocitica. Ma tali rimedi presentano alcune limitazioni nella loro applicazione oltre ad essere molto dispendiose.

Da queste velocissime informazioni sulla patologia dell'anemia mediterranea e di quella drepanocitica si evince la gravità delle malattie: sono patologie croniche che necessitano di assidui frequentissimi controlli, che scatenano impegnative implicazioni di ordine sia pratico che psicologico. Le coppie costituite da portatori sani, che quindi rischiano con una frequenza del 25% di avere figli con queste affezioni, hanno il diritto di essere a conoscenza in tempo utile dei problemi di salute a cui potrebbe andare incontro la loro progenie, per poter compiere scelte procreative consapevoli.

Esiste la possibilità di identificare i portatori sani grazie a specifici esami del sangue: ciò ha portato alla diffusione di idonei programmi di screening volti all'individuazione di questi soggetti e la successiva informazione sulle varie possibilità di prevenzione delle patologie emoglobiniche.

Tali protocolli sono operativi da molti anni con diverse procedure soprattutto nell'area del Mediterraneo, con risultati molto rilevanti riguardo la riduzione d'incidenza di tali patologie. Il nostro Centro attua uno specifico programma di prevenzione a partire dal 1975, avendo esaminato ad oggi oltre 1.700.000 soggetti giovani-adulti residenti nel Lazio ed arrivando nel 1993 ad azzerare le nascite di nuovi malati, nati da coppie inconsapevoli. I flussi migratori degli ultimi 2 decenni hanno modificato profondamente il target di popolazione sul nostro territorio che ha imposto notevoli variazioni ai programmi di screening. Va sottolineato che il Lazio mostra un indiscusso potenziale di attrazione; infatti è la regione italiana a più alta incidenza di immigrazione con un dato locale del 9,1%, contro quello nazionale del 6,2%: ciò significa che nel Lazio si incontra un immigrato ogni 12 persone, mentre la media italiana è di un immigrato ogni 17 persone (dati tratti da Immigrazione, Dossier Statistico 2008, Caritas Migrantes).

In 14 anni presso il nostro ambulatorio abbiamo esaminato 10.353 soggetti di origine straniera e tra questi abbiamo diagnosticato 136 nuovi affetti, 2.484 portatori di patologie emoglobiniche e sospetti alfa (incidenza complessiva: 24.0% degli esaminati) e identificato 57 nuove coppie a rischio, ben 39 (cioè il 68%) delle quali è giunta al nostro Centro dopo la nascita di un figlio malato.

Nella tabella seguente abbiamo indicato i dettagli delle distribuzioni per territori dei soggetti diagnosticati portatori di microcitemie e di emoglobinopatie, con la specifica dei soggetti risultati omozigoti o portatori di eterozigosi mista patologicamente rilevante.

Zone geografiche	β	Hb S	Hb E	Malati	Sosp. α	Varie	
Africa	69	226	1	49	321	43	
Asia	92	3	90	36	283	26	
Europa	280	18	3	36	333	38	
America	46	55		9	136	24	
Senza origine	73	41	6	6	115	19	
Oceania	2				5		
Totale	562	343	100	136	1193	150	2484

Durante gli ultimi 6 anni di screening scolastico abbiamo esaminato 9.737 studenti stranieri e identificato 346 portatori di beta microcitemia e di emoglobinopatie cioè il 3.6%, percentuale di 1 punto e mezzo più elevata rispetto a quella della popolazione laziale autoctona.

Il numero di famiglie straniere contattate è andato progressivamente aumentando. Dal 2002, anno in cui abbiamo iniziato a raccogliere sistematicamente i dati riguardanti gli iscritti di origine straniera, il numero dei contattati è passato dai 1433 ai 4942 dell'anno scolastico 2006/2007. La percentuale di adesione al prelievo data dai genitori stranieri è stata del 67.4%, dato coincidente con la % di adesione delle famiglie italiane (65.7%). Questo dato, a nostro avviso, indica che quando le spiegazioni vengono fornite con precisione, l'iniziativa viene favorevolmente accolta da tutti, indipendentemente dal gruppo etnico e non è avvertita come elemento di discriminazione.

Le nazionalità più rappresentate tra i contattati sono:

Romania	3529	24.2 (% di iscritti)
Albania	935	6.5%
Perù	593	4.1%
Cina	564	3.9%
Polonia	538	3.7%
Filippine	520	3.6%
Marocco	376	2.6%
Ucraina	365	2.5%
Ecuador	334	2.5%

Le popolazioni più presenti nel Lazio non coincidono con quelle a maggiore incidenza di emoglobinopatie. Di seguito riportiamo le nazionalità con maggiore frequenza di ragazzi risultati positivi al nostro screening.

Nazioni	Esaminati	β	HbS	HbE	Malati	% pos.	Sosp. α	Varie
Brasile	192	4	5			4.6	19	5
Egitto	188	5	1			3.2	29	3
India	152	3		2	1	3.9	31	
Bangladesh	140	4	1	16		4.5	7	1
Tunisia	133	4	2			15.0	13	
Nigeria	47	2	7			23.4	6	
Congo	39	2	6		1	23.1	9	
Pakistan	36	4				11.1	3	
Algeria	28	2				10.7	2	1
Ghana	10		2		2	10.0	1	1

La grande varietà di alterazioni emoglobiniche (Hb S, Hb E, Hb D, Hb C, emoglobine varianti) è associata all'elevato numero di etnie presenti nel territorio: 141. Nella tabella presentata abbiamo indicato anche il numero dei ragazzi che presentano un sospetto di alfa microcitemia evidente e quelli che hanno manifestato altre alterazioni funzionali dei globuli rossi come sferocitosi, ellissocitosi, ecc. I numeri di queste alterazioni confermano l'altissima frequenza dell'alfa nelle popolazioni del sud est asiatico: nei ragazzi di origine indiana abbiamo trovato più del 20% di portatori di alfa microcitemia. Quindi anche questa alterazione genetica deve essere tenuta in seria considerazione in quanto può dare origine sia a forme di "talassemia intermedia da Hb H" sia ad "Idrope Ascite Fetale", una condizione non compatibile con la vita e che non è conosciuta in Italia ma diffusa in Asia ed è spesso causa di gravi rischi materni in corso di gravidanza.

I dati dei pazienti adulti esaminati presso l'ambulatorio dell'A.N.M.I. e quelli dei ragazzi

analizzati con lo screening scolastico concordano nel manifestare una grande variabilità di alterazioni genetiche associate alle emoglobinopatie. Questo ha complicato l'approccio diagnostico sia dello screening scolastico che degli studi di biologia molecolare (DNA). Abbiamo infatti dovuto modificare la flow chart dello screening scolastico aumentando le analisi eseguite agli studenti stranieri rispetto a quelli italiani e, per quanto riguarda le ricerche molecolari, abbiamo allargato lo spettro delle mutazioni identificabili approntando nuove procedure selezionate in base alla frequenza delle mutazioni presenti nei Paesi di origine.

Spesso dobbiamo registrare anche difficoltà di tipo sociale: prima tra tutte la difficoltà di accostamento dei soggetti immigrati di prima generazione rispetto ai nostri servizi di assistenza sanitaria.

La seconda, non meno rilevante, è che gli interventi sono spesso orientati alle emergenze (chirurgiche, ostetriche, infettive) piuttosto che al mantenimento dello stato di salute dei soggetti, alla prevenzione e all'informazione ed educazione sanitaria. Invece gli interventi operativi dovrebbero già da ora prendere in considerazione il numero costantemente crescente di malati, nati in Italia da coppie inconsapevoli o nati all'estero e trasferiti in Italia con la famiglia. L'ANMI Onlus si è attivata per rendere fruibile l'offerta preventiva, adottando vari approcci:

- abbiamo preso contatti diretti con le associazioni culturali dei gruppi etnici ad elevato rischio per stimolare la partecipazione allo screening e permettere così l'identificazione dei portatori;
- abbiamo attivato una serie di interventi destinati alla sensibilizzazione di medici di base, pediatri, ginecologi e strutture di assistenza sanitaria territoriale, per sollecitare l'esame dei soggetti immigrati;
- stiamo organizzando corsi ECM dedicati all'aggiornamento di medici di base e specialistici, in particolare sulla nuova realtà territoriale;
- e per quanto riguarda lo screening scolastico abbiamo enfatizzato la diffusione ubiquitaria delle emoglobinopatie sottolineando l'importanza dell'adesione al prelievo soprattutto dei ragazzi di origine straniera.

Questa organizzazione ci permette di lavorare su due differenti fronti:

1. sulla popolazione straniera in età giovane-adulta per l'adozione di un programma a breve termine grazie all'identificazione delle coppie a rischio;
2. sulle nuove generazioni mediante lo screening scolastico per un programma più a lungo termine. I primi importanti risultati dello screening scolastico sulla popolazione laziale si sono manifestati alcuni anni dopo l'inizio dell'attività. Stiamo lavorando per ottenere gli stessi risultati anche sulle popolazioni immigrate di seconda generazione.

L'obiettivo che ci proponiamo è quello di raggiungere con le popolazioni immigrate residenti nel Lazio la stessa consapevolezza procreativa che siamo riusciti ad ottenere con le coppie italiane.

Comunicare salute in una dimensione multietnica
Strumenti: counseling ed empowerment nutrizionale

A. Albertini, F. Celenza, E. Piccoli

UO Nutrizione AUSL Bologna

In parallelo ai principi dell'alimentazione mediterranea, nei profili dietetici di altre culture alimentari rileviamo componenti protettive quali ricchezza in micronutrienti, fibre e fattori antiossidanti, valore nutrizionale normo o ipo proteico e lipidico, oggi auspicabile anche in rapporto alla sostenibilità ambientale, oltrechè pratiche di cottura favorevoli all'educazione al gusto quali finger food, ingredienti riconoscibili, esaltazione di colori e sapori, convivialità. La cucina nella migrazione va analizzata quale atto culturale, influenzato da saperi, precetti religiosi, clima, condizioni di vita, accessibilità ai prodotti, permeabilità agli influssi di civiltà altre: risultano luoghi funzionali all'identità e allo scambio di tali saperi tradizionali, la scuola per la mensa e i centri sociali per laboratori di cucina utili alla circolarità e discussione di esperienze.

Obiettivo del nostro lavoro: conoscere ed approfondire i temi connessi alla salute dei gruppi etnici presenti sul territorio, con particolare rilievo agli aspetti sociali e relazionali, di cura e prevenzione. In una visione multietnica della prevenzione, ci si confronta sull'alimentazione e i suoi rapporti di protezione e di cura nelle diverse medicine, con uno sguardo attento e particolare alla migrazione come fattore di rischio per la salute e alla mediazione culturale quale occasione per valorizzare radici e culture.

In questo contesto, per altro confermata dalla letteratura scientifica internazionale, emerge una nostra preoccupazione sul rischio di malnutrizione nella transizione geografica/culturale delle famiglie immigrate. Fotografando le seconde generazioni, troviamo famiglie immigrate che oscillano nella loro pratica alimentare tra due modelli, da un lato un investimento nell'omologazione locale, dall'altro la difesa del contesto di origine per la paura, nei confronti dei figli, di vederli stranieri, di vedere deluse le aspettative di continuità identitaria familiare e culturale.

In risposta, nella realtà dell'AUSL di Bologna, è stata attivata un'offerta formativa continua rivolta a tutti i professionisti che operano nei servizi sanitari, sociali ed educativi a contatto con persone straniere. Destinatari medici, pediatri, ostetriche/i, infermieri, dietisti, assistenti sociali, insegnanti, educatori, farmacisti, referenti e operatori dei servizi di ristorazione collettiva di Enti Locali e assistenziali.

Obiettivo: conoscere ed approfondire i temi connessi alla salute dei gruppi etnici presenti sul territorio, con particolare rilievo agli aspetti sociali e relazionali, di cura e prevenzione. Il mondo interno alle famiglie migranti è ancora molto da esplorare, è stimolante per i professionisti dell'ambito sociale, sanitario ed educativo muoversi in uno spazio ancora privo di codici. In una visione multietnica della prevenzione, ci si confronta sull'alimentazione e i suoi rapporti di protezione e di cura nelle diverse medicine, con uno sguardo attento e particolare alla migrazione come fattore di rischio per la salute e alla mediazione quale occasione per valorizzare radici e culture.

Vanno affrontati sicurezza/rischio nutrizionale con esperienze e racconti di etnopediatria allo scopo di fornire:

- una mappa delle opportunità di supporto sociale, educativo e culturale del territorio,
- evidenze in tema di epidemiologia sul fenomeno migratorio e sullo stato di salute della popolazione immigrata
- documentazioni sui profili nutrizionali dei paesi di origine dei principali gruppi nazionali

presenti sul territorio

- confronto su problematiche a cui si va incontro nel processo migratorio, in relazione agli stili di vita, alle difficoltà sociali e/o economiche, ai processi di assimilazione/integrazione nutrizionale

- ricerca di strategie per la protezione, prevenzione e cura

- competenze in materia di counselling ed empowerment nutrizionale

L'articolazione dei contenuti verte sul valore dell'identità e il ruolo di cultura e radici nella migrazione.

Focus su: i numeri e le tendenze dei cittadini stranieri a Bologna e territorio; spunti per una riflessione sui determinanti dal profilo di salute dei migranti nella provincia; nutrizione e migrazione; accoglienza e ospitalità, prospettive per la prevenzione; faccia a faccia con i servizi dedicati; diventare madri nella migrazione, un percorso tra realtà, vulnerabilità e integrazione; dalle evidenze scientifiche ricerca di ricadute concrete.

Confronto con le mediatrici culturali attive sul territorio sui argomenti di una migrazione vissuta ed elaborata; voci, saperi e sapori dal Nord Africa, India, Pakistan, Cina, Sud Est Asiatico, America del Sud, Balcani ed Europa dell'est

Approfondimenti: bambini, nutrizione e salute; percorsi di prevenzione tra empowerment e disempowerment; il cibo in una prospettiva transculturale e di genere; ricette e regole alimentari dalle religioni del mondo; percorso nascita e svezzamento in una dimensione di etnopediatria; *melting pot* quale rischio/protezione nella transizione alimentare; ascolto e attenzione antropologica nei percorsi di educazione terapeutica a diabete e sindrome metabolica.

La metodologia didattica si basa su lezioni magistrali, lavoro in gruppo, dibattito con mediatori culturali provenienti dalle diverse realtà geografiche ed aree della nostra immigrazione. Risulta di maggiore efficacia allestire un laboratorio non virtuale del gusto per acquisire competenze sensoriali dalle radici culturali del cibo degli altri. Una forte integrazione tra docenti, spesso compresenti in aula e discenti, che interagiscono nella definizione degli argomenti da approfondire, rende il lavoro relativamente flessibile, da ampliarsi nell'ambito degli argomenti di interesse prevalente dell'aula. Quale modalità e strumenti di valutazione degli apprendimenti si è scelta la presentazione di un progetto/azione

La Sindrome di Salgari definisce il rischio di ricercare patologie *strane, tropicali, mai viste prima* di fronte ad un paziente straniero, in realtà, occupandoci di età evolutiva, rileviamo piuttosto il rischio di obesità nei bambini e adolescenti stranieri in forte analogia con la popolazione residente.

La contaminazione alimentare, "melting pot", non è dunque semplice da attuare per coppie di immigrati per i quali la proposta di elementi culturali d'origine rappresenta un modo per non far perdere completamente la propria identità ai bambini facilmente attratti, attraverso i Media, dai modelli occidentali. La sfida della nostra società è la capacità e la sensibilità a considerare altre realtà e altre culture, nel rispetto delle loro tradizioni "....tale processo di empowerment – spiegano i pediatri di comunità - diventa significativo nell'accoglienza dei bambini immigrati con i loro genitori. Proposte alimentari non sufficientemente condivise potrebbero acuire o favorire lo sviluppo di problematiche di malnutrizione dovute a eccesso e/o difetto". Paradossalmente l'urbanizzazione in paesi "poveri" costituisce oggi determinante di malnutrizione per eccesso, la migrazione rischia di essere assimilata a tale processo. Paesi che subiscono veloci cambiamenti nel livello socio-economico e dunque nelle abitudini alimentari stanno avvertendo uno spostamento dai problemi di denutrizione a quelli di iperalimentazione e compresenza di malnutrizione ed obesità.

Un conflitto intenso, *disempowerment*, può infatti impadronirsi dei genitori in bilico tra realtà passata e presente.

L'esperienza di paesi con una storica tradizione dimostra che la combinazione di fattori

genetici, culturali, ma soprattutto economico sociali determinano un rischio doppio di diventare obesi; negli Stati Uniti si rileva doppio nei bambini di lontane origini africane e latino-americae rispetto ai bambini di origine europea. Insieme ad una sensibilizzazione degli operatori sanitari in quella che possiamo definire etnonutrizione, va riorientata la dimensione relazionale.

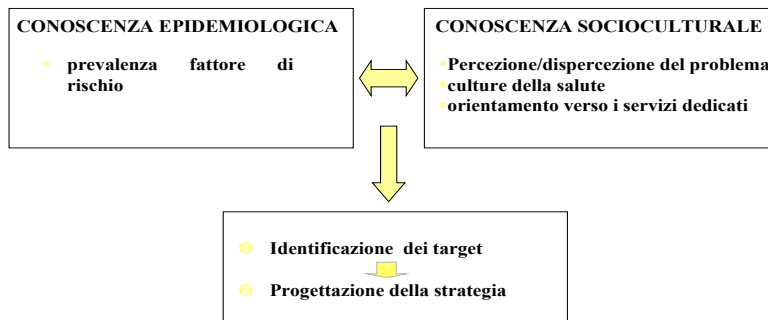
La comunicazione in prevenzione risulta efficace quando è “socialmente competente”. Identifica un target (A chi parlare?); definisce un messaggio (Cosa dire?); seleziona i mezzi (Come dirlo?).

Il counseling, per la caratteristica di bidirezionalità nella comunicazione, si dimostra promettente strumento per la prevenzione dei fattori di rischio derivanti da stili di vita inappropriati.

SOVRAPPESO/OBESITÀ

PROSPETTIVE PER LA PREVENZIONE

L'APPROCCIO



C. Bosio www.eurisko.it

La identificazione del/dei target risulta prioritaria perché la popolazione presenta un'ampia variabilità sul piano socioculturale e le opzioni sul target condizionano, intuitivamente, le scelte. Troviamo le famiglie sospese tra empowerment e disempowerment in situazione di immigrazione. Che cosa cambia e che cosa resta di tutto ciò che appartiene alla tradizione, al sapere femminile in fatto di accudimento dei bambini? Il concetto di “conflitto di maternage” è stato elaborato per definire la situazione in cui si trova la maggior parte delle donne immigrate, divise tra due mondi, due culture, diversissime, incerte se dare ascolto ai consigli delle loro madri o a quelli, spesso presentati come unici validi dai professionisti della salute del paese di accoglienza.

L'ansietà e la confusione che risulta da una situazione contraddittoria può sfociare in una destabilizzazione della donna, che rischia di perdere tutti i suoi punti di riferimento culturali. Il maternage risulta impoverito: da un lato abbandona i valori della tradizione, dall'altro acquisisce gli aspetti negativi della società tecnologica. Spesso le madri straniere per far fronte alla precarietà della loro situazione lavorativa, devono porre in secondo piano le proprie tradizioni culturali e adeguarsi alle abitudini alimentari della popolazione italiana per quanto riguarda le modalità di allattamento, svezzamento e tipologia di prodotti alimentari introdotti, che garantiscono risparmio di tempo, valore preziosissimo. Le famiglie, infatti,

portano con sé gli elementi della loro cultura d'origine e sono sottoposte ad un processo di integrazione non privo di scogli e diffidenze; il momento di maggior rischio si rileva nel passaggio-transizione del dopo svezamento. *“...una madre confusa ed iperansiosa che si affida ad “esperti”, frequentemente confonde il tipo di richiesta del bambino e maschera la sua insicurezza offrendo cibo in maniera indiscriminata; questo comportamento produce un bambino confuso che non è in grado di differenziare la fame da altre sensazioni sgradevoli”* troviamo sottolineato anche per la nostra popolazione nel Documento Obesità essenziale del bambino e dell'adolescente: Consensus pediatrico italiano su prevenzione, diagnosi e terapia.

Per un'educazione alimentare interculturale ci dobbiamo sottrarre alla superficialità, a generici richiami ad un'indistinta solidarietà e ad un'approssimativa tolleranza per basarci non solo sulla conoscenza dei meccanismi sociali, culturali ed economici che sottendono alla nutrizione, ma anche sulla vita quotidiana, sui gesti e sui gusti di ciascuno. Nostri interlocutori: genitori che hanno già le loro convinzioni ma che non hanno ancora preso decisioni; nostro obiettivo per la prevenzione; stringere alleanza con i genitori attraverso counseling ed empowerment. Strategia: individuare e condividere con la famiglia un percorso a piccoli passi disegnato sul bambino.

Prendendo a prestito gli insegnamenti di Bert e Quadrino fondatori dell'Istituto Change, (www.counselling.it) dobbiamo “essere certi di essere chiari, tradurre in parole comprensibili messaggi complessi, essere sintetici, guidare le comunicazioni (riportare in argomento, decidere cosa dire, cosa chiedere) mantenere l'attenzione, ma anche assicurare il dialogo, aggirare resistenze, far fronte all'incertezza soprattutto dare percorsi plurimi.

Setting: vedere con gli occhi dei genitori, valorizzare le loro osservazioni, facilitare l'espressione delle esigenze specifiche non sottovalutando che esistono obiettivi impossibili: far capire, convincere, rendere fiduciosi, avere le stesse priorità. La metodologia: non giudicare e controllare i pregiudizi, chiedersi cosa rende possibile il comportamento dell'altro ma anche cosa migliorerebbe la relazione. Strumenti: ascolto attivo, domande narrative, comunicazione efficace, verifica della comprensione e continuo investimento sul clima relazionale.

Dire cosa, a chi: conoscere l'interlocutore; escludere cosa non dire; prestare attenzione a ciò che accade- feed back. Passare da affermare a esplorare e condividere. Prima di accumulare informazioni, chiedere che informazioni hanno già. Dare indicazioni e consigli, chiedere che cosa hanno pensato di fare, sostenere le nostre proposte ma anche valorizzare le loro ipotesi, rassicurare, chiedere quali timori hanno. Risultati attesi: farli sentire consapevoli, autonomi e capaci di gestirsi nella realtà attuale, sostenerli nel saper scegliere obiettivi chiari e realistici per il proprio figlio, aiutarli a saper comunicare, negoziare, contrattare con il bambino sospeso tra due realtà, casa e scuola.

Per la nostra esperienza in area nutrizionale osserviamo una sensibilizzazione sempre maggiore degli operatori multiprofessionali nei confronti di una problematica, il cibo, che ancor oggi rischia di essere sottostimata o non considerata come potenziale fattore di rischio per lo sviluppo di patologie per la popolazione immigrata. Questo mostra come essi siano “in ascolto”.

Bibliografia

- Boehl T. Linguistic issues and literacy barriers in nutrition. J Am Diet Assoc. 3/2007
 Albertini A. et al. Prevalence of obesity in 6- and 9-year-old children living in Central-North Italy. Analysis of determinants and indicators of risk of overweight Obesity Reviews 1/2008
 Renzaho A M N et al Maintenance of traditional cultural orientation is associated with lower rates of obesity and sedentary behaviours among African migrant children to Australia I J of Obesity 2/2008

Comunicare con tutti **Migranti: attori del cambiamento**

Carmela Amato

U.O.S. Prevenzione dei tumori della mammella
A.U.O. Policlinico P Giaccone Palermo

Introduzione

I Livelli Essenziali di Assistenza garantiscono la tutela del diritto alla salute per tutti i cittadini, italiani e stranieri, contemplanò lo screening mammografico, non equamente applicato e soggetto “a non pari opportunità “ per le donne immigrate.

Donne migranti della stessa fascia d’età del target dello screening mammografico, di età compresa tra 50 e 69 anni, che non risultano nelle liste anagrafiche della città, in quanto non residenti, ne sono escluse.

Il Piano Sanitario Nazionale, e Regionale, che prevede la promozione della salute e la prevenzione, migliora lo stato di benessere, che rende il cittadino protagonista della propria salute, come garantisce la salute al cittadino straniero?

E’ necessario partire dai limiti dell’attuale modalità di offerta dell’assistenza sanitaria, per procedere poi nel percorso di osservazione delle più recenti dinamiche sociali e giungere in ultimo alla fruizione equa delle prestazioni.

Obiettivi

- Coordinare ed organizzare un percorso formativo- informativo, teorico e pratico per operatori di un programma di sensibilizzazione sulla prevenzione, diagnosi precoce dei tumori della mammella e allo screening mammografico per un target specifico: immigrati e residenti “ a disagio sociale”
- Realizzare un prodotto audiovisivo multilingue e multiculturale con partecipazione attiva dei mediatori culturali, attori del cambiamento culturale, sul tema della prevenzione del carcinoma della mammella, considerando l’informazione corretta, la conoscenza e la scelta consapevole, fonte di buona salute e di pari opportunità.

Materiali e metodi

Dopo la collaborazione alla pubblicazione di una guida multilingue di orientamento ai servizi sanitari dedicati agli stranieri, fondamentale premessa, abbiamo realizzato un percorso formativo-informativo di base teorico-pratico e specialistico sulla prevenzione, diagnosi precoce e trattamento del carcinoma della mammella, con i mediatori culturali. Essi, che hanno competenze nella pianificazione degli interventi rivolti ai gruppi target hanno collaborato e realizzato un programma di sensibilizzazione sul tema ed elaborato un prodotto audiovisivo per la comunicazione multilingue e multiculturale, dando pregnanza al messaggio e divenendo essi stessi attori del cambiamento.

L’intervento è stato adattato alle variabili culturali, religiose e di aggregazione sociale.

Sono state identificate le fasce d’età cui si voleva rivolgere il messaggio, utilizzate strade già percorse, evitando gli errori dell’esperienza, creando la domanda ma offrendo, con la guida multilingue, l’informazione e i percorsi facilitati di accesso, l’orientamento ai servizi offerti.

Il materiale informativo in lingua italiana e straniera ha adeguato i sistemi di comunicazione ad una chiave transculturale, migliorando la circolarità dell’informazione, a socializzazione e l’integrazione socio-sanitaria.

Risultati e valutazioni

E' con grande entusiasmo che proponiamo le fasi di un percorso che vede la donna al centro dell'interesse di una equipe socio-sanitaria che interagendo offre servizi qualificati alla persona su un tema di rilevanza sociale, la prevenzione, la diagnosi precoce e il trattamento del carcinoma della mammella.

I numeri e le percentuali riferite da diversi mass media sono ed esprimono l'esigenza che ci si occupi sia dal punto di vista sanitario, ma anche politico e sociale. di un tema che coinvolge un notevole numero della popolazione femminile ed in particolari fasce di età.

Per sviluppare il processo è stato necessario una partener-ship (con protocollo d'intesa) con l'A.U.O.Policlinico di Palermo, ed una collaborazione operativa tra i specialisti della U.O.S di Prevenzione dei Tumori della mammella, gli operatori del Centro di Riferimento Regionale della Medicina delle Migrazioni della stessa Azienda, i responsabili degli ambulatori dedicati agli stranieri della città, e i soci dell'Associazione "Serena a Palermo" una Associazione di volontariato, onlus, cittadina, che si occupa esclusivamente della tematica.

L'Associazione SERENA PALERMO, partner nell'iniziativa, è espressione di un Movimento di Opinione Europeo, il cui Forum Italiano ha sede in Milano. svolge azione di Lobby, advocacy (cioè la tutela dei diritti di determinati gruppi di popolazione) e sensibilizzazione sia in Parlamento Europeo a Bruxelles e nel Parlamento Italiano sul tema del carcinoma della mammella nella sua globalità.

Tutti gli obiettivi possono riassumersi nella qualità dell'offerta di cura, tenendo presente che quello che interessa alle donne e ai pazienti, cittadini Europei da nord a sud fino all'estrema Lampedusa

È la sopravvivenza

È sopravvivere bene

È mantenere una buona qualità di vita in ogni paese o area geografica indipendentemente dalla sua condizione sociale.

L'associazione e i suoi soci si pongono come mediatori tra la domanda, i bisogni emergenti e l'offerta dei servizi dedicati, con motivazione umanitaria.

È il risultato di competenza che i membri hanno acquisito partendo dall'essere "esperti della malattia" per esperienza diretta o indiretta, sviluppando un impegno attivo di formazione interna, e di educazione sanitaria e aggiornamento costante.

L'eterogeneità professionale e la complementarietà tra i differenti "esperti- soci" colma gli angoli di visuale ottimizzando i risultati e rendendoli di facile applicabilità, è la risorsa che ci consente di dare voce e risposte ai bisogni emergenti che sono sulla salute e sulla sanità in continua espansione, non scevra di criticità, ma di ordine pratico, burocratico amministrativo, informativo e di orientamento.

L'intuizione innovativa è stata rendere protagonisti nel cambiamento gli utenti-soci valorizzando potenzialità esistenti in ognuno, con effetto centripeto delle azioni messe in campo e di costante ricerca di collaborazione con altri enti ed Istituzioni che rendono sempre più capillare la nostra azione che in pochi anni ha all'attivo un importante curriculum di Protocolli d'Intesa e le cui fasi vanno dalla sensibilizzazione alla prevenzione, diagnosi precoce e cure del tumore della mammella, che realizziamo con incontri tematici

Ad ogni socio corrisponde un'azione specifica raggruppata per tavoli di lavoro

I soci, i consulenti specialisti e i mediatori culturali, aderenti all'iniziativa hanno dato il valore aggiunto di ogni singolo segmento operativo contribuendo all'"arricchimento" e alle azioni sinergiche del gruppo.

Il mediatore interculturale ha le competenze nella pianificazione d'interventi rivolti ai gruppi target e facilita le relazioni nel gestire colloqui informativi con cittadini immigrati; guida e orientamento verso il servizio adeguato alle esigenze espresse o implicitamente manifestate.

I mediatori culturali, soci dell'associazione, sono stati coinvolti attivamente in un percorso formativo- informativo di base, teorico-pratico e specialistico sulla prevenzione, diagnosi precoce e trattamento del tumore della mammella, propedeutico alla organizzazione e orientamento ai servizi sanitari dedicati. Corsi pratici, mirati a fornire specifiche competenze e strumenti per la diffusione capillare della comunicazione sul tema in oggetto

La discussione, multidisciplinare dei casi clinici critici, su indicazione dei partecipanti, e tra gli operatori, ha inoltre fornito un aggiornamento monotematico continuo per attivare nuove strategie.

Dalla capacità di interpretare il messaggio di comunicazione sulla tematica in oggetto, i mediatori culturali hanno elaborato un prodotto audiovisivo per la comunicazione multilingue e multiculturale, dando pregnanza specifica al messaggio da adottare divenendo essi stessi gli attori del cambiamento.

Fondamentale l'importanza di un messaggio, preciso e mirato sulla prevenzione, diagnosi precoce, trattamento e cura del tumore della mammella, apprezzato dal target ed elaborato con i mediatori, parte attiva e attori del cambiamento per

- 1) il riconoscimento della diversità,
- 2) lo snellimento e il superamento delle barriere linguistiche, culturali, legali e amministrative,
- 3) la scelta consapevole delle utenti,
- 4) la richiesta di prestazioni congruenti con le linee guida nazionali,
- 5) la riduzione e la razionalizzazione dei tempi di attesa delle visite specialistiche e degli esami strumentali,
- 6) l'attivazione e la permanenza di un "percorso facilitato di accesso" alle strutture sanitarie dedicate,
- 7) l'integrazione socio-sanitaria,
- 8) il lavoro di rete.

Conclusioni

Crediamo che aver speso energie in questo percorso organizzativo sia stato estremamente utile per l'equipe socio-sanitaria e la popolazione target, cercando di migliorare la tutela della salute e adattandola alla realtà territoriale.

Il grado di soddisfazione delle donne che afferiscono agli incontri prima, e al servizio dedicato poi, è tangibile e misurabile dall'incremento mensile di accessi alla U.O.S. di Prevenzione diagnosi e cura dei tumori della mammella della Azienda Universitaria Ospedaliera Policlinico di Palermo.

La percezione tangibile del risultato ottenuta dagli operatori coinvolti è un motivo in più per attuare l'applicazione delle norme vigenti utilizzando strumenti adeguati e specifici per la informazione, conoscenza, consapevolezza e pari opportunità di accesso ai servizi territoriali.

La rete organizzativa che si è realizzata nel territorio, ancora oggi di tipo amicale e non istituzionalizzata, un motivo in più per renderla oggetto di budget delle aziende ospedaliere territoriali, come da norme vigenti.

La produzione del Dvd multilingue dedicato alle donne straniere è il risultato oggettivo del cambiamento culturale e del lavoro realizzato con i mediatori culturali.

Una sfida per la medicina di base in ambito transculturale: le sindromi da somatizzazione.

Massimiliano Aragona, Elena Catino, Sara Carrer, Francesco Colosimo, Maria D. Monteduro, Bianca Malsano, Marco Mazzetti, Salvatore Geraci

Area sanitaria Caritas di Roma

Introduzione

Le somatizzazioni vengono generalmente definite come la “tendenza, ingiustificata dai rilievi patologici, a esprimere e comunicare i sintomi ed il disagio corporeo, ad attribuirli a una malattia fisica e a farsi visitare dal medico per questo. Si pensa di solito che questa tendenza si manifesti in risposta a stress psicosociale comportato da situazioni ed eventi vitali che sono stressanti per l’individuo” (Lipowski, 1988, p.1359). In psichiatria queste sindromi vengono anche definite “disturbi somatoformi”, ma una review dal punto di vista psicopatologico ha rilevato un’ampia serie di problematiche relative a questo modo nordamericano di formalizzare il concetto, per cui si è preferita la dizione di “sindrome da somatizzazione” intendendo, in sostanziale accordo con la sopraccitata definizione di Lipowski, quel gruppo di sindromi caratterizzate tutte dalla preponderanza, nel quadro sintomatico, di sintomi corporei che: a) non sono espressione di un danno organico o di un’alterazione funzionale di un determinato e conosciuto processo somatico, e b) sono interpretati come espressione corporea di un problema di ordine psichico (utilizzando volutamente un termine generico come “problema”, per evitare di attribuire ad un unico meccanismo psicopatogenetico un complesso sindromico che è probabilmente eterogeneo) (Aragona e Colosimo, 2000).

Esiste una amplissima Letteratura scientifica che sottolinea l’importanza, nei paesi occidentali, delle somatizzazioni nei contesti di medicina di base, di famiglia, di comunità. Tale importanza è dovuta al fatto che questi pazienti sono difficili da diagnosticare e ancor più da trattare, costituendo un vero problema per l’organizzazione dei servizi sanitari. Infatti, questi pazienti tendono ad essere “alti utilizzatori” dei servizi perché non ricevendo risposte sul piano somatico tendono a farsi visitare ripetutamente, attivando diversi servizi sanitari e chiedendo (e spesso ottenendo) indagini strumentali elaborate e costose. Si manifesta quel fenomeno della “luna di miele” iniziale con il medico che segue il paziente nella sua richiesta di indagini sul piano somatico, seguita da una inevitabile reciproca delusione quando dopo tanti approfondimenti non si può che concludere che non vi è una causa organica conosciuta responsabile di questa sofferenza. A quel punto il paziente si sente incompreso (di solito pensa che il medico che gli dice che è stress, etc. non ha capito nulla e lo accusa di far finta) e decide di cambiar medico ricominciando la stessa sequenza. Il risultato è spesso cronicità (più passa il tempo, più questa interpretazione “somatica” dei propri sintomi si fa rigida), iatrogenia (non è inusuale vedere pazienti trattati con farmaci che agiscono a livello somatico, o a volte addirittura operati, da medici che per i più svariati motivi hanno “colluso” con la domanda irrealistica del paziente), spreco di risorse sanitarie per esami inutili che sarebbe stato meglio riservare ad altre tipologie di pazienti.

Se tutto ciò è ben noto da molto tempo nella medicina occidentale, in ambito transculturale la problematica ha iniziato ad essere studiata secondo gli standard della medicina scientifica solo in anni più recenti. Una serie di riflessioni teorico-antropologiche ha portato a ipotizzare che le somatizzazioni possano essere molto frequenti in quelle culture non occidentali in cui vi sarebbe una difficoltà culturalmente determinata a esprimere il disagio in termini psicologici (Leff, 1988). Tuttavia Kirmayer (2001) ha suggerito di essere cauti su questo punto, Perché l’impressione iniziale che Asiatici e Africani somatizzino più degli occidentali potrebbe essere influenzata da problemi metodologici come il basarsi su rilievi aneddotici o usare come gruppo

di controllo popolazioni locali molto diverse dal punto di vista sociodemografico. Se ne può concludere che all'inizio del millennio rimaneva sostanzialmente sconosciuta una valutazione affidabile dell'entità e delle caratteristiche del problema in ambito transculturale.

Questa breve review si occuperà di fare il punto delle ricerche che hanno provato a dare risposte a questi interrogativi.

Materiali e metodi

Sono stati passati in rassegna i principali contributi della Letteratura internazionale sul ruolo delle somatizzazioni nelle popolazioni non occidentali visitate in ambito medico. La selezione della Letteratura sull'argomento è stata effettuata partendo da una ricerca su PubMed effettuata in Gennaio 2009 su parole chiave specifiche per l'argomento, approfondendo poi i dati con la Letteratura citata nella bibliografia degli articoli selezionati (qualora disponibile).

Risultati

Dall'analisi della Letteratura emergono quattro tipi di ricerche, che si elencheranno e discuteranno di seguito.

Un primo livello è quello costituito da ricerche dell'OMS in studi multicentrici effettuati in varie parti del globo. Da questi studi emerge che la presenza di somatizzazioni è sostanzialmente ubiquitaria ma che la prevalenza (che in generale nelle popolazioni residenti è circa del 20%) tende ad essere maggiore nei paesi Sud Americani, anche se viene specificato che queste differenze non si prestano a interpretazioni geografiche, economiche e culturali chiare (Gureje et al., 1997). Ciononostante, è stato successivamente suggerito che in questo studio il ruolo della cultura non possa essere comunque escluso, in particolare per ciò che concerne il modo di entrare in relazione tra medico e paziente nei vari contesti studiati (Gureje 2004). In generale, il limite inevitabile di questa tipologia di studi è legato alle notevoli differenze sociodemografiche tra le popolazioni studiate, che dunque si prestano male a una comparazione diretta.

Un secondo tipo di studi è rappresentato da ricerche che hanno effettuato una comparazione tra popolazioni non occidentali immigrate in paesi occidentali e le popolazioni native. In questo tipo di studi si è visto che negli Stati Uniti gli ispanici somatizzano di più dei bianchi (ad es. Canino et al., 1992), in Spagna gli immigrati magrebini somatizzano più degli spagnoli (Pertíñez Mena et al., 2002), in Inghilterra gli asiatici somatizzano più degli inglesi (Farooq et al., 1995). Il limite inevitabile di questi studi è ancora una volta la grande differenza sociodemografica tra gruppo di immigrati e gruppo locale di controllo.

Ancora, una terza tipologia di studi ha provato a comparare tra loro e con il gruppo di residenti locali diversi gruppi di migranti (caraibici, vietnamiti e filippini), riportando un livello di somatizzazioni elevato in tutti i gruppi, ma un po' più alto nei maschi vietnamiti (Kirmayer et al., 1996).

Infine, un quarto tipo di studi ha scelto di concentrarsi sulla primary care (perché è questa l'usuale porta di contatto tra il paziente che somatizza e il sistema sanitario, dunque è qui che l'intervento precoce ha più possibilità di riuscita) e di confrontare tra loro varie popolazioni di migranti (in modo che siano tutti accomunati da una situazione sociale simile, che nel caso di queste ricerche è tendenzialmente difficile per tutti, la gran parte dei soggetti essendo senza permesso di soggiorno).

Queste ricerche sono state condotte in Italia (presso l'Area Sanitaria della Caritas di Roma) ed hanno contribuito a dare una solida base scientifica alla stima del problema, al contempo contribuendo a modificare alcune delle mai verificate opinioni comuni sull'argomento (come quella che vuole che gli asiatici siano i soggetti che somatizzano di più).

In estrema sintesi, da queste ricerche è emerso che:

a) tra gli immigrati il problema è molto frequente, la prevalenza di sindromi di somatizzazione in servizi di primary care specificamente dedicati ai migranti (dunque ai più svantaggiati, quelli che hanno difficoltà a trovare risposte adeguate nel nostro SSN) attestandosi al 35.2% dell'intero campione (Aragona et al., 2005). Da uno studio recente effettuato presso l'Opera San Francesco di Milano su un campione di migranti in primary care estremamente vasto (più di 3000 soggetti) il dato appare attestarsi al 25.63% (Rovetta, Spoto e Villa, *comunicazione personale*). Nel complesso queste misurazioni della prevalenza di somatizzazioni in migranti afferenti a centri di primary care indica l'estrema rilevanza del problema: i medici devono aspettarsi che un paziente ogni quattro si rivolga a loro lamentando un disturbo percepito sul corpo ma che non ha una base fisiopatologica somatica rintracciabile.

b) non tutti i gruppi di migranti somatizzano allo stesso modo: contrariamente alle aspettative non sono gli asiatici, ma i sud- e centro-americani i soggetti in cui è più frequente una sindrome da somatizzazione (Aragona et al., 2005). Questo dato, che del resto è in linea con quanto rilevato dal succitato studio multicentrico dell'OMS, ci costringe a rivedere alcune nostre opinioni sulle modalità culturali di esprimere la sofferenza e indica la necessità di lavori qualitativi che esplorino le ragioni di questa differente tendenza.

c) un altro dato atteso era una relazione tra bassa scolarità e somatizzazioni, usualmente spiegato con il fatto che chi ha una bassa scolarità ha una maggiore difficoltà a trovare le parole per esprimere la sofferenza sul piano psicologico, e dunque tende con più facilità a esprimerla attraverso il corpo. Anche qui i dati di Letteratura sui migranti tendono a smentire questa aspettativa, non essendo stata riscontrata una correlazione significativa tra scolarità e somatizzazioni (Martinelli et al., 2008).

d) infine, la Letteratura sui pazienti occidentali è sempre stata concorde sull'evidenza che le donne somatizzano più degli uomini, ma non è mai riuscita a dare un'interpretazione chiara del perché ciò succeda, le interpretazioni oscillando da motivi biologici (le donne somatizzano di più per come sono fatte geneticamente) a motivi biologico-esperenziali (le esperienze legate al genere, come mestruazioni e gravidanza, darebbero loro una diversa sensibilità ai messaggi corporei) a motivi più culturali (il loro ruolo sociale, la loro modalità di entrare in relazione col medico, etc.). Le ricerche sui migranti hanno recentemente consentito di iniziare a chiarire questa relazione (Aragona et al., 2008), perché se è vero che in generale anche nel caso dei migranti le donne somatizzano più degli uomini, ciò varia nei vari gruppi etnici in quanto solo nei caucasici e nei sud/centro americani le donne somatizzano più degli uomini, mentre questa differenza di genere non appare rilevabile in africani e asiatici. Inoltre, dalla stessa ricerca è emerso che non solo cambia la tendenza a somatizzare a seconda del gruppo di appartenenza, ma anche che in gruppi diversi varia anche il modo di esprimere la somatizzazione (ovvero il tipo di sintomi somatici più frequentemente riportati). Nel complesso questi dati indicano che non è l'essere donna in sé, ma l'essere donna in un certo gruppo geografico-etnico-culturale che influenza la frequenza e il tipo di somatizzazioni, permettendo di escludere le precedenti ipotesi biologiche.

Conclusioni

Dai dati discussi sul rapporto tra somatizzazioni e immigrati in primary care emerge che le sindromi da somatizzazione rappresentano una vera e propria sfida per la medicina di base in ambito transculturale. Infatti, come si è visto non si tratta di un'evenienza rara, ma di una problematica che riguarda un quarto dei soggetti che si rivolge al medico di base in servizi dedicati ai migranti. Considerando le difficoltà che queste situazioni pongono al medico a livello sia diagnostico che di gestione clinica (con i discussi problemi di cronicizzazione, iatrogenia, utilizzo improprio dei servizi con conseguente dissipazione di risorse importanti), appare necessario sottolinearne l'importanza. Dai dati sopra discussi emerge non solo la

frequenza, ma anche alcune indicazioni su cosa il medico può aspettarsi (ad es. una maggior frequenza tra donne sud/centro americane). Questi dati erano necessari per costituire la base verificabile su cui porre e discutere il problema, ma ulteriori studi sono necessari per valutare scientificamente quale tipo di gestione clinica possa essere più efficace. Da un lato, infatti, l'integrazione tra medico di base e psichiatra/psicologo culturalmente orientato appare una necessità per rendere possibile una adeguata gestione di questi casi al contempo difficili e molto frequenti. Dall'altro lato vista la loro elevatissima frequenza è impensabile che tutto ciò possa essere fatto con équipes in cui lo psichiatra/psicologo sia sempre compresente in ambulatorio con il medico, per cui occorre riflettere su come strutturare percorsi di informazione/formazione reciproca tra consulente psichiatra/psicologo e medico di primary care, al fine di attuare percorsi condivisi ed efficaci di gestione clinica di queste problematiche.

Bibliografia

Aragona M, Colosimo F. Le sindromi da somatizzazione in un ambulatorio di medicina generale per gli immigrati, in Italia. I: Dati epidemiologici e psicopatologia clinica. *Psichiatria e Territorio* 2000;17:1-6.

Aragona M, Tarsitani L, Colosimo F, Martinelli B, Raad H, Malsano B, Geraci S. Somatization in primary care: a comparative survey of immigrants from various ethnic groups. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 2005;35:241-248.

Aragona M, Monteduro MD, Colosimo F, Maisano B, Geraci S. Effect of Gender And Marital Status on Somatization Symptoms of Immigrants From Various Ethnic Groups Attending a Primary Care Service. *German Journal of Psychiatry* 2008;11:64-72.

Canino IA, Rubio-Stipec M, Canino G, Escobar JI. Functional somatic symptoms: a cross-ethnic comparison. *American Journal of Orthopsychiatry* 1992;62:605-612.

Farooq S, Gahir MS, Okyere E, Sheikh AJ, Oyeboode F. Somatization: a transcultural study. *Journal of Psychosomatic Research* 1995;39:883-888.

Gureje O, Simon GE, Ustun TB, Goldberg DP. Somatization in cross-cultural perspective: a world health organization study in primary care. *American Journal of Psychiatry* 1997;154:989-995.

Gureje O. What can we learn from a cross-national study of somatic distress? *Journal of Psychosomatic Research* 2004;56:409-412.

Kirmayer LJ, Gaulbaud du Fort G, Young A, Weinfeld M, Lasry JC. Utilization of mental health services for psychological distress by immigrants. Paper presented at the Annual Meeting of the Canadian Academy for Psychiatric Epidemiology, Quebec City. 1996.

Kirmayer LJ. Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: implications for diagnosis and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry* 2001;62(suppl.13):22-28.

Leff JP. *Psychiatry around the globe: a transcultural view*, Second Edition. London: Gaskell, 1988.

Lipowski ZJ. Somatization: the concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry* 1988;145:1358-1368.

Martinelli B, Raad H, Colosimo F, Aragona M, Tarsitani L, Bindi L, Maisano B, Geraci S. Le somatizzazioni in un ambulatorio di Medicina Generale per immigrati. *Quaderni Italiani di Psichiatria* 2008;XXVII:4-10.

Pertíñez Mena J, Viladàs Jené L, Clusa Gironella T, Menacho Pascual I, Nadal Gurpegui S, Muns Solé M. Estudio descriptivo de trastornos mentales en minorías étnicas residentes en un área urbana de Barcelona. *Atención Primaria* 2002;29:6-13.

Un camper per i diritti. Un servizio socio-sanitario itinerante per i migranti. I casi di Roma e Firenze

A. Barbieri, A. Bassetti, G. Benedetti, P. Dirindelli, C. Francini, V. Manganozzi, I. Moscardini, R. Petri, M.A. Tavoso

Medici per i diritti umani

Introduzione

Medici per i Diritti Umani (MEDU), associazione di solidarietà internazionale, si propone di portare assistenza sanitaria alle popolazioni vulnerabili sia in Italia che all'estero ed ha come obiettivo la tutela dei diritti umani e del diritto alla salute in particolare. Il nostro lavoro si basa su una rigorosa raccolta e catalogazione dei dati che riscontriamo sul campo, dalla quale consegue una azione di testimonianza del lavoro svolto e di eventuale denuncia della violazione dei diritti.

Dal 2004 nel contesto italiano MEDU ha deciso di confrontarsi con il fenomeno immigrazione, strutturando tra gli altri il progetto *Un Camper per i diritti* – servizio socio sanitario itinerante -, che si propone di prestare attenzione alla popolazione dei senza fissa dimora, per la maggior parte costituita proprio da cittadini stranieri.

L'Italia, con circa 4 milioni di cittadini stranieri comunitari e non, regolarmente presenti alla fine del 2007 si colloca tra i primi paesi di immigrazione dell'Unione Europea.

Da sottolineare negli ultimi anni (2007/2008) l'importanza della presenza rumena in Italia, a seguito dell'entrata della Romania nella comunità europea a partire dal 2007. Si stima che nel 2008 la comunità rumena in Italia sia rappresentata da circa 1 milione di persone regolarmente presenti, con 200.000 presenze nella sola regione Lazio e 80.000 presenze in Toscana¹. Anche il numero dei richiedenti asilo ha subito un forte incremento in Italia, passando da 9.346 a 26.898 dal 2005 al 2008.

Nel biennio 2007-2008 MEDU ha operato in due contesti differenti. A Roma, l'unità mobile ha operato prevalentemente nella zona della stazione Ostiense. A Firenze, l'unità mobile è intervenuta in alcune zone critiche dell'area urbana.

Metodologia

Gli operatori del progetto *Un Camper per i diritti* si propongono di svolgere un ruolo di "ponte" tra i servizi sanitari pubblici e coloro che, per varie ragioni, vivono nelle nostre città l'emarginazione sociale e l'esclusione dall'accesso alle cure. Un'equipe di medici, psicologi ed operatori di strada volontari opera all'interno di un'unità mobile (un camper attrezzato ad ambulatorio itinerante) offrendo alle persone senza fissa dimora alcuni servizi prioritari:

prima assistenza sanitaria;

informazione sul diritto alla salute;

orientamento all'accesso ai servizi sanitari pubblici ed alle strutture di accoglienza del territorio, con eventuale accompagnamento in caso di particolare necessità;

raccolta dati e sorveglianza epidemiologica attraverso l'utilizzo di strumenti quali:

a) questionario socio-sanitario somministrato agli abitanti dell'insediamento contenente notizie riguardanti i dati anagrafici, il percorso migratorio e l'accesso alle cure;

b) scheda clinica redatta in occasione degli interventi sanitari (anamnesi, sospetto diagnostico, interventi terapeutici, referenza ai servizi pubblici);

c) mappa epidemiologica dell'insediamento (censo della popolazione, situazione abitativa, localizzazione dei pazienti a rischio e accesso ai servizi fondamentali).

L'attività del Camper si svolge in coordinamento con i responsabili del sistema sanitario

¹ Caritas/migrantes. Immigrazione, dossier statistico 2008, XVIII rapporto

regionale e dei servizi territoriali, per stipulare gli opportuni protocolli di intesa. L'Unità mobile di strada è concepita come un servizio di prossimità a bassa soglia. L'equipe dell'unità mobile, instaura un rapporto di fiducia con i beneficiari attraverso la presenza costante sul territorio e la risoluzione di problemi medici immediati (medicazioni, cure di base, consulenze). Molto spesso il semplice ascolto, come modalità di sostegno psicologico, riveste una notevole importanza per la costruzione di un sub-strato di fiducia, e il riavvicinamento alle strutture sanitarie.

Le criticità normative

Relativamente ai cittadini di paesi non appartenenti all'Unione Europea privi di autorizzazione al soggiorno, la normativa in tema di salute e le relative procedure di accesso risultano sufficientemente chiare e definite, pur se variabili in dipendenza del contesto regionale in cui si agisce². Le maggiori criticità sono state invece riscontrate in relazione alla stragrande maggioranza dei nostri utenti: i cittadini neocomunitari e gli stranieri titolari di permesso di soggiorno per richiesta asilo, per status di rifugiato, per protezione sussidiaria o per motivi umanitari (RARU).

Per questi ultimi è prevista in linea teorica l'iscrizione obbligatoria e gratuita al sistema sanitario nazionale (SSN), che permette di ottenere la tessera sanitaria con indicazione del medico di base, le cure ambulatoriali e specialistiche nonché i ricoveri in ospedale. Il problema si è posto in particolare con coloro che hanno presentato richiesta di asilo oppure ottenuto il permesso di soggiorno da una Questura di una città diversa da quella in cui attualmente si trovano. Per l'iscrizione alla Asl locale, infatti, occorre l'indicazione nel permesso di soggiorno (oppure la concessione della residenza o l'indicazione del domicilio attestati attraverso un timbro della Questura locale) di un indirizzo compreso nel territorio di competenza della Asl. Tale requisito non risulta di fatto possibile per queste persone poiché, essendo sistemate in luoghi di fortuna o all'interno di edifici occupati abusivamente, l'amministrazione comunale non concede la residenza e la Questura non accetta la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà per il domicilio. Conseguenza è quella di trovarsi privi di un medico di base e destinatari di un'assistenza offerta alle medesime condizioni degli stranieri c.d. irregolari.

Il secondo caso è quello dei cittadini rumeni e bulgari, recentemente divenuti cittadini dell'Unione europea e quindi ad essi parificati nel diritto all'accesso al SSN. Nel caso di soggiorno sul territorio superiore ai tre mesi è per loro possibile l'iscrizione al SSN solo in presenza di un'attività lavorativa autonoma o subordinata, dell'iscrizione alle liste di collocamento o ad un corso di formazione professionale o del possesso di uno dei formulari comunitari che attestano l'assunzione del carico dell'assistenza sanitaria da parte del proprio paese di origine³. In assenza di tali requisiti e salve le ipotesi di possesso del tesserino STP rilasciato prima del 31 dicembre 2006, sono garantite solamente le cure urgenti ed indifferibili. Nel corso del 2007 i cittadini neocomunitari privi di iscrizione al SSN hanno avuto accesso gratuitamente solo ai servizi di pronto soccorso, a pagamento le prestazioni relative al controllo prenatale, parto, interruzione volontaria di gravidanza⁴, salute del minore, servizi di

2 In Toscana, per esempio, la Regione ha deciso di garantire l'assistenza sanitaria di base anche agli stranieri irregolarmente presenti, mediante l'accesso agli ambulatori STP oppure mediante l'accesso diretto ai medici di base, che vengono rimborsati per singola prestazione (vedi PSR 2008-2010 e Accordo Regione Toscana-Medici di Base anno 2003).

3 Nota informative Ministero della Salute 3 agosto 2007 (E106, E109 – o E37 –, E120, E121 – o E33 –, es. pensionati o studenti).

4 Le donne in stato di gravidanza che non risultano assicurate presso uno Stato comunitario (e che non sono iscritte al SSN) dovranno presentare o un'assicurazione privata o pagare direttamente le prestazioni. Per quanto concerne l'interruzione volontaria di gravidanza, questa prestazione deve considerarsi a totale carico dell'assistita, a meno che l'interruzione di gravidanza sia ritenuta una prestazione medicalmente necessaria; nel qual caso, se l'interessata è fornita di un idoneo attestato di diritto rilasciato dall'istituzione competente del proprio Paese di provenienza la prestazione è gratuita (salvo eventuale previsione di ticket). Fonte: Circolare Ministeriale del 3 Agosto 2007.

medicina di base e di secondo livello. E' con la Circolare Ministeriale del 19 febbraio 2008 che tra le prestazioni sanitarie indifferibili ed urgenti garantite gratuitamente dal SSN sono state inserite la tutela della salute dei minori, la tutela della maternità, l'interruzione volontaria di gravidanza e le prestazioni di salute pubblica. Nel contesto toscano la Regione ha provveduto, con due successive Delibere dell'ottobre 2007 e del marzo 2008⁵, a stabilire che, l'accesso ai servizi avvenisse comunque con le modalità previste per i cittadini stranieri privi di permesso di soggiorno e quindi con la assegnazione di un codice STP.

Risultati

In un periodo di 24 mesi (2007-2008), le unità mobili di Firenze e Roma hanno effettuato 148 uscite eseguendo 1191 visite su 896 pazienti e fornendo informazioni e orientamento ad oltre 2000 persone.

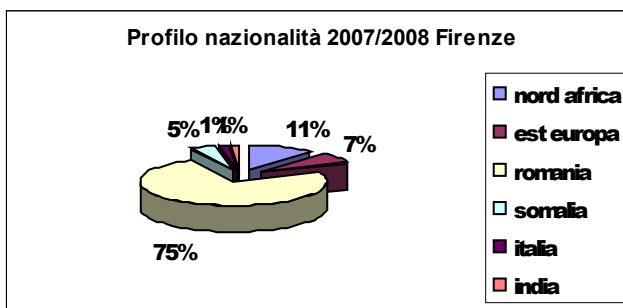
Nazionalità

A Firenze, nella zona della stazione SMN, delle Piagge/Osmannoro, sono state effettuate 579 visite su 408 pazienti: 215 maschi (53%) e 193 femmine (47%). Il 75% dei pazienti è di nazionalità romena, l'11% proviene dal nord africa, il 7% dall'Europa dell'Est (esclusa la romania), il 5% dalla Somalia (Fig. 1a).

Il profilo delle nazionalità differisce a seconda dell'area d'intervento. Gli insediamenti delle Piagge/Osmannoro sono occupati esclusivamente da una popolazione costituita da rom provenienti dalla Romania. Presso la stazione SMN accanto alla maggioranza romena sono presenti anche cittadini provenienti dal Nord Africa e da altri paesi dell'Est Europa.

A Roma sono state effettuate 612 visite presso la stazione Ostiense e visitati 488 pazienti la maggioranza dei quali di sesso maschile (99%). Il profilo delle nazionalità evidenzia un'assoluta prevalenza della nazionalità afgana (Fig 1b).

Fig. 1a



5

Delibera Giunta regionale n.717 del 15/10/2007 e Delibera Giunta regionale n.152 del 03/03/2008

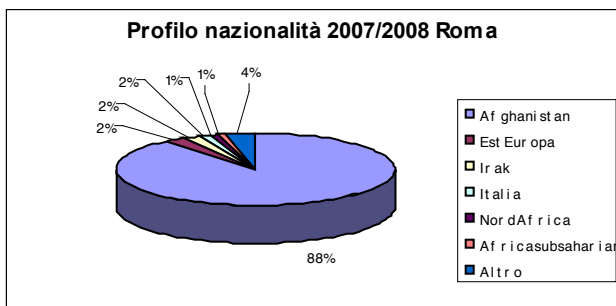


Fig. 1b

Fasce di età

Circa il 15% dei pazienti visitati a Firenze si è dichiarato minore di 18 anni.

La fascia di età più rappresentata (45%) è quella tra 31-50 anni e il 34% dei pazienti ha dichiarato un'età compresa tra 18-30 anni. Solo il 5% dei pazienti ha un'età maggiore di 50 anni (Fig.2a). Il gruppo dei profughi Somali riferisce un'età adulta e sono rappresentate solo le due fasce di età comprese tra 18-30 anni e 31-50 anni.

Nelle visite effettuate a Roma i pazienti che si sono dichiarati minori sono stati il 25,60% (tutti di nazionalità afgana). La fascia di età più rappresentata (63,8%) è quella tra 18-30 anni e il 9,04%, ha un'età compresa tra 30-50 anni. Solo l'1,56% ha un'età maggiore di 50 anni (Fig.2b).

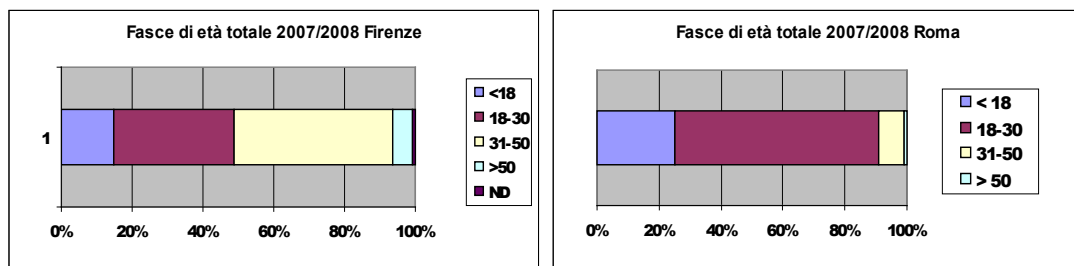


Fig.2a e Fig.2b

Status giuridico/Copertura sanitaria

A Firenze la quasi totalità dei cittadini neocomunitari visitati non possiede i requisiti necessari per accedere alle cure e al servizio sanitario pubblico. I dati raccolti riguardo la copertura sanitaria si riferiscono al solo 2008 in cui è stata valida la delibera regionale che ha permesso ai neocomunitari di fare la tessera STP. Nella zona Piagge/Osmannoro, sono state effettuate 365 visite e sono stati visitati 190 pazienti. Il 95% dei pazienti non aveva la tessera STP al momento della prima visita e nessuno risultava iscritto al SSN.

Il 39% dei pazienti ha ricevuto più di una visita e di questi almeno il 38% ha fatto la tessera STP (Fig.3). Il 10,8% dei pazienti non ha potuto fare la tessera STP perché visitati tra Gennaio e Febbraio 2008 quando ancora non era in vigore la delibera regionale.

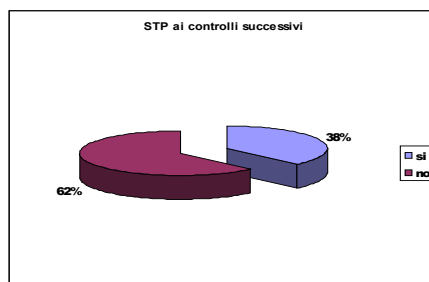


Fig.3

Tutti i pazienti provenienti dalla Somalia hanno lo status di rifugiato: il 21% per asilo politico, il 58% per motivi umanitari, il 16% per protezione sussidiaria, il 5% nd. Di questi, il 21% ha fatto l'iscrizione al SSN (Fig.4a).

A Roma la maggior parte dei pazienti visitati sono profughi afgani. Per un certo numero di essi (370) è stato rilevato lo status giuridico: il 10,3% è risultato richiedente asilo, il 17,8% è titolare di un permesso di soggiorno per protezione sussidiaria o per motivi umanitari, il 2,4% ha lo status di rifugiato, il 3,8% ha un avviso di espulsione, il 65,7% non ha ancora effettuato la richiesta di asilo politico (Fig.4b). La maggior parte dei profughi afgani e iracheni intervistati ha dichiarato di voler rimanere in Italia (60%), il 38% ha dichiarato di essere in transito verso i paesi del nord Europa mentre solo una minoranza (2%) ha espresso indecisione circa la propria futura destinazione. Al momento della prima visita solo il 12% del totale dei pazienti era in possesso dei documenti cui avrebbe avuto diritto per ricevere assistenza sanitaria (Fig.5a). Per quanto riguarda i RARU solo il 23% di essi era iscritto al SSN al momento della prima visita (Fig.5b). Il 95% dei pazienti non iscritti ha dichiarato di non essere al corrente di avere diritto all'iscrizione gratuita al SSN.

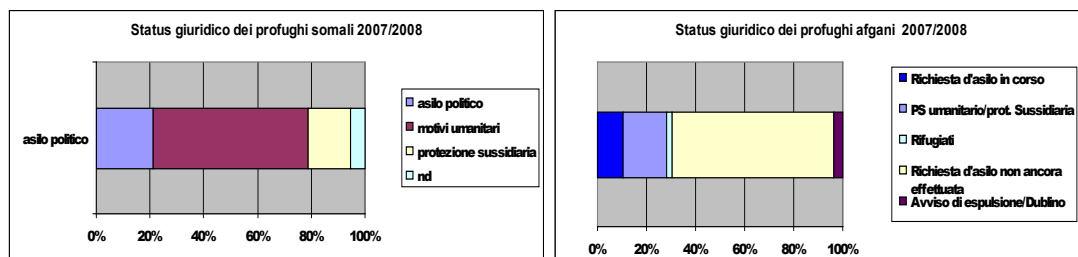
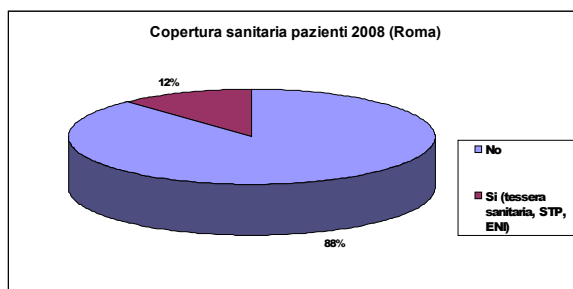


Fig.4a e Fig.4b

Fig.5^a

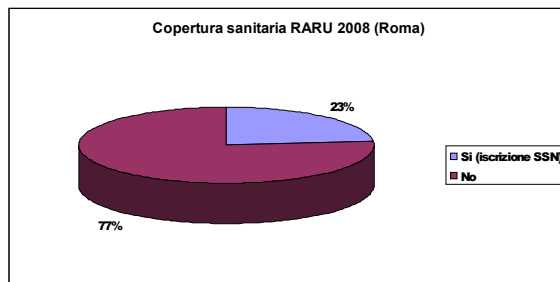


Fig.5b

Tempo di permanenza in Italia al momento della visita/Periodo trascorso in Italia

Riferisce di essere in Italia da meno di 1 mese il 41% dei pazienti visitati a Firenze e il 64% dei pazienti a Roma; tra 1 e 6 mesi il 36% a Firenze e il 22% a Roma; da più di 6 mesi il 23% a Firenze e il 14% a Roma (Fig.6a).

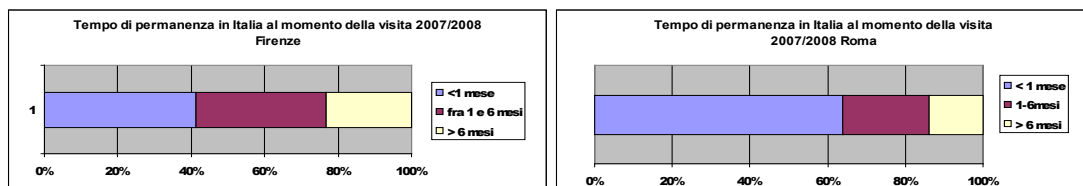


Fig.6a e Fig.6b

Invio e/o accompagnamento ai servizi pubblici

Questo dato è disponibile solo per l'attività svolta a Firenze.

Riguardo ai pazienti neocomunitari il 45,3% dei pazienti visitati è stato indirizzato al servizio pubblico per fare la tessera STP. L'8,8% è stato inviato presso l'ambulatorio plurispecialistico Centro Stenone della Caritas di Firenze. Il 6,7% al consultorio ostetrico-ginecologico. L'1,2% al pronto soccorso.

In totale per tutti i pazienti visitati sono stati effettuati 45 accompagnamenti ai servizi pubblici da parte degli operatori.

Patologie

I principali sospetti diagnostici riscontrati sono stati classificati secondo l'ICD9 CM.

A Firenze le patologie dell'apparato respiratorio e di quello digerente rappresentano insieme il 32,9%. Il 45% delle patologie dell'apparato digerente sono a carico del cavo orale. Subito dietro ci sono le malattie del sistema genito-urinario (11,4%) e quelle del sistema osteomuscolare (11,1%). L'8,4% sono malattie del sistema nervoso e organi di senso e il 4,8% traumi. Solo il 3,3% delle patologie è rappresentato da malattie infettive. I disturbi psichici sono il 2,3%. Il 16,6% delle donne visitate è risultato essere in gravidanza. (Fig. 7a)

A Roma nel campione esaminato i principali sospetti diagnostici riguardano le malattie dell'apparato respiratorio (26,4%). Dietro troviamo le malattie della cute e del tessuto sottocutaneo (15,3%) e quelle dell'apparato digerente (14,9%). L'11,8% sono malattie osteomuscolari il 7,3% traumi. Solo il 7,1% è da riferirsi alle malattie infettive. I disturbi psichici sono l'1,8% (Fig. 7b).

Nel 13% dei traumi sono state riscontrate ferite superficiali e contusioni (o postumi di esse) riferite in anamnesi a maltrattamenti subiti dai profughi afgani durante il viaggio ed in particolar modo in Grecia.

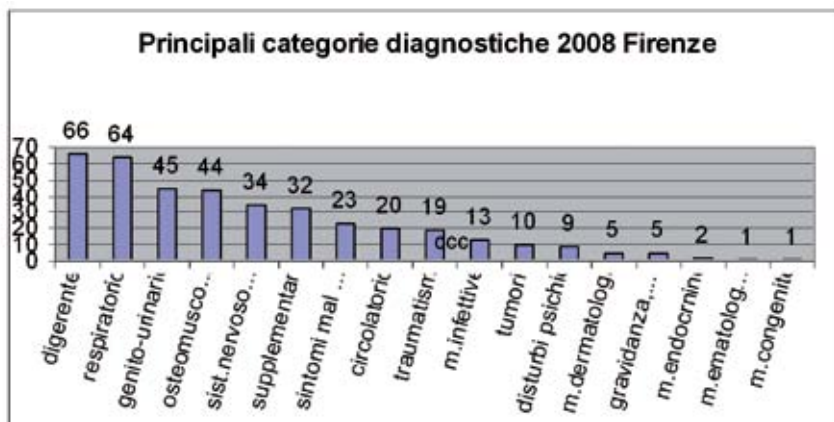


Fig.7a

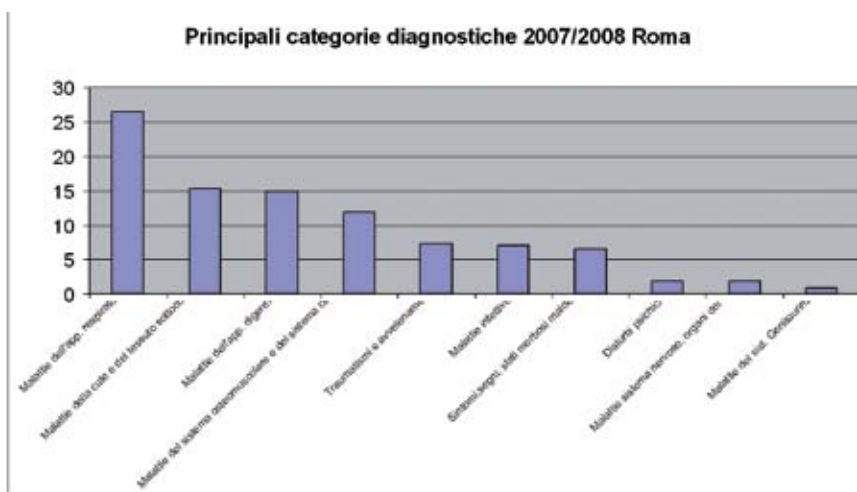


Fig.7b

Condizione abitativa

Nel biennio 2007/2008 a Firenze l'unità mobile ha operato in zone differenti: la stazione SMN, le Piagge, l'Osmannoro e la sede degli ex uffici amministrativi dell'Ospedale Meyer. La stazione SMN è un'area dove circa 50 persone dormono "a cielo aperto" in giacigli improvvisati, in precarie condizioni igienico sanitarie, senza possibilità di accesso ai servizi primari. Le Piagge sono sede di insediamenti quali baracche, palafitte, case abbandonate senza acqua né luce che ospitano un numero variabile di cittadini rumeni. Nella fabbrica dismessa dell'Osmannoro, vivono più di cento persone affollate in ripari di fortuna senza possibilità di accesso ad acqua, servizi igienici e smaltimento dei rifiuti. Le baracche sono costruite accanto a cumuli di spazzatura, che ospitano, ratti e animali randagi. La sede degli ex locali del Meyer è una struttura con un servizio igienico, disponibilità di acqua corrente e luce elettrica, anche se gli spazi sono insufficienti e inadeguati per ospitare i circa 50 profughi somali.

A Roma il 95% dei pazienti riferisce di essere senza dimora, il 3% di vivere in una casa e il 2% di avere trovato sistemazione in un centro di accoglienza (Fig.8a). I RARU senza dimora risultano essere il 91% (Fig.8b). La maggior parte dei pazienti visitati pernotta sulla strada e in giacigli di fortuna accanto ai rifiuti in prossimità della stazione Ostiense senza poter disporre

di alcun tipo di servizio essenziale (acqua potabile, servizi igienici).

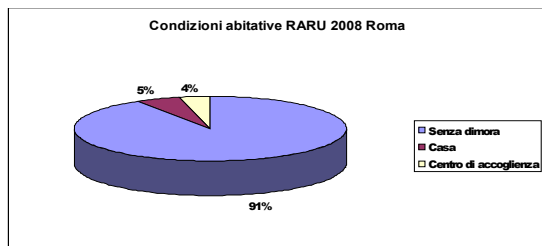
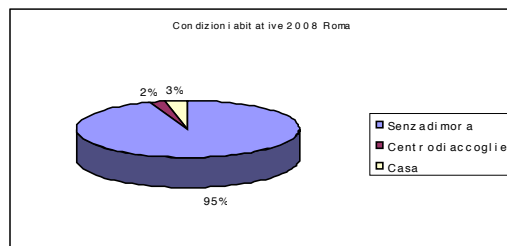


Fig.8a



e Fig.8b

Discussioni e conclusioni

In tutti i contesti in cui l'unità mobile di MEDU ha operato è venuta in contatto con gruppi ben caratterizzati di migranti, non solo per quanto riguarda l'accesso alle cure ma anche per problemi legati allo status giuridico e ai determinanti di salute relativi alla condizione socio-economica quali lo stato abitativo, l'emarginazione sociale e la povertà.

Per i RARU l'accesso ai servizi sanitari è risultato infatti essere un diritto garantito solo sulla carta. Tutti i richiedenti asilo e la grande maggioranza dei profughi titolari di permessi "umanitari" risultavano essere non iscritti al SSN come sarebbe stato invece loro diritto. In base alle testimonianze ciò sembra essere dovuto essenzialmente al fatto che i profughi non ricevono un'adeguata informazione sia al momento della presentazione della domanda sia in seguito. Si ricorda a questo proposito che è un preciso diritto dei richiedenti asilo essere informati, in una lingua a loro comprensibile, circa la possibilità e le modalità di ricevere assistenza sanitaria.⁶⁷

A riguardo dei cittadini neocomunitari, la loro condizione di accesso alla salute è risultata essere paradossalmente peggiore rispetto alla generalità dei cittadini stranieri irregolarmente soggiornanti sul nostro territorio. Hanno potuto usufruire delle cure "essenziali ancorché continuative"⁶⁸ e dei programmi di medicina preventiva solo in alcuni periodi del biennio 2007/2008.

Le condizioni abitative ed igienico sanitarie della popolazione assistita sono estremamente critiche e causa dell'assoluta maggioranza dei sospetti diagnostici riscontrati nei pazienti. In linea con altri dati pubblicati a livello nazionale riguardo alla salute degli immigrati, le patologie più frequentemente riscontrate sono quelle comuni a carico dell'apparato respiratorio (tracheiti, bronchiti) e digerente (gastriti, colonpatie), legate oltre che alle condizioni di indigenza anche all'età più giovane di quella italiana. Si riscontra anche un'elevata percentuale di traumatismi a causa delle condizioni precarie sia abitative che lavorative e il ricorso alle strutture sanitarie pubbliche per eventi fisiologici come gravidanza e parto. Le malattie infettive hanno una bassa frequenza e sono da mettere in relazione alle dure condizioni di vita che gli immigrati si trovano ad affrontare al momento del loro arrivo più che con il loro paese di origine.

Si comprende come il profilo di salute della popolazione osservata sia condizionato da molteplici fattori i cosiddetti "determinanti sociali della salute": il percorso migratorio, la capacità di accoglienza della società dalla quale dipende lo status giuridico, il lavoro e il reddito, l'habitat e il grado di accessibilità e fruibilità dei servizi socio-sanitari. Inoltre la

6 Art. 6, direttiva 2003/9/CE

7 Il regolamento 303/2004 ed il D.Lgs. 140/2005 prevedono tra l'altro che la Questura che riceve la domanda di asilo provveda all'informazione sulle condizioni di accoglienza tramite la consegna di un opuscolo informativo predisposto dalla Commissione nazionale per il diritto di asilo entro 15 giorni dalla presentazione dell'istanza di asilo. In tale opuscolo sono illustrati le fasi della procedura, i diritti e i doveri dei richiedenti asilo, l'indirizzo dell'Acnure dei principali enti di tutela, le modalità di accesso ad altri servizi utili.

8 Art.35, comma3, T.U. sull'Immigrazione D.lgs.286/98.

popolazione dei profughi Afgani e Somali fugge da situazioni di violenza e persecuzione nel proprio paese, e si trova ad affrontare un lungo viaggio, pericoloso e debilitante per arrivare in Europa con conseguenze negative sia sul piano fisico sia su quello psicologico.

Crisi di appartenenza nei bambini immigrati: stralci di esperienze raccolte dagli operatori dell'Ambulatorio per il bambino immigrato e adottato dell'Ospedale Meyer di Firenze

R. Martin, N. Battaglia; L. Bianchi; L. Galli; G. Veneruso.

Dipartimento di Pediatria dell'Università - Clinica Pediatrica 1 - U.O. Malattie Infettive

Ospedale Pediatrico Anna Meyer- Firenze

Nel corso degli ultimi anni il fenomeno migratorio dai Paesi in via di sviluppo verso l'Italia da provvisorio e precario si è trasformato in regolare e stabile, si sono formate nuove famiglie con un notevole incremento sia del numero dei nati in Italia da genitori immigrati sia di minori giunti per ricongiungimento familiare. Dal dossier Caritas 2008 emerge che sono stati 63.000 i nati in Italia da entrambi i genitori stranieri nel 2007, altri 10.000 sono nati da coppie miste e che 32.000 minori sono entrati in Italia per ricongiungimento familiare. A questi bisogna aggiungere i bambini adottati con adozione internazionale, dal 2001 al 2007 sono stati in tutta Italia oltre 16mila, la Toscana è terza per numero di adozioni internazionali dopo Lombardia e Veneto, nello stesso periodo sono state 1451.

Il Servizio per il bambino immigrato dell'Ospedale Meyer di Firenze è iniziato nell'ambito dell'ambulatorio di Malattie Infettive nel 1998, dedicando uno spazio "culturale" e "strutturale" in particolare al bambino adottato dall'estero e successivamente ha ampliato i suoi confini a tutti i bambini immigrati che al momento dell'ingresso in Italia necessitavano di una valutazione medica.

In questi anni di attività oltre mille e trecento bambini adottati e più di 400 immigrati sono stati sottoposti a screening al momento dell'ingresso in Italia. Sempre più numerosi sono i segnali di disagio che emergono in questi bambini anche solo attraverso uno screening iniziale, non sono malati, ma portano con sé frammenti di identità frantumata senza riuscire armoniosamente a comporre il "qua" e il "là" che spesso diventano realtà antagoniste.

Spesso, anzi troppo spesso, ci troviamo dinnanzi a complicate dinamiche famigliari all'interno delle quali c'è un bambino sofferente e con esso tutta la sua famiglia. Le esperienze di maggiore problematicità riguardano i bambini che si ricongiungono alla madre o alla coppia genitoriale dopo circa cinque anni di separazione subita e bambini adottati in una fascia d'età che va dai sette anni in poi. Sembrano situazioni differenti ma ad un'analisi più attenta non possono non evidenziarsi alcune similitudini. Il bambino che si ricongiunge alla madre o alla coppia genitoriale, spesso si deve confrontare con una realtà che è ben diversa da quella immagine idealizzata che si era costruito, alcuni bambini descrivono la delusione di dover vivere in una sola stanza tutti insieme, di non poter uscire da soli a giocare, non vedere quasi mai le loro figure di riferimento in quanto spesso impegnate per troppo tempo al lavoro, sperimentando un senso di solitudine e abbandono che supera a volte quello vissuto a causa della separazione forzata dai genitori. I genitori d'altro canto pensano che il bambino debba necessariamente essere felice per il solo fatto di essere in un paese che offre più opportunità economiche e che vive con loro. Manca così un vero interesse per le emozioni del ragazzo che se emergono diventano solo complicazioni. Questo è anche il vissuto di alcuni bambini adottati che non traggono giovamento solo dal poter mangiare quando vogliono o cambiare abiti tutti i giorni. I bambini dopo un periodo iniziale di osservazione e stupore, esprimono i primi segnali di sana ribellione che si esprimono in chiusura relazionale e rabbia. Per i bambini adottati in età scolare, spesso le aspettative dei genitori sono eccessive e senza rendersene conto esercitano una pressione di adeguamento ai loro bambini, pressione che comprende anche l'annullamento dei ricordi piacevoli e spiacevoli della loro vita passata. Non ricordare

diventa quasi un bisogno e una necessità per questi bambini che sembrano dover cancellare un passato per far posto ad un presente, la lingua d'origine dei bambini adottati è spesso la prima ad essere rimossa così come i legami che li hanno tenuti in vita psicologicamente. Solo in rari casi si riesce a creare un ponte fra le loro vite, un ponte che dovrebbe coinvolgere tutti, dalla nuova famiglia alla scuola, affinché il bambino si senta accettato per intero. Crediamo che alla base di molte difficoltà ci sia una grande paura di affrontare le emozioni che nei bambini non possono che emergere in modo più diretto, le opposizioni alle regole dei bambini adottati vengono così lette dai genitori come rifiuto del loro ruolo e vengono già stereotipamente interpretate come timore di una personalità antisociale in crescita, senza cogliere che solo un'accettazione ferma e amorevole farà sentire i bambini sicuri di essere voluti per quello che sono e non per quello che dovrebbero essere. Quante prove devono superare questi genitori e quante prove devono superare questi figli per potersi incontrare in un legame che rispetti emozioni e bisogni. Dovremmo ugualmente passare alle famiglie che si ricongiungono una maggiore attenzione ai vissuti dei figli che aiuti così a spezzare quel circolo vizioso che ha coinvolto per primi i genitori vissuti in un probabile deserto affettivo.

Eloisa 13 anni, si ricongiunge alla madre dopo 5 anni di separazione. Il rapporto si dimostra subito conflittuale con un deciso rifiuto ad instaurare una nuova relazione profonda con lei. La ragazza si chiude nel proprio mondo, questo atteggiamento le impedisce di investire affettivamente nelle relazioni con i coetanei e le persone che la circondano.

Alexia ha 12 anni quando raggiunge i genitori in Italia, il rapporto anche in questo caso risulta ambivalente, la ragazza pretende quasi un risarcimento affettivo dalla madre che si è allontanata da lei per tanti anni.

Juan ricongiunto alla madre a 15 anni ricoverato in un reparto di malattie infettive si chiude in un mutismo assoluto rifiutandosi di accettare la malattia e la madre che tenta di farlo curare. Il ragazzo continua a rimanere legato al padre idealizzato, lasciato nel paese di origine, e colpevolizza la madre per averlo trascinato in una realtà a lui ostile.

Anastasia adottata a 12 anni da una coppia italiana mantiene con il passato un vissuto profondo, è ancora affettivamente legata ad un assistente dell'orfanotrofio con la quale aveva sognato una vita familiare, si relaziona con la nuova famiglia esprimendo rabbia e rifiuto.

Il pediatra che ha coltivato negli anni uno spazio mentale per promuovere la salute del bambino straniero non può trascurare questi aspetti relazionali e deve considerare la necessità di attuare percorsi di integrazione con le diverse strutture dedicate all'infanzia e all'adolescenza prime fra tutte la scuola, affinché i suoi pazienti riescano a ricomporre il proprio vissuto frantumato e il disagio non si trasformi in patologia di adattamento.

Nuove emergenze sanitarie nel sud del mondo.

Rilievi personali su obesità, ipertensione arteriosa e diabete mellito in un campione di adulti e anziani residenti a Calcutta e nei villaggi vicini

E. Petrona Baviera, M. Affronti, G. Montalto, L. Aprea, S. Di Rosa**.*

U.O.S. di Medicina dei Viaggi, del Turismo e delle Migrazioni - Direzione Sanitaria

*U.O. Di Medicina Interna ed Epatologia - Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" di Palermo

** U.O.C. di Medicina Interna, Ospedale Villa Sofia, Palermo

Premessa

Questo lavoro nasce da un mio personale interesse nei confronti di quelle aree del mondo più distanti, per cultura oltre che per "geografia", dal nostro Paese.

Numerosi studi effettuati negli ultimi anni mettono in allarme il mondo medico per l'inatteso aumento nei Paesi in via di sviluppo di tutte quelle malattie finora prerogativa dell'occidente, intimamente legate allo stile di vita di un mondo capitalista, urbanizzato, industrializzato.

Si apre un nuovo capitolo nella storia delle migrazioni delle malattie, si delinea adesso lo spostamento delle cosiddette "malattie del benessere" verso quei popoli davvero 'in via di sviluppo' che dallo sviluppo socioeconomico cominciano a trarre vantaggi ma che dello stesso cominciano a subire gli svantaggi, il rovescio della medaglia. (8), (10), (19)

Ho approfondito personalmente questa ricerca in un viaggio-studio, organizzato a Calcutta, durato due mesi (ottobre - dicembre 2007). Questo studio si prefigge lo scopo di valutare la nuova emergenza in India delle malattie 'occidentali': il diabete mellito, l'ipertensione arteriosa e l'obesità, causate dai nuovi stili di vita e a loro volta causa di un possibile aumento di malattie gravi, prevalentemente cardiovascolari.(9)

Le malattie croniche

L'OMS analizza a scadenze regolari le cause di malattia nel mondo (23). Questo lavoro viene fatto in base ai fattori di rischio e alle patologie riscontrate in 14 regioni del mondo(22). Nel mondo occidentale la prima causa di morte è attualmente rappresentata dalle patologie cardiovascolari, nei Paesi in via di sviluppo finora invece hanno prevalso le malattie infettive, con una tale incidenza da risultare al primo posto anche nelle statistiche mondiali. Questo scenario si sta modificando, e l'OMS nel maggio 2008 ha annunciato che le malattie croniche non trasmissibili, come quelle cardiache e l'ictus, sono diventate la principale causa di morte in tutto il mondo. Il passaggio da AIDS, tubercolosi e malaria, le malattie infettive più rappresentate, alle malattie non trasmissibili secondo le statistiche continuerà fino al 2030 (24).

Le malattie croniche non trasmissibili esordiscono nell'età giovanile, richiedendo anche decenni per manifestarsi, ma proprio in virtù della loro lunga durata e della forte relazione con numerosi e modificabili fattori di rischio, danno grandi opportunità di prevenzione.

Principali cause delle malattie croniche

I fattori di rischio delle malattie croniche sono oggi noti. La combinazione di alcuni dei più importanti fra questi si rende responsabile della maggior parte delle malattie croniche. Un'attenzione particolare meritano i fattori di rischio modificabili: (3)

- fumo di sigaretta

E'uno dei principali fattori di rischio per le malattie cardiovascolari, ma anche per molte altre malattie croniche (11), come i tumori e le malattie croniche respiratorie. La prevalenza dell'abitudine al fumo si è andata modificando negli anni (17). Nei Paesi in via di sviluppo il

vizio del fumo continua ad essere una quasi esclusiva prerogativa maschile, ma molto diffuso nella popolazione, e in continuo aumento con l'industrializzazione

- ipertensione arteriosa

condizione clinica che predispone al rischio di sviluppare una malattia, prevalentemente in associazione con coronaropatie e accidenti vascolari cerebrali.

Nel mondo la diffusione dell'ipertensione arteriosa è allarmante, nel 2000 gli ipertesi erano considerati quasi un miliardo, e si prevede un incremento entro il 2025 a un miliardo e mezzo, tre quarti dei quali nei Paesi in via di sviluppo (15)

.Numerosi fattori ambientali, come l'obesità, l'insulinoreistenza, l'eccessiva assunzione di sodio e la scarsa attività fisica, determinano un'alterazione del fisiologico meccanismo di regolazione della pressione arteriosa (2)

- diabete mellito di tipo 2

Il diabete 2 è una malattia caratterizzata dalla resistenza recettoriale all'insulina e dall'inadeguata risposta compensatoria nella secrezione dell'ormone stesso. In termini di rischio coronarico un soggetto diabetico è considerato pari a un soggetto già infartuato. (12)

Il diabete rimane silente per diversi anni, durante i quali un adeguato controllo dello stile di vita può rallentare lo sviluppo della malattia nei soggetti fortemente a rischio. Negli anni futuri si prevede un incremento notevole della prevalenza della malattia diabetica, in Europa e nel mondo intero. Circa 197 milioni di persone nel mondo hanno un'intolleranza glucidica, e il loro numero aumenterà a 420 milioni nel 2025. Studi di popolazione evidenziano che il diabete rimane poco frequente nei paesi che hanno mantenuto i tradizionali stili di vita. Al contrario, alcuni arabi, emigranti asiatici e indiani, che vivono in aree urbane e hanno acquisito abitudini occidentali sono ad alto rischio: in queste popolazioni la prevalenza del diabete varia dal 14 al 20 per cento. Il diabete sta emergendo come problema di salute pubblica e il numero dei diabetici aumenterà da 171 milioni nel 2000 a 366 milioni nel 2030. (24)

- ipercolesterolemia

Innalzamento dei livelli di colesterolo nel sangue, in particolare del colesterolo trasportato dalle lipoproteine a bassa densità, le LDL. Rappresenta un alto rischio soprattutto per lo sviluppo dell'aterosclerosi e di tutte le malattie ad essa connesse (cardiopatía ischemica, ictus, arteriopatie periferiche).

- obesità

Oggi considerata uno dei problemi di salute pubblica più visibile, importante ed attuale e tuttavia ancora trascurato (WHO). È uno dei fattori che contribuisce in maniera sostanziale all'instaurarsi delle malattie croniche non trasmissibili (1), (14) e ha una tale prevalenza da essere considerata una vera e propria epidemia, dalla WHO definita "globesità".

Nei paesi in via di sviluppo le classi a rischio sono quelle economicamente privilegiate, in cui ricchezza e prestigio si traducono in maggiori disponibilità alimentari, (7) nei paesi ricchi e con diffusa abbondanza di cibo le classi sociali più esposte sono quelle a ridotto tenore economico e culturale, meno consapevoli delle problematiche derivanti dall'obesità. (4)

In alcuni di questi Paesi il numero dei sovrappeso sta superando il numero dei sottopeso. Alfonso Siani, ricercatore dell'Istituto di scienze dell'alimentazione di Avellino spiega la relazione tra la componente genetica ereditaria nella patogenesi dell'obesità e la componente ambientale-nutrizionale: *"L'obesità è una malattia multifattoriale in cui la componente genetica contribuisce per circa il 25-30 per cento, ma anche quella ambientale e le abitudini di vita, in particolare alimentari, sono altrettanto importanti. Sovrappeso e obesità sono associati a un rischio molto elevato di sviluppare diabete di tipo 2, ipertensione, infarto del miocardio, ictus cerebrale, osteoartriosi ed alcune forme di cancro"*. Continua Siani *"ha avuto un ruolo particolare quel genotipo 'risparmiatore' che si è andato selezionando nel corso dell'evoluzione umana e che per secoli ha rappresentato un vantaggio, in quanto favoriva le*

persone in grado di utilizzare meglio le risorse alimentari. Con l'aumento della disponibilità di cibo, questo vantaggio selettivo si sta trasformando in uno svantaggio. Le persone con genotipo 'risparmiatore' andranno con maggiore facilità incontro a obesità e malattie associate" (16).

L'inattività fisica e le scorrette abitudini alimentari sono sicuramente fattori rilevanti nella genesi dell'obesità. (13). Spesso a un'alimentazione "quantitativamente" scorretta si associa un'alterazione "qualitativa" della stessa. Per esempio nei Paesi più poveri spesso il consumo di frutta e verdura è estremamente limitato dai costi proibitivi, si fa spesso un abuso di fritture e di alimenti a base di grassi e carboidrati che risultano i meno costosi (7).

Rilevamento dati

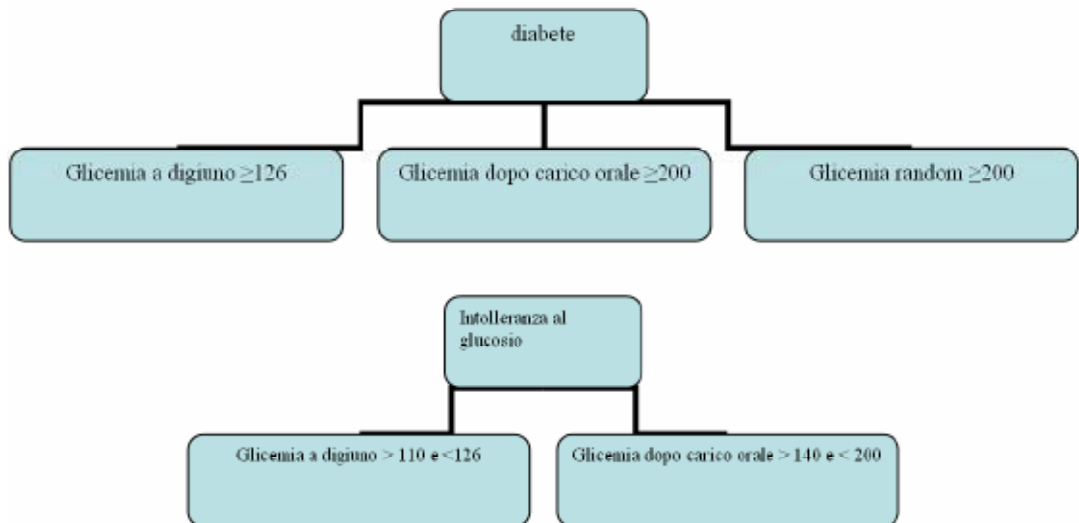
La mia esperienza a Calcutta si è realizzata grazie al "Calcutta Project", in collaborazione con l'IIMS (Institute for Indian Mother and Child). I dati sono stati raccolti in quattro ambulatori distribuiti nell'area rurale a sud di Calcutta, nei villaggi di Teghoria, Ogolkuria, Daki e Chukberia. Lo studio era indirizzato solo ad adulti e anziani per cui non sono stati testati soggetti di età inferiore ai vent'anni. Di ogni persona veniva misurato il peso corporeo, l'altezza, la circonferenza vita, la circonferenza anche, la glicemia e la pressione arteriosa.

Analisi dei dati

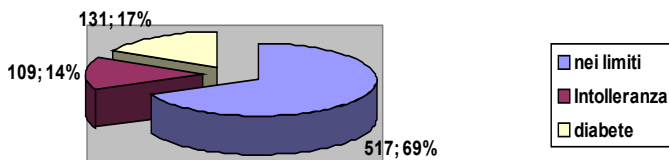
La popolazione testata è risultata costituita da 757 soggetti di età compresa tra i 23 e i 103 anni con una media di 50 anni di età, 409 donne e 348 uomini.

Diabete




Tutti i valori di glicemia sono stati misurati a digiuno. Si sono utilizzate penne pungidito e misuratori della glicemia portatili. Utilizzando i criteri diagnostici esposti in tabella sono risultati normoglicemici 517 soggetti, intolleranti al glucosio 109 soggetti e diabetici 131 soggetti, cioè rispettivamente il 69%, il 14% e il 17% della popolazione.



valori glicemici



Il diabete e l'intolleranza al glucosio sono maggiormente rappresentati nella popolazione femminile:

Sex			
F	127	52,9%	
M	113	47,1%	
Totale	240	100,0%	

Obesità

Per fare diagnosi di obesità si può calcolare l'indice di massa corporea (BMI = peso (in kg) / altezza ² (in m)). L'aumento ponderale però non corrisponde sempre all'accumulo di grasso, il BMI è aumentato anche negli atleti a causa dell'aumento della massa muscolare, o in tutti gli stati patologici caratterizzati da edemi. Esiste un altro parametro che da un'indicazione maggiore del grado di distribuzione del grasso nell'organismo: è l'accumulo del grasso viscerale infatti che svolge un ruolo cruciale nello sviluppo della malattia cardiovascolare, e degli altri disturbi legati all'obesità. L'obesità più pericolosa è quella aneroide, sia che si instauri nell'uomo sia che compaia nella donna. Per calcolare il tipo di obesità si utilizza la circonferenza vita. La popolazione che ho analizzato io a Calcutta presenta però delle caratteristiche fisiche diverse da quelle degli occidentali. Nei 757 soggetti testati il peso medio è 46,3 kg nelle donne e 49,8 kg negli uomini. L'altezza 146,2 cm nelle donne e 157,6 cm negli uomini. E' quindi realmente improbabile, trovare una circonferenza vita che rientri nei canoni di inserimento per l'obesità o la sindrome metabolica. A mio parere perciò è più adeguato in questo caso il calcolo del BMI, nonostante secondo alcuni studi anche questo non sia nella popolazione asiatica tanto fedele quanto in quella europea (6). Un altro indice è il WHR (Waist to Hip Ratio), rapporto tra circonferenza vita e circonferenza anche. Valori superiori a 0,95 nell'uomo e 0,8 nella donna sono indice di obesità androide e delineano soggetti a rischio di malattie cardiovascolari.

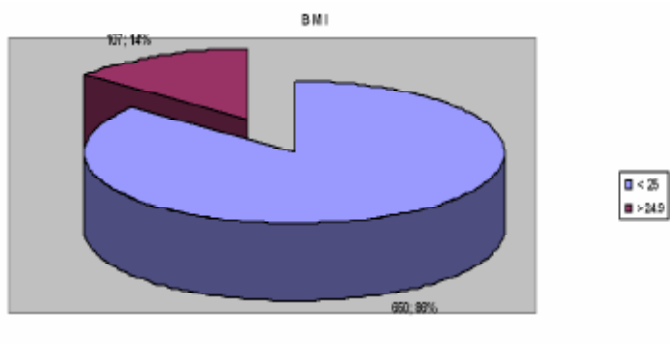
obesità

Primo livello
BMI ≥ 25 e <30

Secondo livello
BMI ≥ 30 e <40

Terzo livello
BMI ≥ 40

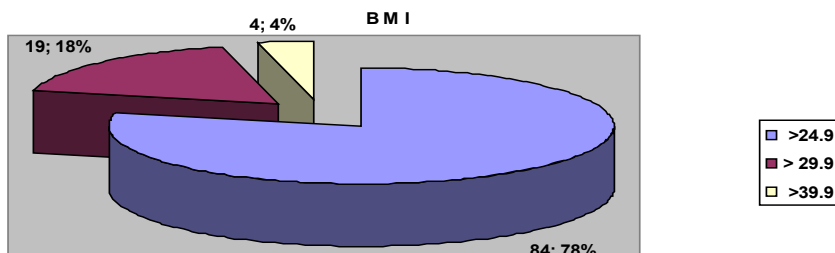
I soggetti con BMI maggiore o uguale a 25 sono risultati 107, il 14% della popolazione.



Ancora una volta sono le donne maggiormente interessate:

Sex	Count	Percentage	Color
F	78	72,9%	Yellow
M	29	27,1%	Light Yellow
Totale	107	100,0%	Orange

I 107 soggetti con valore di BMI superiore a 24,9 sono così distribuiti:



Volendo calcolare l'obesità in base al rapporto vita/anche, e considerando patologici i valori superiori o uguali a 0,85 per le donne e 0,9 per gli uomini, si arriva a un numero di obesi pari a 211 donne su 409 (51,8%) e 129 uomini su 348 (37%).

Associando il valore del BMI al rapporto vita/ fianchi si osserva che tra le donne considerate obese in base al BMI (78 su 409, il 19%) 54 (il 13,2 per cento delle donne, il 69,2% delle obese), risultano con un rapporto vita/fianchi superiore a 0.85, cioè con un'obesità androide, viscerale, la forma più a rischio per complicanze cardiovascolari.

Attuando lo stesso ragionamento per gli uomini otteniamo tra i 29 obesi su 348 uomini testati (8,3 % della popolazione maschile) 21 (il 72%) soggetti con obesità viscerale.

TOTALE SOGGETTI	BMI\geq25	UOMINI	DONNE
757	107 (14%)	29	78

UOMINI CON OBESITA'VISCERALE	21	6% della popolazione maschile
DONNE CON OBESITA'VISCERALE	54	13,2% della popolazione femminile

TOTALE SOGGETTI CON OBESITA'VISCERALE	75	9,9% della popolazione
--	-----------	-------------------------------




La combinazione tra l'indice di massa corporea e il rapporto vita/fianchi mi sembra il criterio più adeguato a una popolazione di razza orientale. Un soggetto che risulti in sovrappeso (o obeso) in base al BMI e abbia un rapporto vita/fianchi al di sopra della norma può essere considerato a rischio per lo sviluppo di malattie cardiovascolari.

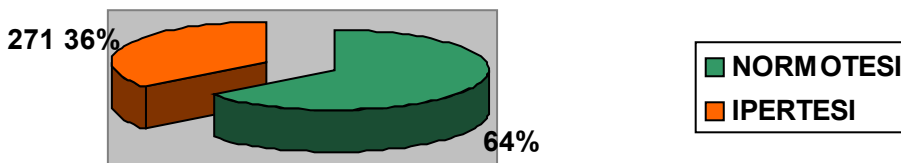
Ipertensione

	sistolica	Diastolica
Pressione arteriosa ottimale	120 mmHg	80 mmHg
Pressione normale	<130 mmHg	<85 mmHg
Preipertensione (normale alta)	Tra 130 e 139 mmHg	Tra 85 e 89 mmHg
Ipertensione grado1 borderline	Tra 140 e 149 mmHg	Tra 90 e 94mmHg
Ipertensione grado 1 lieve	Tra 150 e 159 mmHg	Tra 95 e 99 mmHg
Ipertensione grado 2 moderata	Tra 160 e 179 mmHg	Tra 100 e 109 mmHg
Ipertensione grado 3 grave	\geq 180 mmHg	\geq 110 mmHg
Ipertensione sist. isolata borderline	Tra 140 e 149 mmHg	<90 mmHg
Ipertensione sistolica isolata	\geq 150 mmHg	<90 mmHg

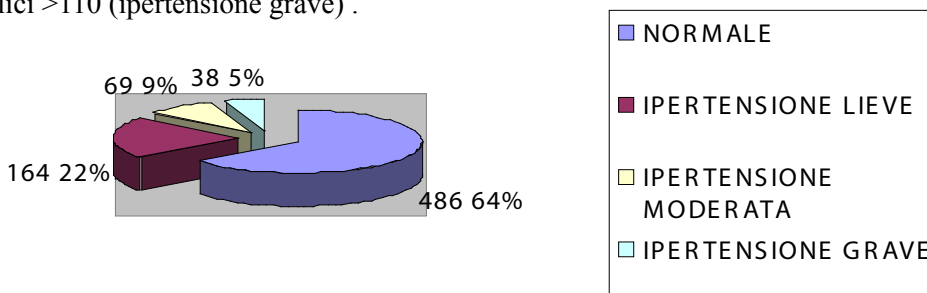
La pressione arteriosa è stata misurata 3 volte in tutti quei soggetti che presentavano una prima rilevazione sopra la norma (sopra 140 mmHg di sistolica e/o 90 mmHg di diastolica). Queste statistiche vengono quindi effettuate sulla media delle tre rilevazioni.

271 sono i soggetti che presentano valori pressori sistolici $>$ 140 e/o diastolici $>$ 90 rappresentando il 35,7 % del campione esaminato; prevale nella frequenza il sesso femminile.

F	147	54,2%	
M	124	45,8%	
Totale	271	100,0%	



Di questi 271 soggetti risultati ipertesi, 164 (il 21,6% della popolazione) hanno un'ipertensione lieve, 69 sono i soggetti con ipertensione moderata e 38 hanno valori sistolici > 180 e/o diastolici > 110 (ipertensione grave) .



Conclusioni

La popolazione analizzata è costituita da 757 soggetti, 409 donne e 348 uomini di età compresa tra i 23 e i 103 anni. I diabetici sono il 14% della popolazione, gli intolleranti al glucosio il 17%. I soggetti obesi, con BMI superiore a 25 sono il 14% della popolazione, e gli ipertesi il 36% della popolazione.

In base ai dati raccolti in questo studio a Calcutta e nelle aree rurali ai confini della città, e in base al numero di soggetti diabetici, intolleranti al glucosio, in sovrappeso, obesi e ipertesi identificati all'interno della popolazione, mi sembra sia il caso di dare credito e prestare attenzione a questo nuovo allarme per la sanità pubblica mondiale (21). L'importanza della divulgazione di questi nuovi fenomeni sanitari nasce dal fatto che si tratta di malattie nuove per certi Paesi del mondo, ma ben conosciute nei nostri Paesi occidentali, soprattutto per quel che riguarda i fattori di rischio ad esse associati (13); Modificare con una giusta educazione lo stile di vita dei popoli in rapido e continuo sviluppo socioeconomico, con particolare riferimento all'alimentazione e all'attività fisica, può significare attuare un importante intervento di prevenzione primaria (5), un'arma per arginare questa pericolosa epidemia di malattie croniche non trasmissibili.

Bibliografia

1. Adams KF, Schatzkin A, Harris TB, Kipnis V, Mouw T, Ballard-Barbash R, et al. Overweight (2006), *obesity, and mortality in a large prospective cohort of persons 50 to 71 years old*. N Engl J Med;355:763-78.
2. Appel LJ, Champagne CM, Harsha DW, et al.(2003) *Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control: main results of the PREMIER clinical trial*. JAMA; 289: 2083-93.
3. Bovet P, Ross AG, Gervasoni JP, Mkamba M, Mtasiwa DM, Lengeler C et al.(2002)

- Distribution of blood pressure, body mass index and smoking habits in the urban population of Dar es Salaam, Tanzania, and associations with socioeconomic status.* International Journal of Epidemiology, 31:240–247.
4. Celentano E, Palmieri L, Galasso R, Poce A, Panico S, Giampaoli S, per i Progetti ATENA e MATISS(1999), *Rischio cardiovascolare e classi sociali: confronto tra popolazioni femminili adulte abitanti aree rurali e urbane.* G Ital Cardiol; 29: 692-7.
 5. De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, et al (2003) *for the Third Joint Task Force of European and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third Joint Task Force of European and other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice.* Eur Heart J; 24: 1601-10.
 6. Deurenberg P, Yap N, van Staveren WA (1998): *Body mass index and percent body fat: a meta analysis among different ethnic groups.* Int J Obes Relat Metab Disord 22,1164-1171
 7. Drewnowski A (2004), *Obesity and the food environment: dietary energy density and diet costs.* American Journal of Preventive Medicine, 27(3 Suppl.):154–162.
 8. Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL, eds (2004) *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors.* Geneva, World Health Organization
 9. Ezzati M, Vander Hoorn S, Lawes CM, Leach R, James WP, Lopez AD et al.(2005) *Rethinking the “diseases of affluence” paradigm: global patterns of nutritional risks in relation to economic development.* PLoS Medicine, 2(5):e133.
 10. Gerber LM, Crews DE (1999), *Evolutionary perspectives on chronic degenerative diseases.* In: Trevathan WR, Smith EO, JJ McKenna JJ. (Eds). Evolutionary Medicine. Oxford U Press, p. 443-469
 11. Giampaoli S, Palmieri L, Dima F, Pilotto L, Vescio MF, Vanuzzo D.(2001), *Aspetti socio-economici e fattori di rischio cardiovascolare: l'esperienza dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare.* Ital Heart J Suppl; 2: 294-302.
 12. Haffner SM, Lehto S, Ronnema T, Pyorala K, Laakso M.(1998) *Mortality from coronary heart disease in subjects with type diabetes and in nondiabetic subjects with and without prior myocardial infarction.* N Engl J Med; 339: 229-34.
 13. Jacobsen BK, Thelle DS (1988) . *Risk factors for coronary heart disease and level of education: the Tromso Heart Study.* Am J Epidemiol; 127: 923-32.
 14. Jung RT (1997): *Obesity as a disease.* Br Med Bull 53, 307-321,
 15. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J.(2005) *Global burden of hypertension: analysis of worldwide data.* Lancet;365:217-223.
 16. Lev-Ran A: Thrifty (1999) *genotype: how applicable is it to obesity and type 2 diabetes?* Diab Rev 7, 1-22,
 17. Lightwood JM, Collins D, Lapsley H, Novotny T (2000). *Estimating the costs of tobacco use.* In: Jha P, Chaloupka F, eds. *Tobacco control in developing countries.* Oxford, Oxford University Press.
 18. Riggs JE (2000): *Stone-age genes and modern lifestyle: evolutionary mismatch or differential survival bias.* J Clin Epidemiol 46, 1289-1291, 1993 404, 635-643,
 19. Sachs JD (2005). *The end of poverty.* New York, NY, Penguin Press.
 20. Steptoe A, Kerry S, Rink E, Hilton S. (2001) *The impact of behavioral counseling on stage of change in fat intake, physical activity, and cigarette smoking in adults at increased risk of coronary heart disease.* Am J Public Health; 91: 265-9.
 21. Strong K, Mathers C, Leeder S, Beaglehole R.(2005) *Preventing chronic diseases: how many lives can we save? Lancet* (in press).
 22. Strong K, Bonita R. The SuRF Report 1.(2003) *Surveillance of Risk Factors related*

to Noncommunicable Diseases: Current status of global data. Geneva, World Health Organization, .

23. Tuljaparkar S, Li N, Boe C (2000) *A universal pattern of mortality decline in the G7 countries.* Nature **405**, 789-792,

24. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H (2004). *Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030.* Diabetes Care;27:1047-1053.

Prevalenza di patologie infettive in soggetti Immigrati non in regola con il Permesso di Soggiorno osservati presso il Servizio di Medicina delle Migrazioni dell'AUSL di Parma

Francesca Berghenti, Faissal Choroma, Stefania Banzola, Francesca Ergasov, Germana Calzolari, Adele Tonini

Medicina delle Migrazioni – Spazio Salute Immigrati – AUSL di Parma

Introduzione

È noto però che gli immigrati, all'arrivo, sono persone in buona salute in ragione di una naturale selezione al momento della partenza, ma che con il passare degli anni, diventano un gruppo di popolazione vulnerabile dal punto di vista sanitario per la concentrazione di una serie di fattori tra cui le condizioni di precarietà sociale. Tali considerazioni sono sopportate dall'evidenza che le patologie d'importazione si sono dimostrate, di frequenza minore di quelle acquisite nel paese ospitante. In effetti, il tasso di ospedalizzazione ed il tempo di degenza degli stranieri è inferiore a quello degli italiani (1). Sfuggono ovviamente a questo schema interpretativo le situazioni in cui il migrante è costretto a fuggire o che sia portatore di patologie acquisite nel paese di origine (o durante il viaggio), asintomatiche, almeno, nelle fasi iniziali.

Il profilo sanitario dell'immigrato, quindi sia in casistiche ambulatorie che ospedaliere, appare per la maggior parte, costituito di patologie comuni acquisite nel paese ospitante; anche le patologie infettive si limitano a quelle acute delle vie aeree superiori (specialmente in stagione invernali), urogenitali, gastroenteriche e cutanee; rare sono quelle di importazioni.

Gli studi di prevalenza di patologie infettive in immigrati, però, sono stati effettuati su soggetti regolari; pochi sono quelli che hanno preso in considerazione persone non in regola con il permesso di permanenza sul territorio nazionale. Lo scopo di questo studio è di valutare in un studio osservazionale, la prevalenza di patologie infettive osservate in soggetti irregolari in condizioni di precarietà ancora più accentuata rispetto ai soggetti regolari, che si sono rivolte all'ambulatorio di Medicina Generale dell'azienda unità sanitaria locale di Parma dal gennaio 2004 al Dicembre 2007.

Materiali e metodi

Revisione ed osservazione dei pazienti che si sono rivolti all'ambulatorio di Medicina Generale dello Spazio salute Immigrati dell'AUSL di Parma dal 01 gennaio 2004 al 31 dicembre 2007. A tutti i pazienti, è stato proposto di aderire ad un protocollo di screening concepito dall'Equip (**Tabella 1**), previo consenso. Gli esami strumentali sono stati effettuati per l'approfondimento di specifici quesiti o in presenza di vistose alterazioni ematochimiche.

Per le analisi statistiche, è stato utilizzato il programma statistico SPSS versione 12.5

Risultati

Dal 01 gennaio 2004 al 31 dicembre 2007, 4493 individui di nazionalità stranieri (3157 di sesso femminile e 1336 di sesso maschile), si sono rivolti alla struttura per visita di medicina generale tutti non in regola con il permesso di Soggiorno.

L'età media è di 22.4 (Range 18-60) ed il tempo media di permanenza in Italia era in media di 9 mesi (Range 1 – 36 mesi); il 43.2% (1941 soggetti) ha chiesto la visita entro 3 mesi dall'arrivo in Italia.

L'Europa dell'Est rappresenta il 53,20% della nostra casistica, seguito dall'Africa (28,17%), Asia (8,90%) e America latina (4,39%). Il restante 5,34% (circa 240 pazienti) è costituito

dagli apolidi o da persone che non hanno voluto indicare il paese di provenienza.

Il 10% della nostra popolazione osservata è rappresentata da laureati, il 19,50% ha frequentato una scuola professionale, il 32,47% una scuola secondaria ed il 11,07% la scuola elementare; solo il 2,10% risultava analfabeta. Nel 24,66%, non ci è stato possibile identificare la scolarizzazione.

2720 soggetti (60,5% della ns casistica totale) ha aderito ai nostri protocolli accettando di sottoporsi agli esami prescritti (Tabella 1); di questi 1890 (69,4% di quelli che hanno accettato il protocollo) persone sono ritornate con gli esiti degli esami. Solo un 5,6% (153 soggetti) ha rifiutato di sottoporsi al test HIV, ma accettando il resto degli esami del protocollo.

Gli esami sierologici hanno evidenziato 148 (7,8%) HbSAg positivi; 82 (4,3%) HCV-Ab positivi, 17 (0,8%) persone con infezione da virus epatitici multipli (HBV e/o HDV e/o HCV), 91 (4,8%) soggetti con infezione luetica, 24 (1,2%) soggetti con infezione da retrovirus (3 con HTLV e 21 con HIV).

L'urocoltura ed il tampone uretrale/cervico-vaginale hanno permesso di rilevare infezioni di vie urinarie basse (asintomatiche e sintomatiche) nel 12,6% (286 soggetti) e MST diverse da sifilide, HIV e HBV nel 2,9% (81 soggetti; si sono osservate principalmente gonorrea e clamidiosi).

La ricerca di parassiti su feci e urina ha evidenziato 116 (5,3%) casi di infezioni parassitarie prevalentemente intestinali, tutte asintomatiche. Sono stati rari i riscontri delle patologie esotiche (5 casi di leishmaniosi cutanea, 6 casi di echinococcosi epatica, 5 casi di schistosomiasi, 3 casi di malaria ed 1 caso di lebbra).

206 persone ha accettato di sottoporsi all'intradermoreazione secondo Mantoux; 177 soggetti, 85,9% di quelli che si sono sottoposti alla mantoux, sono ritornati per la lettura (72 ore dopo l'esecuzione); di questi, 123 soggetti (69,4% dei tornati) hanno presentato una Mantoux positiva (diametro di indurimento ≥ 10 mm). Dopo approfondimento, 25 soggetti, 20,3% dei mantoux positivi, sono risultati affetti di Tuberculosis attiva e 98 (79,6%) con Infezione tubercolare latente candidati alla chemioprolifassi; 78 soggetti (79,5%) hanno ultimato il periodo di 6 mesi di trattamento; 20 soggetti sono stati persi al follow-up.

Discussione

Nella nostra osservazione, le patologie definite dal nostro Equip, infettive (escluse le infezioni delle vie aeree superiori, dell'occhio, orecchio e di pertinenza odontostomatologiche) hanno rappresentato complessivamente il 19,6% della nostra casistica totale ossia 884 persone. Tuttavia, escluse le infezioni delle vie urinarie, le patologie infettive risultano essere solo il 14,3% delle nostre osservazioni.

Le infezioni da virus epatitici (sia HBV che HCV) nella nostra casistica sono risultate in linea con quanto osservato da Manzardo et al (2); In Italia la prevalenza di HbSAg nella nostra casistica è sovrapponibile ad altre osservazioni (3); la prevalenza di HCV invece ne è risultato superiore (3-4). Questo a nostro avviso è legato alla composizione dei campioni presi in esame (nel nostro caso il 53,20 % proveniente dall'Europa dell'Est e solo il 28,17% dall'Africa contrariamente agli altri studi in cui la maggioranza proveniva dall'Africa).

Le infezioni a forte impatto sociale tipo sifilide (4,8%), infezione da HIV (1,2%) ed altre malattie sessualmente trasmesse (1,8% sul totale popolazione) si sono dimostrate contenute ed addirittura inferiori da altre osservazioni (2; 4).

La malattia tubercolare attiva, ha rappresentato il 20,3% dei nostri Mantoux positivi; tra i candidati alla chemioprolifassi tubercolare per infezione latente, solo il 20,4% non ha ultimato la terapia. Questa nostra osservazione, specialmente nei casi di malattia attiva, superiore a casi riscontrati in ricoverati presso servizi di malattie infettive (13,4%) sembra sia legato in parte alla composizione della nostra popolazione osservata ed all'alta frequenza di riscontro

di Tb esclusivamente linfonodale della ns casistica rispetto ai ricoverati che presentavano prevalentemente polmonare (4); tuttavia è inferiore di quelli riscontrati da altri (5). Anche la prevalenza di infezione tubercolare latente è risultata superiore ad altre osservazioni; ciò secondo noi sembra essere dovuto oltre alla composizione del ns campione, anche dal non attuazione di altri metodi diagnostici tipo il quantiferon che avrebbe permesso di escludere qualcuno. L'adesione al processo diagnostico (effettuazione Mantoux e ritorno per la lettura) ed alla successiva terapia, comunque era risultato buona (79,5% ha ultimato la terapia).

Merita attenzione il riscontro di 5.1 % di parassitosi intestinali, per lo più asintomatico anche se inferiori ad altre osservazioni (6) mentre sono stati rari i riscontri delle patologie esotiche. Il riscontro, tendenzialmente basse di patologie infettive, secondo noi, sta anche ad indicare la dinamicità del processo migratorio; infatti, se qualche anno fa l'immigrato è specialmente africano, maschio, negli ultimi anni, troviamo una prevalenza di cittadini dell'Est Europa, prevalentemente donne, e dove, almeno fin quando il sistema politico era in piede, si attuava in modo efficace la medicina preventiva; fatte eccezioni per le infezioni virali epatiche e quelle tubercolari dove risultano tuttora con incidenza elevata.

Conclusioni

Anche se non di proporzioni eccessive, le patologie ad interesse per la salute pubblica, sono presenti e meritano una appropriatezza comunicativa e di presa in carico che tenga conto del background culturale al fine di implementare l'adesione ai percorsi diagnostici-terapeutici ed ai test di screening (7). Infine, per non vanificare ogni politica di prevenzione e di cura, è auspicabile, secondo noi, una stretta integrazione con i servizi sanitari e sociali per garantire una adeguata presa in carico del paziente straniero irregolare ed una continuazione terapeutica in presenza di condizioni di indigenza.

Bibliografia

- Laura Cacciani, Giovanni Baglio, Lorenza Rossi, Enrico Materia, Maurizio Marceca, Salvatore Geraci, Angela Spinelli, John Osborn and Gabriella Guasticchi. Hospitalisation among immigrants in Italy. *Emerging Themes in Epidemiology* 2006, 3:4
- Manzardo C, Treviño B, Gómez i Prat J, Cabezas J, Monguá E, Clavería I, Luis Del Val J, Zabaleta E, Zarzuela F, Navarro R. Communicable diseases in the immigrant population attended to in a tropical medicine unit: epidemiological aspects and public health issues. *Travel Med Infect Dis.* 2008 Jan-Mar;6(1-2):4-11.
- Chiaromonte M, Pupo A, Menegon T, Baldo V, Malatesta R, Trivello R. HBV and HCV infection among non-European Union immigrants in North-East Italy. *Epidemiol Infect.* 1998 Aug;121(1):179-83.
- Scotto G, Saracino A, Pempinello R, El Hamad I, Geraci S, Panunzio M, Palumbo E, Cibelli DC, Angarano G; Italian Study Group for Infectious Diseases in Immigrants. Simit epidemiological multicentric study on hospitalized immigrants in Italy during 2002. *J Immigr Health.* 2005 Jan;7(1):55-60
- Elizabeth A. Talbot; Marisa Moore; Eugene McCray; Nancy J Binkin. Tuberculosis Among Foreign-Born Persons in the United States, 1993-1998. *JAMA* 2000;284:2894
- Martín Sánchez AM, Hernández García A, González Fernández M, Afonso Rodríguez O, Hernández Cabrera M, Pérez Arellano JL. Intestinal parasitosis in the asymptomatic Sub-Saharan immigrant population. Gran Canaria 2000. *Rev Clin Esp.* 2004;204:14-7
- Susan Okie, Immigrants and Health Care — At the Intersection of Two Broken Systems. *N Engl J Med* 2007; 357;6: 525-529

Tabella 1

Esami Sierologici	HIV-Ab; HbSAg; HCV-Ab; VDRL; TPHA
Altri Esami Biochimici	Glicemia, Trigliceridemia, Colesterolemia totale; Creatinemia, Azotemia; Emocromo; TSH
Esami Urina e Feci	Chimico fisico delle urine e delle feci / Ricerca parassiti su urine e feci
Intradermoreazione secondo Mantoux	proposta a soggetti provenienti da zone endemiche che presentano segni clinici di malattie tubercolari o che riferiscono in anamnesi, contatti pregressi o patologie respiratorie non ben definite in passato

Salute, marginalità, disuguaglianze e ruolo dei Sanitari: dalla cura del corpo alla prospettiva bio-psico-sociale

A. Martino, C. Bodini, C. Di Girolamo, A. Fabbri, R. Nicoletti, A. Stefanini

Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale, Università di Bologna

Introduzione

Questo articolo nasce dall'esperienza del Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale (CSI) dell'Università di Bologna. Il CSI, analogamente ad altri istituti sorti in Europa in anni recenti, si occupa di ricerca e formazione nell'ambito della Salute Globale⁹.

La crescente attenzione internazionale nei confronti della Salute Globale può essere motivata dalle seguenti considerazioni:

- la letteratura ha descritto, con apporti multidisciplinari, i rapidi e spesso inattesi sviluppi della globalizzazione economica, dell'informazione, del commercio e del lavoro, e le ricadute di tali processi sull'organizzazione sociale e sulla costruzione dell'identità;
- queste trasformazioni stanno modificando anche il quadro dei bisogni di salute della popolazione, richiedendo un intervento sanitario su scala sempre più globale ed in maniera sempre più interdipendente tra le diverse regioni del mondo;
- le professioni sanitarie non hanno saputo fin qui reagire alla complessità del nuovo quadro dei bisogni di salute, e sta emergendo su vasta scala il pericolo che esse perdano di vista le proprie finalità ed i propri valori fondanti [1], appiattite su problematiche finanziarie, legali e politiche in seguito alle riforme sanitarie dell'inizio degli anni '90, alla crisi dei diritti umani ed al mutamento del quadro politico internazionale;
- in ultimo, le strategie di salute su scala globale hanno fallito nel raggiungere gli obiettivi prefissati (ad esempio i *Millenium Developing Goals*), e stanno emergendo drammatiche e crescenti disuguaglianze sanitarie anche nei paesi a sviluppo avanzato [2].

Come rilevato da diversi analisti, la figura paradigmatica di questo inizio di millennio è il migrante, che riesce a racchiudere in sé l'essenza della globalizzazione nei suoi aspetti sia positivi che drammatici, nelle dimensioni personali ed umane ma anche sociali, economiche e sanitarie, sia sul versante dei paesi a forte pressione migratoria che su quello dei paesi a sviluppo avanzato.

L'analisi della salute dei migranti, alla luce della prospettiva della Salute Globale, consente alcune riflessioni puntuali da cui è possibile estrarre considerazioni di carattere più generale e con ricadute su una popolazione più ampia, al di là del titolo di soggiorno o della cittadinanza.

Globalizzazione, migrazione e cambiamento sociale

Come detto, la globalizzazione nelle sue diverse essenze è la caratteristica innovativa e connotante dell'epoca contemporanea. La globalizzazione economica, del mercato e del lavoro ha reso i vari territori fortemente interdipendenti [3]. Le crisi economiche raggiungono dimensioni planetarie, la distribuzione internazionale del lavoro – con conseguente delocalizzazione della produzione in base ai costi di manodopera più vantaggiosi – ha reso interdipendenti i processi produttivi tra diversi territori, e la necessità di lavoratori a basso costo anche nei paesi a sviluppo avanzato ha reso strutturale il fenomeno migratorio. La conseguente presenza contemporanea di generazioni differenti di stranieri, provenienti da diverse nazioni, ha costretto la popolazione locale a confrontarsi “dal vivo” con il concetto di altro e l'ha forzata a prendere posizione rispetto all'alterità [4].

⁹ www.csiunibo.org

In questo contesto, i confini dell'identità nazionale e degli stessi stati sono diventati meno definiti, e la geografia politica del globo è sempre più un mosaico di tessere che si sfumano e si compenetrano negli stessi spazi geografici, rimodellandosi e ricomponendosi di volta in volta in maniera originale. Di conseguenza, approcci che tendono a cristallizzare le differenze culturali tra stati, etnie, popoli, sulla base di premesse errate, falliscono nel trarre conclusioni. La complessità globale, la forte spinta al rimodellamento dell'organizzazione sociale, la pressione sulle identità culturali affermate ed indotte, la complessità politica nella gestione degli interessi globali, non possono essere gestite senza strumenti nuovi e spesso ancora da inventare. La crisi economica internazionale, la perdita di efficacia dei diritti umani, la crescita delle disuguaglianze (anche in salute) sono il segno tangibile della necessità urgente di nuovi strumenti di lavoro.

Il contesto italiano, nuovi bisogni di salute e ruolo dei sanitari

La globalizzazione ha avuto in Italia un impatto particolare, innestandosi su uno scenario di crisi politica ed economica interna. Tangentopoli, la *road map* verso la moneta unica, la precarizzazione del mercato del lavoro, l'aumento della povertà e della conflittualità sociale si sono intersecati con la lotta al terrorismo internazionale, le politiche di sicurezza ed i flussi di lavoratori migranti. La scelta di alcuni movimenti, come la Lega Nord, di spostare l'asse del pericolo da Roma-meridione-Vaticano (versus nord-celtico) al binomio immigrazione-Islam, cavalcando con posizioni apertamente razziste l'immaginario collettivo sugli sbarchi di "clandestini" e sulla sicurezza, ha prodotto rilevanti ricadute sul piano della tutela dei diritti, non ultimo il diritto alla salute. E' proprio di questi giorni infatti la discussione parlamentare dell'ormai famoso "pacchetto sicurezza", in cui sono contenuti articoli che consolidano una classe di individui a "statuto speciale", *non-persone* per le quali non valgono i diritti costituzionali ed umani.

La storia delle immigrazioni in Italia è costellata da una una lunga sequenza di simili intromissioni ideologiche, nonché di strumentalizzazioni politiche in una realtà diametralmente opposta a quella evocata. La costruzione di un pericolo sociale, dovuto agli immigrati irregolari identificati *tout court* come delinquenti, la "necessità" di fronteggiare l'avanzata degli integralisti-terroristi mussulmani, la reclusione nei Centri di Permanenza Temporanea (CPT), senza bisogno di reato penale, come misura eccezionale di salvaguardia della sicurezza pubblica, hanno contribuito alla fissazione di un'idea abietta dell'alterità, imprigionando l'identità dell'essere umano migrante in semplice forza lavoro, braccia che possono esigere la tutela dei diritti solo in funzione della loro produttività.

I migranti italiani, siano essi regolari o irregolari, sono ampiamente migranti lavoratori [5], profughi economici espulsi dal loro territorio dalle impressionanti disuguaglianze di ricchezza tra un Nord che, con una popolazione inferiore al 20% di quella mondiale, detiene circa l'80% delle risorse ed un Sud in cui un miliardo di persone vive sotto la soglia di un dollaro al giorno. Disuguaglianze innaturalmente definite da una politica della subalternità che viola i diritti umani di tanti per salvaguardare ingiustamente i privilegi di pochi.

L'attuale divisione internazionale del lavoro, conseguente a questi squilibri, necessita stutturalmente di lavoratori a basso costo: delocalizza i processi produttivi dove i lavoratori costano meno, delocalizza i lavoratori quando le produzioni non possono essere spostate (vedi comparto edile e cure alla persona). Sono gli stessi processi dunque a rendere strutturali disuguaglianze e migrazioni. I lavoratori immigrati, irregolari o precarizzati, del comparto agricolo, dell'edilizia, dell'assistenza familiare, incorporano la subalternità nella mancanza di diritti, nella mancata accessibilità ai servizi, nell'esposizione a fattori di rischio sociale cui non sanno e non riescono a far fronte. E' in questo contesto che le patologie, anche le più comuni, si impregnano delle dimensioni sociali dello sfruttamento, della mancanza di diritti

e della subalternità.

L'Italia è un paese con un sistema sanitario di tipo universalista, con una Costituzione che tutela la salute come diritto della persona e non del cittadino e garantisce cure gratuite agli indigenti. In questo sistema, però, si osservano disuguaglianze di salute, di esito e di trattamento che colpiscono in particolar modo la popolazione immigrata [6]. Come è possibile che questo stia avvenendo in un paese a sviluppo avanzato, tecnologicamente all'avanguardia, con professionisti ritenuti preparati ed un sistema sanitario adeguatamente finanziato? Le risposte sono probabilmente molteplici, ma certamente i sanitari – pur dalla loro posizione di osservatori privilegiati della realtà, con a disposizione metodologie mutuare dal rigore della ricerca e dalla pratica clinica e la possibilità di una facile lettura dei dati epidemiologici – non sono stati finora in grado di costruire percorsi assistenziali accessibili ed efficaci, non si sono opposti all'immaginario “esotico” che circonda le migrazioni e spesso anzi – sotto l'influenza della retorica sociale – lo hanno rinforzato, hanno infine assunto posizioni permissive o di discriminazione attiva contravvenendo al proprio mandato deontologico (non è un caso che i medici vengano oggi chiamati ad identificare gli immigrati irregolari). Ed è inammissibile che, a dieci anni dall'approvazione del Testo Unico sull'Immigrazione (D.Lgs 286/98), la norma sull'istituzione da parte delle Regioni degli ambulatori di base per gli stranieri irregolarmente presenti sia ancora largamente disattesa. Ancora, la presunta “neutralità” dei sanitari ha permesso la normalizzazione di strutture come i CPT, dove viene negata l'integrità bio-psico-sociale delle persone, e le esistenze sospese di migliaia di esseri umani vengono tutelate attraverso la salvaguardia di una “salute” ridotta a mera descrizione di parametri biologici. Consapevolmente o no, i sanitari hanno ridotto al corpo il loro campo di azione, contribuendo a disconoscere la storia del migrante ed i processi sociali che lo ammalano.

Un nuovo paradigma etico per la tutela della salute: disuguaglianze, determinanti, violenza strutturale e *social suffering*

La realtà della migrazione ci impone riflessioni profonde sull'impianto teorico della biomedicina, sugli strumenti necessari per contrastare le disuguaglianze emergenti, sulla nostra capacità di curare tutta la popolazione, anche quella marginalizzata, sul ruolo e sulla figura sociale dei sanitari. Grazie all'immigrazione infatti, alla difficile gestione dei pazienti “culturalmente diversi”, alla resistenza delle malattie socialmente definite ad essere trattate in maniera farmacologica, irrompe sulla scena la salute nelle sue dimensioni bio-psico-culturali e sociali.

Questa concezione ampia di salute non è un concetto nuovo, al contrario si ritrova già nella definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) del 1948, ripresa poi dalla Dichiarazione di Alma Ata del 1978 [7], e fino all'ultimo rapporto annuale dell'OMS sulla *primary health care* [8] sono continui i richiami alle dimensioni bio-psico-sociali del concetto di salute.

Anche l'apporto teorico dato dalla letteratura sociale ed antropologica al binomio salute-malattia è ormai assodato, e ci consegna strumenti operativi di lavoro, come le categorie di *illness*, *sickness* e *disease* [9], e il concetto di *social suffering*. Il riconoscimento del vissuto del paziente nelle sue accezioni personali, psicologiche e culturali permette di integrare le categorie diagnostiche biomediche (*disease*) con la sfera delle percezioni e dei significati attribuiti dall'individuo (*illness*), e di considerare la guarigione per come è desiderata e intesa dal malato. Indagando i sistemi simbolici con cui il paziente rappresenta il sé malato, è possibile colmare lo spazio tra malattia misurata e malattia percepita, in un contesto di vera alleanza terapeutica. Il concetto di *sickness* introduce inoltre il ruolo della società nei processi di salute e malattia: da un lato indicando i termini sociali in cui le persone si ammalano e la ricollocazione di ruolo e di senso che la malattia necessariamente comporta per l'individuo;

dall'altro consentendo l'analisi dei processi sociali, e del loro influsso sulla salute, dalle logiche di potere e subalternità fino alle complesse interrelazioni tra vari determinanti sociali. L'organizzazione sociale può essere anche analizzata come "soggetto attivo" nella definizione della subalternità. I concetti di violenza strutturale [10] e di *social suffering* consentono infatti di valutare le cause di sofferenza e malattia anche in assenza di un attore diretto, svelando il nascosto dietro i processi che determinano un'esposizione differenziale degli individui e delle popolazioni ai determinanti sociali di salute. Questa prospettiva ci consente di riportare, nell'anamnesi della patologia, i processi storici, politici, economici e sociali che sono i determinanti distali (o le "cause delle cause") di malattia.

Il difficile compito degli operatori sanitari e il ruolo della formazione

Un'analisi ampia e profonda come quella qui tratteggiata riveste indubbiamente un ruolo scomodo, in quanto riporta insistentemente alla necessità di una consapevolezza e di una responsabilità "politica", intesa nel suo senso più ampio, per gli operatori sanitari. Con il crescere della complessità, delle conflittualità politiche e sociali, della radicalizzazione delle contrapposizioni, le professioni sanitarie si sono man mano ritirate dentro lo spazio del corpo, ancorandosi costantemente a descrizioni della realtà numeriche ed astraendosi di fatto dalla realtà sociale. L'impianto delle evidenze scientifiche è stato spesso impiegato per depoliticizzare il proprio ruolo in nome di una presunta ed ostentata neutralità. In realtà, come emerge dalle riflessioni teoriche sulla salvaguardia della *nuda vita*, sulle definizioni ossimoriche di "emergenze croniche" o di "guerra umanitaria", sull'utilizzo di categorie diagnostiche quali il disturbo post traumatico da stress ed il disturbo da deficit di attenzione, la neutralità della scienza medica può divenire utile strumento politico per sottrarre al dibattito pubblico e democratico questioni scomode. La biomedicina, quindi, come strumento politico per la realizzazione dello *stato di eccezione* [11].

Esiste però un'altra tendenza, portata avanti dalla comunità sanitaria internazionale, che a partire dalla Conferenza di Alma Ata ha elaborato quadri teorici e strumenti pratici per la tutela e la promozione della salute in un'ottica globale. Tra le strategie indicate e suggerite a tal fine, un ruolo rilevante è stato da più parti attribuito alla formazione del personale sanitario. L'American Association of Medical Colleges ha da tempo evidenziato la necessità vitale di comprendere e tenere vivo il contratto sociale che esiste (o dovrebbe esistere) tra le Facoltà sanitarie e la popolazione. Parte centrale di questo contratto è la formazione di studenti che diventino operatori sanitari socialmente responsabili, professionisti che prendano parte con serietà e impegno a quelle attività che contribuiscono alla felicità, alla salute ed alla prosperità di una comunità e dei suoi membri [12]. Professionisti che abbiano quindi la sensibilità umana e le conoscenze necessarie per entrare con la dovuta competenza e l'atteggiamento appropriato nell'attuale dibattito sulla globalizzazione e sull'impatto che essa ha sulla salute dell'uomo. Il compito richiesto oggi agli operatori sanitari è infatti sempre più quello di integrare le attività di cura con quelle di prevenzione, promozione e tutela della salute, indirizzando gli sforzi non solo e non tanto alla modifica degli stili di vita dei singoli individui, quanto alla possibilità di avere un impatto sulle scelte politiche che hanno implicazioni per la salute della popolazione. Per formare questo tipo di medico il curriculum tradizionale è insufficiente, ed andrebbe integrato con tematiche nuove che prendano in considerazione – possibilmente tramite un approccio multidisciplinare – le modalità attraverso le quali i fattori socioeconomici, culturali ed ambientali condizionano lo stato di salute degli individui e delle popolazioni. L'insegnamento della medicina clinica dovrebbe dunque essere inserito in una prospettiva storica e globale, che consenta agli studenti di correlare i diversi livelli di salute con fattori quali lo sviluppo economico, il grado di equità sociale di un paese e le politiche sanitarie nazionali ed internazionali messe in atto. Inoltre, al fine di sviluppare un'adeguata

comprensione dei fenomeni culturali di costruzione delle categorie di benessere e malessere, imprescindibile in società sempre più multiculturali, è indispensabile introdurre elementi che spieghino come le comunità umane rispondono ai bisogni di salute e come, più in generale, le diverse culture percepiscono e definiscono la salute e la malattia.

Dalla teoria alla pratica

È necessario e urgente che le riflessioni di carattere generale fin qui indicate vengano tradotte in strumenti operativi, capaci di rispondere alle esigenze ed ai bisogni di salute locali. Le strategie individuate includono:

- Rilanciare il percorso iniziato ad Alma Ata che afferma la salute come diritto dell'individuo, al di là del concetto di cittadinanza; riconosce dignità ai bisogni percepiti dalla popolazione; promuove la partecipazione comunitaria e ribadisce la responsabilità diretta degli Stati nella tutela dei diritti.
- Implementare un approccio multidisciplinare che, attraverso metodologie quantitative e qualitative, sia capace di inquadrare i processi salute-malattia nell'ottica bio-psico-sociale superando il paradigma biomedico.
- Riconoscere nella diseguale distribuzione di potere, denaro e risorse e nella *violenza strutturale* le cause delle diseguaglianze in salute.
- Utilizzare il modello dei determinanti di salute per comprendere come la sofferenza sociale si incorpori in maniera differenziale nelle classi di popolazione marginalizzate.
- Incentivare l'utilizzo di strumenti di salute pubblica (*health needs assessment, equity needs assessment, health equity assessment*) [13] e pratiche cliniche in grado di fronteggiare la complessità dei problemi di salute globale.
- Stimolare il ruolo attivo dei sanitari nella promozione, nella difesa e nell'advocay dei diritti delle persone.

In questa prospettiva, i sanitari sono investiti da una responsabilità professionale e sociale che va ben oltre l'erogazione di semplici prestazioni e che li rende promotori attivi di una cultura della salute e della giustizia sociale. Per rispondere a questa sfida, è indispensabile una formazione specifica dei giovani professionisti, una mirata attività di aggiornamento degli operatori sanitari e una presa di posizione forte e chiara di tutte categorie professionali coinvolte.

Bibliografia

1. Hahn, *"Anthropology and Public Health: Bridging Differences in Culture and Society"*, Oxford University Press, 2008
2. *Closing the Gap in a Generation*, World Health Organization, 2008
3. Basso P., Perocco F., *"Immigrazione e trasformazione della società"*, Franco Angeli, 2000
4. U. Hannerz, *La complessità culturale, L'organizzazione sociale del significato*, Edizioni del Mulino, 1998
5. Caritas/Migrantes, *"Immigrazione. Dossier statistico 2008. XVIII Rapporto"*, Edizioni Idos, Roma 2008
6. Agenzia Sanitaria Regionale Emilia Romagna, *"Disuguaglianze in cifre"*, Dossier 145-2007
7. *Declaration of Alma-Ata*, 1978
8. *Primary Health Care now more than ever*, Nonserial Publication, World Health Organization, 2008
9. B. Good, *Narrare la malattia*, Edizioni di comunità, 1999

Mi.SA. ambulatorio Migrazione e Salute: un ambulatorio di malattie infettive dedicato alla popolazione migrante

*M. Busso**, *P. Leoncini**, *B. Mamone^o*, *Maryam Shenouda**, *Dimè Matar**, *S. Schincaglia**, *R. Bersani*^o*, *D. Mazzuri**, *P. Caramello**

* Amb. Mi.Sa Mal. Infettive e Tropicali Divisione A ospedale Amedeo di Savoia ASL TO2

^o Dipartimento di Salute Mentale ASL TO2

*^o Consultorio familiare ASL TO2

L'ambulatorio Migrazione e Salute; dal 1994 si è dedicato alla prevenzione e cura di Malattie Infettive in popolazione migrante. Lo staff è multidisciplinare, al personale medico ed infermieristico sono affiancati mediatori culturali, un biotecnologo e una psicologa per garantire un approccio globale al paziente immigrato.

Negli anni, in base alle indicazioni della letteratura e all'esperienza maturata, l'ambulatorio ha messo a punto un modello operativo per facilitare il rapporto del paziente con la struttura ospedaliera, migliorare le conoscenze per la prevenzione (HIV e MST), effettuare diagnosi immediata, favorire l'aderenza a terapie di lunga durata (TB, HIV etc..), promuovere interventi di supporto psicologico. Oggi il MISA offre:

cure mediche e follow up del paziente con malattia infettive (HIV, Tubercolosi, etc...)

Counselling diagnostica rapida per HIV e MST

interventi su modifiche del comportamento singoli o a gruppi

supporto psicologico

stage per mediatori

L'accesso al Servizio Sanitario Nazionale tra immigrati irregolari è ridotto e le condizioni di vita correlano con alti tassi di HIV/MST delineando un quadro detto "epidemia sommersa"¹. Le indicazioni internazionali sottolineano l'importanza dell'interazione Ospedale - Territorio, per la cura/ prevenzione delle malattie infettive².

L'ambulatorio da giugno 2007 opera anche in ambito territoriale presso i centri ISI dell'ASL TO2

Obiettivo generale è *limitare la diffusione di malattie trasmissibili*, con un approccio globale al paziente "a rischio", obiettivo specifico è *potenziare prevenzione, diagnosi e cura di HIV/MST nel paziente immigrato*, implementando sul territorio attività storicamente ospedaliere.

Da luglio 2007 a luglio 2008 si sono rivolti al servizio 877 utenti stranieri di cui 352 uomini e 525 donne (59%).

- I soggetti erano provenienti da
 - Nord africa (19%)
 - Africa centrale (5%)
 - Africa sub sahariana (40%)
 - America centrale (1%)
 - Sud America (6%)
 - Est Europa (23%)
 - Asia e medio oriente (2%)
 - Unione europea (1%)
 - oltre il 70% dell'utenza viveva in condizione di clandestinità
 - l'età media era 29 anni con un minimo di 16 ed un massimo di 55 anni.
- oltre il 60% dell'utenza aveva almeno 1 fattore di rischio per HIV/MST

¹ Institute of Medicine. The hidden epidemic: confronting Sexually Transmitted Diseases. 1997,118-164.

² Institute for Clinical Systems Improvement, ICSI (www.icsi.org)

Attività clinica

Nel periodo considerato i pazienti con almeno 1 visita (in uno degli ambulatori) sono stati 877, per un totale di 2526 visite.

La tabella 3 riassume le principali diagnosi ed il numero assoluto.

Tabella 3

Diagnosi		Numero
HIV	visita di controllo	780
	primo ingresso	26
HBV		164
HCV		109
Tubercolosi		226
MST	screening	380
PARASSITOSI		31
ALTRO		168
TOTALE VISITE		2526
TOTALE PAZIENTI		877

Nello stesso periodo sono state eseguite 67 visite ginecologiche.

I mediatori culturali hanno svolto attività di counselling (circa 800 interventi) per prevenzione HIV e MST. Viene effettuato, in collaborazione con il personale infermieristico, counselling per monitoraggio aderenza terapia antiretrovirale in pz con infezione da HIV (85 interventi), terapia antitubercolare (38 interventi); intervento nel campo sociale con collegamento a strutture presenti nel territorio (300 interventi)

L'equipe dell'ambulatorio sta lavorando con le strutture che si occupano di popolazioni mobili presenti sul territorio per potenziare la rete al fine di favorire la presa in carico del paziente che presenta maggiore fragilità dal punto di vista sociale. All'accesso in ospedale il personale cerca di cogliere eventuali "disagi" dell'utente e di inviarlo presso strutture adeguate là dove la competenza infettivologica termina. Vengono illustrate le modalità per contattare le strutture competenti al fine di evitare accessi inutili e scoraggianti presso strutture non idonee al problema (esempio accesso improprio al Pronto Soccorso ospedaliero per problematiche sanitarie risolvibili esclusivamente in sede ambulatoriale o per risolvere problemi che sono prevalentemente da ricercarsi in ambito sociale)

Dal mese di maggio 2005, all'interno dell'attività dell'Ambulatorio Migrazione e Salute si è inserito il lavoro dello psicologo. Figura nuova e da integrare con le professionalità variegata e già esistenti dall'avvio delle attività, ha avuto quale principale obiettivo quello di sviluppare e promuovere l'aspetto preventivo, nella direzione di una maggiore diffusione delle informazioni sulle malattie sessualmente trasmissibili. Pertanto è stato avviato un progetto specifico rivolto alle donne di area sub-sahariana e maghrebina. Si è composto di due moduli di intervento onde permettere la confrontazione della metodologia più adeguata nel raggiungimento dell'obiettivo. I gruppi si sono svolti all'interno dell'ospedale e nei vari

centri ed enti che sul territorio torinese lavorano nell'ambito della migrazione a vario titolo. A fianco di questo tipo di lavoro, si è configurato un intervento prevalentemente di sostegno psicologico e in alcune situazioni psicoterapico. Trattasi nella maggior parte dei casi di terapie brevi focalizzate e centrate su un problema specifico: spesso la comunicazione della diagnosi di malattia, la non accettazione dei farmaci, la possibilità di sostenere una gravidanza, lo stato di cronicità inducono nel paziente stati ansioso-depressivi più o meno gravi a seconda della struttura di personalità preesistente. Talvolta è già presente una patologia psichiatrica che può complicare il quadro clinico e rendere difficile il trattamento.

Tale lavoro trova una sua collocazione nel lavoro integrato con il mediatore culturale. L'aspetto culturale, inteso non solo come insieme di norme e principi che regolano la vita della comunità di appartenenza ma anche il particolare sistema di cura e terapia d'origine, è un elemento fondamentale. Pertanto in questi anni il tentativo è stato quello di creare uno spazio di negoziazione continua tra il nostro sistema di cura e quello del paziente. Senza la "mediazione" si manca l'appuntamento terapeutico, alle volte funzionante anche solo per il fatto di fare da ponte con i propri guaritori e metodi di guarigione. Ciò che si definisce *connessione*.

Attualmente si ha in programma di ripartire con i gruppi sulla prevenzione e promozione della salute, cercando di inserire anche la popolazione maschile e con un'attenzione particolare alla prostituzione araba, appena sfiorata nel precedente intervento.

Il lavoro dello sportello *etnopsicologico* continua.

Accessi ai Pronto Soccorsi di Ferrara e Provincia dei bambini Italiani e Stranieri

*M. Calacoci**, *M.C. Sateriale***, *M. D'Agata**, *E. Borin***,

*Sonia Quintavalle***, *A. de Togni***

* Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale –Sezione di Pediatria Università degli Studi di Ferrara, **Az. USL di Ferrara

Dal Profilo di Comunità “Salute e Benessere nella Provincia di Ferrara”-Giugno 2008 emerge che, tra la fine del 1999 e la fine del 2006, in provincia di Ferrara i cittadini stranieri residenti sono passati da 3.432 a 15.548 con un incremento pari al 353 %. Rispetto alla popolazione complessiva, la quota era pari a 0,99% ed è salita a 4,4% alla fine del 2006. Nella figura sono rappresentati i dati suddivisi per i 3 distretti della provincia di Ferrara (Centro-Nord, Ovest, Sud-Est).

Figura 1

Provincia (per 100 residenti)			Distretti (per 100 residenti)			
Classe di età	maschi	femmine	Classe di età	Centro Nord	Ovest	Sud Est
0-17	8,2	8,1	0-17	6,7	10,8	8,4
18-39	8,1	8,7	18-39	8,2	10,6	7,1
40-64	2,6	3,7	40-64	3,2	3,7	2,9
≥65	0,2	0,2	≥65	0,2	0,3	0,2
			totale	4,0	5,9	4,0

Il distretto Ovest è il territorio “più giovane”, la classe di età 0-17 e 18-39 anni rappresentano rispettivamente il 10,8% ed il 10,6% della popolazione generale di pari età .

Obiettivi - Metodo

Analisi degli accessi al Pronto Soccorso e relative patologie, come indicatori privilegiati dello stato di salute.

Lo studio è stato condotto presso l'ambulatorio d'urgenza pediatrica dell'Azienda Ospedaliera-Universitaria Ferrara (primo semestre 2008) e nei 5 pronto soccorsi del territorio provinciale, di competenza dell'Azienda USL (anno 2007). Sono stati valutati sia per i pazienti stranieri (S) che italiani (I) il numero e la percentuale di accesso, le fasce orarie, le diagnosi di dimissione, le percentuali di ricovero e la differenza di accesso tra i pronto soccorsi con e senza pediatra.

RisultatiAll'Ambulatorio d'Urgenza Pediatrico di Ferrara si sono presentati 5416 bambini italiani e 955 stranieri. All'Ospedale del Delta (dove è possibile avere la consulenza del pediatra) si sono presentati 4162 bambini italiani e 293 stranieri. Presso gli altri 4 Pronto Soccorsi (dove non c'è il pediatra) si sono presentati 5203 italiani e 760 stranieri.

La percentuale di accessi di stranieri è stata a Ferrara del 15%, al Delta del 7%, a Comacchio del 5%, a Cento del 15%, a Bondeno del 14%, ad Argenta del 17%, a Copparo del 14%. Nella cartina è indicato per ogni comune il numero di residenti minori stranieri e le percentuali di accesso ai singoli presidi ospedalieri.

Figura 3



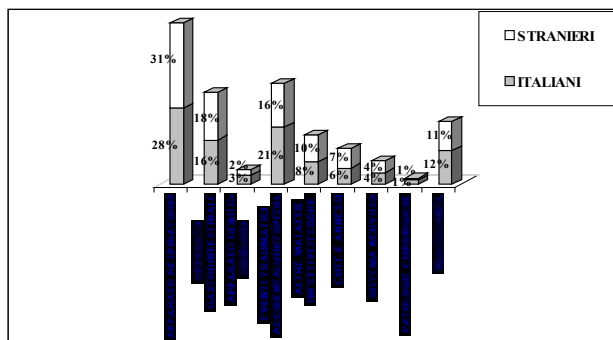
Appare evidente che la percentuale di accessi è strettamente collegata al numero di residenti presenti nei vari comuni vicini ai singoli ospedali.

A Ferrara le ore privilegiate di accesso sono risultate quelle diurne dalle 7 alle 21, senza differenza statisticamente significativa tra italiani e stranieri.

Nei cinque ospedali della provincia, si è osservato analogo andamento nelle ore diurne, ma con maggiori accessi degli stranieri nella fascia oraria dalle 21 alle 24, con differenza statisticamente significativa.

Presso l'ambulatorio d'urgenza pediatrico di Ferrara le diagnosi di dimissione hanno interessato le malattie respiratorie (I 28 %, S 31 %), gastrointestinali (I 16%, S 18 %), i traumi I 21%, S 16%), altre infezioni/ febbre (I 8%, S 10%), la cute (I 6%, S 7%), le patologie neurologiche (I 4%, S 4%), chirurgiche (I 1%, S 1%), miscellanea (I 12%, S 11%).

Figura 4

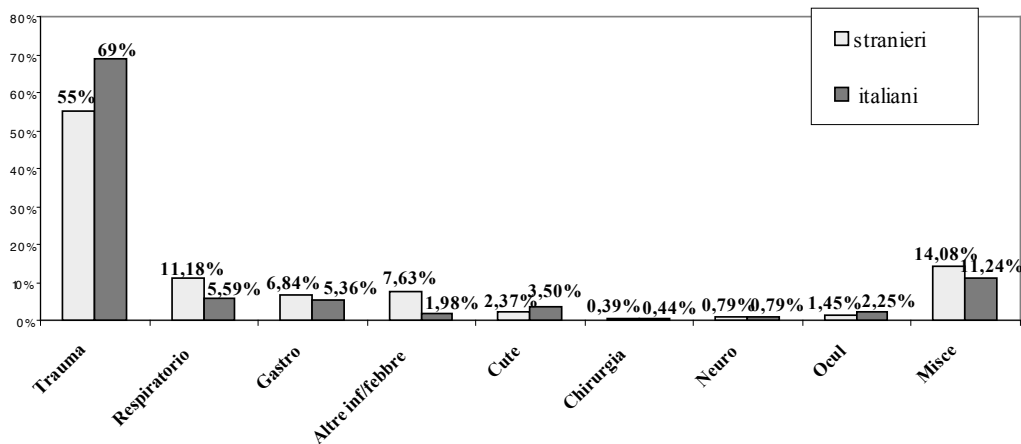


Presso l'ospedale Delta (con consulenza pediatrica) i dati sono risultati sovrapponibili a quelli di Ferrara: respiratorie (I 25,9%, S 31,06%), gastrointestinali (I 12,4 %, S 16,72 %), trauma (I 30,44%, S 19,8%), altre infezioni/febbre (I 8,58%, S 6,14%), cute (I 5,05%, S 2,39%), neurologiche (I 1,06%, S 0,7%) chirurgiche (I 1,27%, S 2,05%), oculistiche (I 1,27%, S 2,05%), miscellanea (I 12,40%, S 19,11%).

Negli altri 4 Pronto Soccorsi della provincia (dove non c'è la possibilità della consulenza pediatrica) la patologia traumatica è risultata la principale diagnosi per entrambi i gruppi (I 69%, S 55%), mentre per patologie respiratorie (I 5,59%, S 11,18%), ed altre infezioni/febbre

(I 1,98%, S 7,63%) si nota una differenza significativa di accesso tra italiani e stranieri.

Figura 5



Ricovero: all'accesso al Pronto Soccorso ha fatto seguito il ricovero presso il Dipartimento Pediatrico dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara nel 10% dei bambini italiani e nel 13% dei bambini stranieri, con differenza statisticamente significativa; nel reparto pediatrico dell'Ospedale del Delta nel 9,97% degli italiani e nel 11,26% degli stranieri con differenza non statisticamente significativa.

Conclusioni

Il ricorso degli stranieri al pronto soccorso è risultato superiore all'8,2%, che rappresenta la quota degli stranieri 0-17 anni rispetto alla popolazione di pari età

Il Pronto Soccorso, in particolare per le famiglie straniere di recente immigrazione, svolge un ruolo di riferimento, dà possibilità di accesso anche ai bambini non iscritti al SSN, usufruibile 24H/24H, e di avere un mediatore culturale che facilita l'approccio.

I bambini stranieri sono giunti al pronto soccorso per le stesse patologie degli italiani, principalmente per patologia respiratoria nei 2 pronto soccorsi con pediatra; nei pronto soccorsi senza pediatra la principale diagnosi è stata la traumatologia in entrambi i gruppi, mentre per patologie internistiche la percentuale degli stranieri che sono giunti al P.S. è stata più elevata; è ipotizzabile che gli stranieri accedano al pronto soccorso più vicino indipendentemente dalla presenza o meno del pediatra. La ridotta percentuale di accesso degli stranieri al Delta e Comacchio è dovuta al basso numero degli stranieri residenti nelle vicinanze dell'Ospedale.

Bibliografia

“Salute e Benessere nella Provincia di Ferrara” Profilo di Comunità-Giugno 2008

I servizi sanitari per gli immigrati STP: le risposte dei sistemi sanitari regionali in Italia

P. Carletti, L. Fiordarancio, F. Polverini*

e referenti regionali** progetto nazionale CCM “Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia”

*Osservatorio Epidemiologico Diseguaglianze/ARS Marche

**R. Aymonod, (Valle d’Aosta), M. Del Savio, L. Mondo (Piemonte), C. Zocchetti (Lombardia), E. Cagol (P.A. Bolzano), A. Trenti (P.A. Trento), C. Gandolfi (Friuli Venezia Giulia), P. Cancellier (Veneto), D. Zappa Vign (Liguria), C. Curcetti (Emilia Romagna), F. Lusini (Toscana), L. Lorenzini, M. S. Antonini (Lazio), M. Zenzeri, V. Pasquini (Umbria), C. M. Maffei (Marche), A. Tiberi (Abruzzo), M. Valeriano, R. Patriarchi (Molise), E. Amato (Campania), C. Ladalaro (Puglia), M. G. Trotta (Basilicata), C. Tavano (Calabria), G. Ferrara (Sicilia), G. Seddone (Sardegna)

Una questione cruciale per lo stato di salute dell’immigrato è rappresentata dal grado di accessibilità e fruibilità dei servizi sanitari, la prima dipende prevalentemente dalla normativa, la seconda dalla capacità culturale dei servizi di adeguare le risposte ad utenti differenti.

Gli immigrati hanno più difficoltà ad accedere ai servizi socio-sanitari a causa delle barriere burocratiche e culturali e a districarsi nel complesso labirinto dei servizi.

Inoltre, da parte degli immigrati, soprattutto per la fascia sempre rinnovata degli irregolari, spesso non c’è né conoscenza dei propri diritti, né capacità di farli valere.

E’ fondamentale, pertanto: attuare una semplificazione dell’accesso ai servizi, realizzare percorsi di presa in carico del paziente svantaggiato nel rispetto di una vera equità ed interventi mirati di offerta attiva, implementare processi che promuovono la partecipazione degli individui e della comunità in modo che essi diventino partner pro-attivi nel processo di cura (9, 10,11).

Tutto questo per rendere efficaci i servizi e contrastare le diseguaglianze nell’accesso alle cure e le conseguenti ricadute negative sulla salute degli immigrati e dell’intera collettività.

In Italia, dal 1995, l’assistenza sanitaria agli immigrati senza regolare permesso di soggiorno, viene erogata attraverso l’iscrizione STP (Stranieri Temporaneamente Presenti); non viene tuttavia prevista la scelta del Medico di Medicina Generale (MMG). Il DPR n. 394/99 attribuisce alle Regioni italiane il compito di individuare le modalità attraverso cui garantire la medicina di base.³:

“le regioni individuano le modalità più opportune per garantire le cure essenziali e continuative, che possono essere erogate nell’ambito delle strutture della medicina del territorio o nei presidi sanitari accreditati, strutture in forma poliambulatoriale od ospedaliera, eventualmente in collaborazione con organismi di volontariato aventi esperienza specifica. Tali ipotesi organizzative, in quanto funzionanti come strutture di primo livello, dovranno comunque prevedere l’accesso diretto senza prenotazione né impegnativa”.

La delega alle regioni italiane e la relativa competenza legislativa hanno prodotto sul territorio italiano differenti modalità di attuazione della legge nazionale relativa all’assistenza sanitaria agli Stranieri Temporaneamente Presenti (STP) ed una varietà di soluzioni proposte.

³ Regolamento recante norme di attuazione del testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell’immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, a norma dell’articolo 1, comma 6, del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286”, ”art. 43, comma 8

Il presente lavoro è stato avviato in seguito all'accordo che il Ministero della Salute – CCM ha stipulato con la regione Marche⁴ per la realizzazione del progetto “Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia”. In particolare esso costituisce la prima tappa per il raggiungimento dell'obiettivo specifico che prevede “l'individuazione e l'implementazione, nell'ambito dei servizi territoriali, di modelli organizzativi sanitari regionali adeguati a garantire, in modo omogeneo nel territorio nazionale, l'equità nell'accesso alla medicina di base e alle cure primarie, particolarmente per i migranti irregolari”.

Questa indagine intende individuare, a 10 anni dall'emanazione del DPR n. 394/99, quali sono state le risposte dei sistemi sanitari regionali atti a renderlo operativo.

Metodologia

L'indagine è stata condotta, nel periodo ottobre 2007 – aprile 2008, attraverso:

- individuazione di “referenti” negli Assessorati alla Salute delle Regioni e Province Autonome
- somministrazione di una scheda di raccolta dati
- costruzione di una rete interregionale di referenti per lo sviluppo del lavoro.

Si è scelto di utilizzare uno strumento di rilevazione molto semplice, in grado di raccogliere informazioni da tutte le regioni, piuttosto che condurre un'analisi più dettagliata che sarebbe stata incompleta. Infatti dall'indagine telefonica era emerso un comportamento piuttosto disomogeneo tra le regioni ed una scarsa circolazione delle informazioni tra gli Assessorati e le Aziende Sanitarie, per cui talvolta a livello regionale non si ha conoscenza sui servizi attivati a livello territoriale.

Si desidera sottolineare che l'indagine è stata mirata alla descrizione delle risposte che i Sistemi Sanitari Regionali hanno organizzato piuttosto che al censimento di “buone pratiche” che, per quanto eccellenti possano essere in taluni contesti, trovano spesso la loro anima nell'ambito di progetti specifici, spesso a termine per lo scarso sostegno economico e/o nella spinta di professionisti particolarmente preparati e motivati. L'indagine è stata condotta intervistando interlocutori degli Assessorati alla Salute e non attraverso il censimento delle normative.

Risultati

Quali sono state le modalità di adesione delle regioni italiane al DPR n. 394/99?

Dall'indagine è emerso che l'applicazione delle disposizioni legislative nazionali relative all'assistenza sanitaria della popolazione immigrata in condizione di irregolarità con il permesso di soggiorno, nelle Regioni e Province Autonome ha avuto esiti differenti.

Infatti sono 12 su 21 le regioni che hanno emanato direttive specifiche alle Aziende Sanitarie sulle modalità per fornire l'assistenza sanitaria di base agli STP, mentre nelle rimanenti 9 regioni le Aziende Sanitarie hanno recepito individualmente la normativa nazionale.

⁴ Accordo Ministero della Salute/CCM – Regione Marche (Uff. I, n. DG/PREV/13488/P/F 3 ad, 2007)

Fig. 1. Adesione delle regioni al DPR 394/99 (marzo 2008)

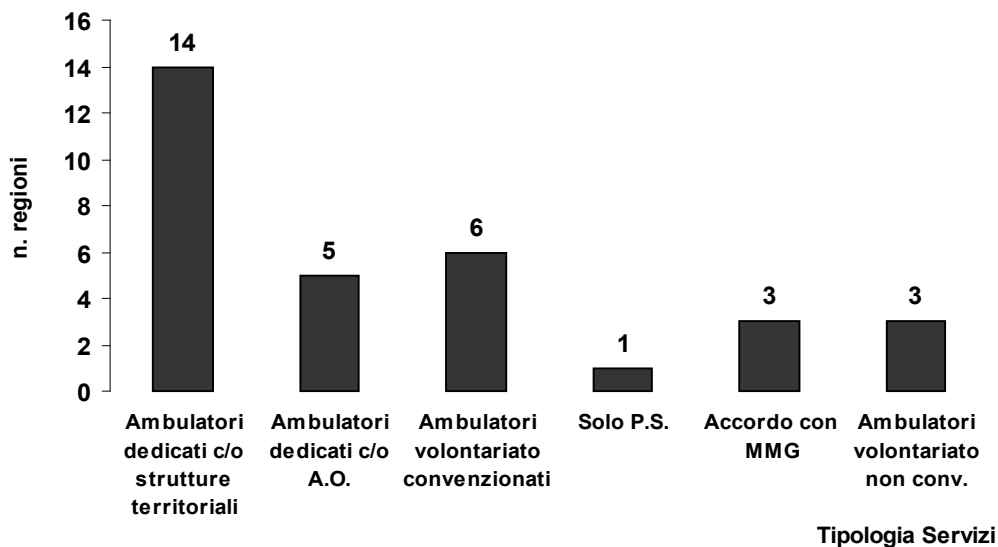
Tra le regioni che hanno emanato direttive 8 hanno indicato l'istituzione di servizi ambulatoriali (Piemonte, Veneto, Marche, Lazio, Molise, Campania, Sicilia, Sardegna). 3 regioni hanno dato indicazioni affinché gli immigrati STP possano essere assistiti dai MMG (P.A. Trento, Toscana, Umbria). 1 regione, il Friuli Venezia Giulia ha emanato direttive sull'assistenza pediatrica.

Attraverso quali servizi è garantita l'assistenza sanitaria agli STP?

Dal momento che nel territorio esiste una domanda di assistenza sanitaria da parte della popolazione immigrata senza permesso di soggiorno, si è cercato di conoscere come essa viene fornita indipendentemente dal fatto che la regione abbia dato o meno indicazioni alle Aziende Sanitarie

Quello che si rileva è la notevole diversità della tipologia di servizi tra le regioni.

Fig. 2. Tipologie di servizi che nelle regioni erogano assistenza sanitaria di base agli immigrati STP (Italia, marzo 2008).



Fonte: Scheda "Immigrati e servizi sanitari regionali", periodo ott.07-mar.08 Elaborazione: Osservatorio Epidemiologico Diseguaglianze ARS Marche

La figura 2 riporta le tipologie di servizi esistenti per l'assistenza sanitaria di base agli immigrati STP ed il numero di regioni in cui essi sono presenti. In ciascuna regione possono essere presenti più tipologie di servizi.

In sintesi emerge che sono presenti:

- ambulatori dedicati per STP presso le strutture territoriali in 14 regioni su 20, (Piemonte, Valle d'Aosta, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Marche, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Sicilia, Sardegna),
- ambulatori di volontariato in convenzione con le AS del SSR in 6 regioni, (Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Lazio, Campania, Calabria, Sardegna),
- ambulatori dedicati per STP presso Aziende Ospedaliere in 5 regioni, (P.A. Bolzano, Veneto, Liguria, Lazio, Abruzzo.),
- assistenza fornita dai MMG in 3 regioni (Toscana, Umbria e P.A. di Trento),
- ambulatori di volontariato non convenzionati con il SSR in 3 regioni (Lombardia, Puglia e Liguria),
- assistenza sanitaria solo attraverso il Pronto Soccorso in 1 regione (Basilicata).

La tipologia di offerta assistenziale più frequente risulta essere quella degli ambulatori dedicati agli STP istituiti presso le strutture territoriali o ospedaliere.

Da segnalare che ci sono comunque regioni o territori regionali dove l'unica possibilità di accesso alle cure è rappresentata dal Pronto Soccorso .

Per quanto riguarda l'offerta "volontaria" sia convenzionata che non, questa non sempre è nota a livello regionale e molto verosimilmente i dati rilevati sottostimano il fenomeno.

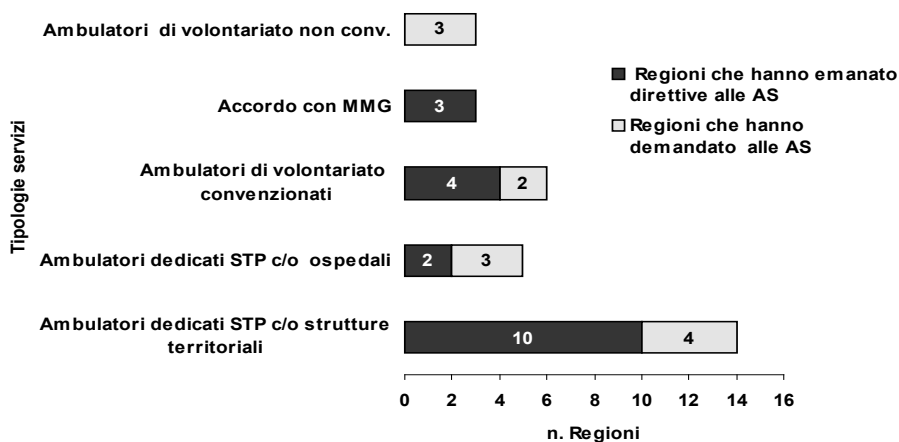
Riguardo alla situazione dell'assistenza pediatrica agli STP, essa risulta alquanto mal definita e, comunque sostanzialmente carente.

Infatti sono solamente 4 le regioni che hanno individuato, dandone indicazioni alle AS, le modalità di accesso all'assistenza pediatrica. Friuli Venezia Giulia, P.A. di Trento, Toscana e Umbria prevedono che siano i PLS a garantire l'assistenza pediatrica ai bambini attraverso l'iscrizione STP.

Quale impegno dei SSR per l'assistenza sanitaria di base agli immigrati STP?

L'indagine ha evidenziato la rilevanza che le direttive regionali hanno in termini di ricadute sulla realizzazione dei servizi per gli STP da parte delle AS.

Fig. 3. Tipologie di servizi che erogano assistenza sanitaria di base agli immigrati STP nelle regioni che hanno emanato direttive e in quelle che hanno demandato alle Aziende Sanitarie l'applicazione del DPR n. 394/99 (Italia, marzo 2008).



Fonte: Scheda "Immigrati e servizi sanitari regionali", periodo ott.07-mar.08

Elaborazione: Osservatorio Epidemiologico Diseguaglianze ARS Marche

AS: Aziende Sanitarie

La figura 3 illustra le tipologie di servizi per l'assistenza sanitaria di base presenti nelle regioni che in attuazione del DPR n. 394/99 hanno emesso direttive per l'organizzazione dei servizi e in quelle che hanno demandato alle AS la realizzazione degli stessi.

Si può osservare che le indicazioni regionali sono risultate fondamentali per stimolare le aziende locali all'organizzazione dei servizi sanitari per gli immigrati STP.

Delle 14 regioni in cui sono presenti ambulatori per STP presso strutture territoriali, 10 hanno dato direttive in tal senso.

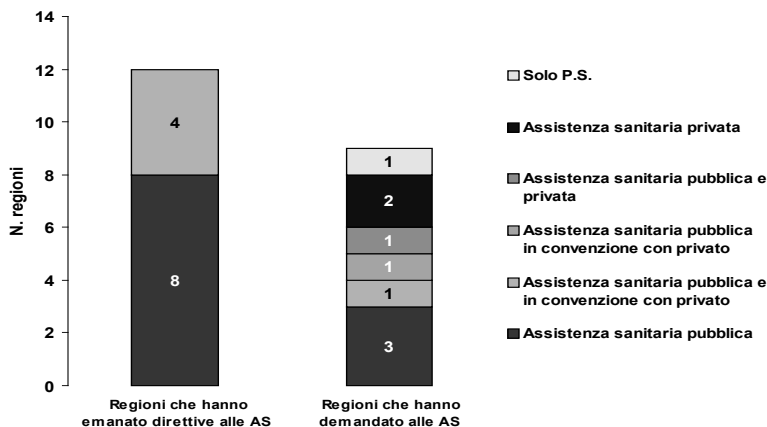
Delle 5 regioni in cui sono presenti ambulatori presso strutture ospedaliere 3 hanno demandato alle AS, e 2 hanno emanato direttive.

Delle 6 regioni in cui sono presenti ambulatori di volontariato in convenzione, 4 hanno emanato direttive.

Le 3 regioni in cui l'assistenza sanitaria agli STP viene garantita attraverso un accordo con i MMG hanno deliberato in tal senso.

Le 3 regioni in cui sono presenti ambulatori di volontariato non in convenzione con la struttura pubblica si trovano in regioni che hanno demandato alle AS l'applicazione del DPR n. 394/99.

Fig. 4. Modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria di base agli immigrati STP nelle regioni che hanno emanato direttive e in quelle che hanno demandato alle Aziende Sanitarie l'applicazione del DPR n. 394/99 (Italia, marzo 2008)



Fonte: Scheda "Immigrati e servizi sanitari regionali", periodo ott.07-mar.08

Elaborazione: Osservatorio Epidemiologico Diseguaglianze ARS Marche

AS: Aziende Sanitarie

Relativamente alle modalità di assistenza sanitaria di base nelle 12 regioni che hanno emanato direttive per l'attuazione del DPR n. 394/99 si evidenzia l'impegno del SSR che eroga assistenza sanitaria direttamente (8 su 12)⁵ e anche mediante forme di convenzione con associazioni di volontariato (4 su 12)⁶.

La presenza del SSR è proporzionalmente inferiore nelle regioni che non hanno emesso direttive regionali (3 su 9)⁷. In queste regioni, inoltre, sembra esserci una maggiore variabilità nell'organizzazione dei servizi pubblici e del volontariato no profit: in 2, Lombardia e Puglia, sono presenti solo ambulatori di volontariato; in 1, la Calabria, sono presenti ambulatori di volontariato convenzionati, in 1, la Liguria, ambulatori di volontariato e ambulatori presso strutture pubbliche; in 1, l'Emilia Romagna sono presenti ambulatori pubblici e convenzionati; in 1 regione, la Basilicata, l'unico accesso all'assistenza sanitaria è attraverso il Pronto Soccorso. (Fig. 4).

Le regioni che si sono dotate di una propria normativa sono risultate più attive anche nella promozione dei servizi e negli interventi di formazione degli operatori sanitari.

Conclusioni e sviluppi

La presente indagine ha fatto emergere una sostanziale difformità tra i Sistemi Sanitari Regionali Italiani nelle modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria agli immigrati STP che deriva sostanzialmente dal fatto hanno differenti livelli di attuazione delle normative nazionali.

Nello specifico, a distanza di 10 anni dall'emanazione della DPR n. 394/99, solamente 12

⁵ Piemonte, P.A. Trento, Veneto, Toscana, Umbria, Marche, Molise, Sicilia

⁶ Campania, F.V. Giulia, Lazio, Sardegna

⁷ Valle d' Aosta, P.A. Bolzano, Abruzzo

regioni su 21 ne hanno dato attuazione emanando direttive su come erogare l'assistenza sanitaria di base agli immigrati STP.

Nelle rimanenti 9 regioni, in assenza di indicazioni regionali, le Aziende Sanitarie hanno interpretato in vario modo la normativa nazionale, organizzando o meno differenti forme di risposte assistenziali.

Complessivamente quindi si configura un quadro molto variegato tra le regioni e spesso anche all'interno della stessa regione.

Anche l'impegno del SSR nell'organizzazione e nel finanziamento dell'offerta assistenziale è molto variabile da regione a regione, andando dal completo finanziamento dei servizi in 11 regioni e P.A., ad un finanziamento parziale in 7 regioni, a nessun finanziamento in 3 regioni.

Un dato importante che emerge dall'indagine è la rilevanza che le direttive regionali hanno in termini di ricadute sulla realizzazione dei servizi per gli STP da parte delle AS, le indicazioni regionali sono risultate fondamentali per stimolare le aziende locali alla realizzazione di servizi pubblici, all'implementazione di modelli omogenei e alla cooptazione delle associazioni di volontariato, che in tali realtà hanno trovato forme strutturate di collaborazione con il Servizio Sanitario Regionale

Una menzione particolare merita l'assistenza sanitaria pediatrica ai bambini STP che secondo quanto previsto dalla Convenzione sui diritti del fanciullo (New York 1989, in Italia L. n. 176/91)

dovrebbe comunque essere garantita a tutti i bambini, indipendentemente dallo status e condizione giuridica. La salute dei bambini, infatti dovrebbe essere una priorità in tutti i Sistemi Sanitari, travalicando ogni eventuale limitazione politico-amministrativa.

Purtroppo risulta che in Italia nessuna regione abbia preso in considerazione l'iscrizione dei bambini figli di immigrati clandestini al SSN e sono solamente 4 le regioni che hanno indicato alle AS, le modalità di accesso all'assistenza pediatrica.

Nell'insieme i risultati dell'indagine sottolineano che per gli immigrati senza un regolare permesso di soggiorno presenti in Italia la possibilità di accedere all'assistenza di base varia a seconda della regione e del territorio in cui essi si trovano, il che comporta una lesione dell'art. 32 della Costituzione italiana ed una deroga ai Livelli Minimi di Assistenza e al principio di equità ispiratore del Sistema Sanitario Italiano. Va ricordato anche che in assenza di indicazioni sui modelli organizzativi da realizzare viene a mancare la possibilità di individuare indicatori per monitorare la domanda ed il grado di risposta da parte dei servizi.

Per di più è stato recentemente segnalato che dal punto di vista della sostenibilità per il SSN, gli immigrati irregolari non sono un problema, in quanto solo lo 0,5% della spesa sostenuta in Italia per i ricoveri ospedalieri è da addebitare agli STP e, fatto importante, tale valore non è aumentato negli anni (13).

Durante e a seguito dell'indagine si è costituita una rete di referenti regionali che hanno iniziato a scambiarsi esperienze, disposizioni normative ed a confrontarsi su alcuni aspetti pratici inerenti l'assistenza sanitaria agli immigrati.

Allo stesso tempo si è ritenuto importante, in accordo con quanto già sollecitato in varie sedi⁸ attivare forme stabili di confronto e collaborazione tra le regioni e di concertazione tra le stesse ed il livello nazionale. Pertanto si è costituito nell'ottobre 2008 in sede di Cordinamento Commissione Salute un Tavolo Tecnico interregionale con il mandato di :

8 Agli atti della IX Consensus Conference della SIMM. M. Marceca, S. Geraci, B. Martinelli "Politiche regionali per la salute degli immigrati" viene suggerita "l'istituzione di uno specifico tavolo di collegamento sanitario tra le Regioni e le Province autonome, il che consentirebbe, in questa fase di consolidamento del fenomeno migratorio ma con caratteristiche ancora estremamente dinamiche e diversificate, una condivisione di percorsi atti a implementare l'accessibilità alle strutture ed uno scambio di esperienze positive.

1. fornire agli Assessori regionali alla Salute indicazioni tecniche per l'implementazione ed il consolidamento, laddove presenti, di modelli assistenziali atti a garantire un livello uniforme di erogazione di assistenza di medicina generale e assistenza pediatrica (a questo proposito le Regioni che hanno deliberato mettono a disposizione gli atti e le varie normative),
2. elaborare strumenti per ridurre la soggettività interpretativa delle regole per l'accesso alle prestazioni sanitarie e le condizioni di partecipazione alla spesa (es. una carta dei servizi),
3. individuare le iniziative più efficaci da realizzare al fine di migliorare la comunicazione con l'utenza straniera e la circolazione delle corrette informazioni tra gli operatori (es. corsi di formazione ad hoc, impiego della mediazione interculturale),
4. individuare indicatori per il monitoraggio delle azioni suddette a livello nazionale e regionale.

Bibliografia

1. Costa G, Spadea T (2004). Diseguaglianze di salute in Italia. In *Epidemiologia e prevenzione*, anno 28 supplemento (3) maggio-giugno
2. Wilkinson, R. G. (1997). Health inequalities: relative or absolute material standards? *British Medical Journal*, 314: 591-595 Reprinted in: Kawachi I, Kennedy B, Wilkinson RG (Eds.). *Income inequality and health. The Society and Population Health Reader* (Vol. 1). New Press N.Y. 1999
3. Wilkinson, R. G. (1999a). Income inequality, social cohesion, and health: clarifying the theory & a reply to Muntaner and Lynch. *International Journal of Health Services*, 29(3): 525-543.
4. Brunner, E., & Marmot, M. (1999). Social organization, stress, and health. In M. G. Marmot, & R. G. Wilkinson. *The social determinants of health*. OUP. Coburn, D. (2000). Income, inequality, social cohesion and the health status of populations: the role of neo-liberalism. *Social Science & Medicine*, 51: 139-150.
5. Lynch, J. W., Kaplan, G. A., & Salonen, J. T. (1997). Why do poor people behave poorly? Variations in adult health behaviour and psychosocial characteristics, by stage of the socioeconomic lifecourse. *Social Science Medical*, 44: 809-820.
6. Mackenbak J, Bos V, Andersen O et al. Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. *Int J Epidemiol* 2003, 32:830-837
7. Michelozzi P, Perucci CA, Forestiere F, Fusco, D'Ancona C, Dell'Orco V. Inequality in health: socioeconomic differentials in mortality in Rome, 1990-1995. *J Epidemiol Community Health* 1999, 53: 687-693. Cardano N, Costa G, Demaria M, Merler E, Buggeri A. Le disuguaglianze di mortalità negli studi longitudinali italiani. *Epidemiol Prev* 1999, 23:141-152
8. Vannoni F, Cois E. L'emarginazione sociale. *Epidemiol Prev*, suppl 3, maggio-giugno 2004: 32-39
9. Carta di Ottawa, 1986
10. Dahlgren G, Whitehead M (2007). European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Studies on social and economic determinants of population health, No. 3).
11. Lai Fong Chiu, University of Leeds, UK. Improving patient and community empowerment: the participatory action research/learning as an alternative approach. 14th International HPH Conference "Integrating health promotion, prevention, treatment and care for chronic diseases across the health system", May 24-26, 2006, Palanga, Lithuania.

12. Rapporto annuale sull'andamento infortunistico 2007, INAIL
13. La spesa sanitaria per gli immigrati. A cura del gruppo di lavoro nazionale "Profilo di salute della popolazione immigrata". Monitor, Anno VII, 21, 2008.

Sitografia

<http://www.who.int/en/> (ultima consultazione settembre 2008)
www.ministerosalute.it/ (ultima consultazione settembre 2008)
<http://www.statoregioni.it/> (ultima consultazione settembre 2008)
<http://welfare.formez.it/immigrazione.html> (ultima consultazione settembre 2008)
<http://www.cestim.it/21salute.htm#doc> (ultima consultazione settembre 2008)
<http://www.issirfa.cnr.it/cerca/salute> (ultima consultazione settembre 2008)
<http://www.iismas.it/> (ultima consultazione settembre 2008)
<http://www.asgi.it/> (ultima consultazione settembre 2008)
<http://www.studiocataldi.it/immigrazione.asp> (ultima consultazione settembre 2008)
<http://www.cevas.it/imparare/index.htm> (ultima consultazione settembre 2008)
<http://www.simmweb.it/> (ultima consultazione settembre 2008)

**Risultati preliminari di uno screening delle “Ferite Invisibili” nell’ambulatorio di
Medicina Generale Caritas per immigrati**

*Sara Carrer, Elena Catino, Montserrat Lafuente, Massimiliano Aragona, Marco Mazzetti,
Bianca Maisano, Salvatore Geraci*

Area sanitaria Caritas di Roma

Introduzione

Diversi studi presenti in letteratura hanno evidenziato come lo status di migrante rappresenti un potenziale fattore di rischio per la salute psicofisica dell’individuo (Geraci et al., 2005; Mazzetti, 1996).

A prescindere dalle condizioni di partenza, la persona migrante potrà doversi confrontare con un senso di perdita profondo: degli affetti, della lingua madre, dei ritmi e dello stile di vita conosciuto, confrontarsi quindi con la perdita di una parte di sé. A ciò si aggiunge lo *stress da transculturazione*: la pressione psicologica cui è sottoposto l’immigrato, soprattutto durante il periodo di insediamento. Questo può essere riconducibile alle difficoltà comunicative e linguistiche, alla necessità di confrontarsi con coordinate culturali differenti, nonché all’esibizione di un corpo che ricorda costantemente la propria differente provenienza, acuendo, potenzialmente, i vissuti di isolamento e di emarginazione. Un ulteriore rischio può derivare dal non essere riconosciuti come individui, ma appiattiti in categorie svilenti e depersonalizzanti: stranieri, immigrati extracomunitari, clandestini (Pegoli et al., 2008).

La maggior parte degli studi presenti in letteratura hanno focalizzato l’attenzione su popolazioni specifiche, come rifugiati e richiedenti asilo, nelle quali hanno riscontrato una prevalenza di psicopatologia altamente variabile. Dei numerosi studi esaminati, riportiamo una tabella che ne evidenzia alcuni e che pone l’attenzione su detta notevole variabilità, con particolare riferimento alla prevalenza del PTSD (tra l’8,9 e il 90%), della depressione (tra il 5 e l’86%), dell’ansia (tra il 54,4 e il 77%). Tali manifestazioni sintomatologiche si presentano spesso associate nello stesso individuo, aumentando la gravità del quadro clinico e i livelli di disabilità psicosociale conseguenti.

<i>Studio</i>	<i>Campione e metodologia</i>	<i>PTSD</i>	<i>Ansia</i>	<i>Depressione</i>
<u>Sabin et al., 2006</u>	179 rifugiati maya rimpatriati in Guatemala dopo aver trascorso 12-18 anni nei campi profughi in Messico	8,9%	72,2%	67%
<u>Mollica et al., 1998</u>	51 ex-detenuti politici vietnamiti arrivati negli USA	90%	---	49%
<u>Fazel et al., 2005</u>	Review: 25 studi compiuti su una popolazione non selezionata di 7000 rifugiati in nazioni occidentali	9-11%	---	5%
<u>Sabin et al., 2003</u>	170 rifugiati del Guatemala in Messico (Chapas) 20 anni dopo il conflitto civile	11,8%	54,4%	38,8%
<u>Keller et al., 2003</u>	70 richiedenti asilo politico detenuti in New York, New Jersey e Pensilvania	50%	77%	86%

L'elevata incidenza di PTSD in popolazioni di rifugiati risulta correlata all'aver subito traumi di diversa natura nei paesi di origine e all'esposizione a fattori stressanti intervenuti durante e successivamente all'evento migratorio.

Le cause di abuso evidenziate con maggior frequenza sono connesse con: l'attività o l'opinione politica (59%), l'etnia (42%), la religione (32%) (Asgary et al., 2006). Tra i rifugiati, il 25% ha subito torture e l'80% è stato esposto ad altri traumi pre-migratori, quali assistere ad un omicidio, ricevere minacce per la vita, essere separati da un membro della famiglia o subire brainwashing (Sinnerbrink et al., 1997). La tortura, in particolare, rappresenta il maggior fattore di rischio indipendente per lo sviluppo di PTSD (Silove et al., 2002; Ekblad et al., 2002; Thompson et al., 1995). Tra gli altri eventi traumatici che sembrano rivestire un ruolo

di primo piano nel determinare lo sviluppo di PTSD ricordiamo: le violenze interpersonali (essere vicini alla morte, essere gravemente feriti, ricevere minacce per la vita) (Resmussen et al., 2007), assistere alla morte violenta di un membro della famiglia o alla mutilazione di un amico o familiare (Sabin et al., 2006).

I fattori post-migratori, d'altra parte, rivestono un ruolo importante nel determinare lo sviluppo del PTSD. In particolare, i fattori stressanti post-migratori di maggiore rilievo risultano essere: le problematiche connesse alla richiesta di asilo (detenzione provvisoria, possibilità di ottenere un visto provvisorio piuttosto che permanente, rifiuto della richiesta di asilo), la paura di essere rimpatriati, gli ostacoli nell'inserimento lavorativo e nell'accesso ai servizi sociali e sanitari, la separazione dalla famiglia e la necessità di una rete di supporto sociale.

Mentre esistono molteplici studi su rifugiati e richiedenti asilo, non sono di nostra conoscenza studi sistematici sulle patologie psicotraumatiche in immigrati non rifugiati.

Sono reperibili alcuni dati sulla presenza di quadri depressivi in alcune popolazioni di migranti (cfr. Simich et al., 2007; Lin e Hung, 2007) secondo cui la depressione sarebbe una possibile modalità di esprimere la sofferenza legata alle difficoltà socio-ambientali tipiche dello status di migrante. Infine, recenti studi hanno segnalato un'elevata prevalenza di somatizzazioni tra gli immigrati, suggerendo che in queste popolazioni la presentazione somatica possa essere una frequente modalità di esprimere il disagio psichico (Aragona et al., 2005).

In sintesi, dalle ricerche effettuate in letteratura, si può sostenere che:

- Disturbi post-traumatici sono presenti in un'ampia percentuale di rifugiati e richiedenti asilo.
- In queste persone il PTSD è spesso correlato ad ansia e depressione, mentre è meno documentato un suo possibile legame con le somatizzazioni.
- Mentre vi sono molti dati sul PTSD nei rifugiati, dati analoghi in popolazioni di soggetti immigrati per altri motivi sono poco noti.

Il presente lavoro, parte di una ricerca attualmente in itinere, ha come obiettivi principali:

- valutare la prevalenza di PTSD, ansia, depressione e somatizzazioni in un campione di migranti afferenti alla medicina generale del Poliambulatorio Caritas;
- valutare le correlazioni tra i vari sintomi psicopatologici, gli eventi traumatici e i fattori post-migratori;
- approfondire le conoscenze sulla salute psicofisica e i bisogni di cura inespressi degli immigrati afferenti ai servizi di primary-care.

Materiali e Metodi

Campione

Il campione, nella valutazione in itinere di cui riferiamo, risulta costituito da 96 persone (40 maschi e 56 femmine) reclutate tra gli afferenti in prima visita, agli ambulatori di Medicina Generale. La maggioranza proviene dai paesi dell'Europa dell'Est, gli altri dal Bangladesh, dalla Cina, dalla Guinea, dal Congo, dall'Afghanistan, dal Pakistan e da altri paesi, europei e non.

La media delle età corrisponde a 40,4 anni. A differenza di altri studi riportati in letteratura, il campione di questa indagine non costituisce una popolazione specifica, ad esempio rifugiati e richiedenti asilo, bensì un gruppo eterogeneo per caratteristiche socio-demografiche e per le ragioni che ne hanno motivato la migrazione. D'altro canto, la stessa popolazione, è accomunata dalla possibilità di accesso alle cure.

Tale specificità è particolarmente interessante al fine di valutare la prevalenza dei disturbi post-traumatici in popolazioni che non necessariamente hanno subito eventi quali condizioni di guerra, lesioni corporee e/o cerebrali, tortura (citando solo alcuni degli eventi traumatici presi in considerazione dall'HTQ). Descrivendo con maggiore specificità le caratteristiche del

campione troviamo che la maggioranza delle persone dichiara di essere emigrata per motivi economici (57,3%), mentre la restante parte per motivi politici (14,6%), di studio (2,1%), per ricongiungimento familiare (6,25%) o perché di passaggio verso un altro paese (2,1%). In massima parte, il campione in esame risulta per la maggior parte costituito da migranti provenienti dai paesi dell'Europa dell'Est; gli altri paesi rappresentati sono: Bangladesh, Cina, Guinea, Congo, Afghanistan e Pakistan. Il periodo di permanenza in Italia si distribuisce equamente: il 31,25 dei soggetti vive in Italia da 1 anno, il 25% da 2-3 anni, il 20,9% da 4-5 anni e la restante parte da più di cinque anni. Sebbene il 45,9% degli individui dichiarati di essere coniugato, soltanto il 26,04%, vive effettivamente con il coniuge o con la propria famiglia.

Strumenti

Le persone coinvolte nello studio, in attesa della prima visita, hanno compilato una breve scheda anagrafica (in questa sono richieste informazioni generali sulla nazionalità, la data di nascita, i motivi della migrazione, la percezione del proprio stato di salute e le aspettative riguardanti il progetto migratorio), una lista di eventi traumatici con risposte dicotomiche e la seguente batteria di questionari autosomministrati:

1. *Harvad Trauma Questionnaire (HTQ)*, volto ad identificare la presenza di una specifica sintomatologia post traumatica;
2. *Hopkins Symptom Checklist (HSCL-25)*, che indaga i sintomi di ansia e depressione;
3. *Post-Migration Living Difficulties (PMLD)*, che valuta le difficoltà incontrate dagli immigrati nel paese ospite (discriminazione, accesso ai servizi di cura, solitudine, separazione dalla famiglia, difficoltà di trovare un lavoro, paura di essere rimpatriati, ecc);
4. *Bradford Somatic Inventory (BSI)*, che valuta i sintomi di somatizzazione attraverso affermazioni riguardanti malesseri come mal di testa, dolore o tensione al collo, diminuzione dell'energia, ecc.

Analisi dei dati

E' stata calcolata la frequenza nel campione sia degli eventi traumatici, sia degli eventi stressanti post-migratori. E' stata quindi valutata la prevalenza nella popolazione studiata di PTSD, Depressione, Sindromi d'Ansia e Sindromi da Somatizzazione. E' stata quindi effettuata una analisi della correlazione tra PTSD e altri fattori in esame, e si è infine valutata statisticamente (test T di Student) la significatività delle differenze tra le medie nei vari punteggi, confrontando i soggetti con PTSD con quelli in cui il test di screening tende ad escludere tale patologia.

Risultati e discussione.

I soggetti hanno vissuto in media 1,6 eventi traumatici. La prevalenza del PTSD è del 14,6%, dell'ansia il 35,4%, della depressione il 41,7% e delle somatizzazioni il 34,4%. Coerentemente ai dati della letteratura, il disturbo post-traumatico da stress risulta correlato ad ansia (0,71) e a depressione (0,75). Non presente nella letteratura da noi precedentemente esaminata è invece l'evidenza di una correlazione tra PTSD e somatizzazioni (0,6). Tali risultati ribadiscono l'importanza di considerare i fattori di comorbidity, dal momento che l'associazione tra due o più sindromi psicopatologiche aumenta i livelli di disabilità e costituisce un fattore di rischio aggiuntivo.

Nel caso delle somatizzazioni l'evidenza di una correlazione è importante in un contesto di medicina generale, perché il paziente richiede aiuto solo per i sintomi somatici. Ciò implica che, se non si individua prontamente che sotto ai sintomi fisici c'è una sofferenza psichica, si corre il rischio di sottostimare l'incidenza reale del disturbo nascondendolo sotto etichette mediche poco specifiche, con evidenti ripercussioni sul piano del trattamento, dell'efficacia

terapeutica (si pensi ai problemi di iatrogenia e cronicizzazione), nonché della relazione medico-paziente.

Al fine di approfondire il legame tra il disturbo post-traumatico da stress e gli altri disturbi indagati, si è pensato di suddividere il campione delle risposte dell'HTQ in due sottocampioni: i soggetti che raggiungevano la soglia per il PTSD da quelli non sintomatici (o comunque sotto la soglia). Entrambi sono stati successivamente confrontati rispetto ad ansia ($27,35 \pm 9,46$ vs. $15,91 \pm 6,24$; $p < 0,001$), depressione ($38,35 \pm 9,72$ vs. $22,73 \pm 9,08$; $p < 0,00001$), somatizzazioni ($21,78 \pm 11,43$ vs. $10,2 \pm 8,71$; $p = 0,001$), numero di traumi ($3,5 \pm 1,9$ vs. $1,29 \pm 2,5$; $p < 0,01$) e difficoltà di vita post-migratorie ($44,3 \pm 18,1$ vs. $24,4 \pm 16,2$; $p < 0,001$).

Dall'analisi complessiva di questi dati si evince che chi soffre di PTSD ha anche frequentemente quadri depressivi e ansiosi, e inoltre spesso nasconde la sofferenza psichica dietro sintomi somatici, rendendo difficile la diagnosi e dunque, suo malgrado, contribuendo a far sì che le sue ferite restino invisibili.

Inoltre, viene confermato il dato rilevato in letteratura secondo il quale gli individui con PTSD risultano avere un numero significativamente maggiore di traumi, che è stato visto come la prova dell'esistenza di una sorta di "soglia" traumatica oltre cui le normali strategie adattive e difensive vengono drasticamente interrotte (Steel et al., 2002).

Dai nostri dati emerge anche un altro aspetto da noi valutato interessante: le persone con PTSD hanno più esperienze postmigratorie difficili e ciò indica la necessità di considerare attentamente le politiche di accoglienza per evitare ritraumatizzazioni in soggetti già sofferenti.

Conclusioni

Quelli presentati sono dati preliminari di uno studio che si inserisce in un dibattito scientifico ancora aperto sul significato ed sul peso da dare al PTSD. In base agli strumenti adottati, dall'analisi complessiva di questi primi dati emerge che i principali quadri di sofferenza psichica associati al trauma sono comuni non solo tra i rifugiati, ma anche in gruppi di immigrati giunti in Italia per altre ragioni (economiche, di studio, ricongiungimento familiare). Con la prudenza necessaria, trattandosi di un'analisi e di una riflessione ancora parziale, possiamo affermare che sta evidenziandosi come queste popolazioni migranti potrebbero essere considerate a rischio psicopatologico, a prescindere dai motivi dell'emigrazione. La ricerca evidenzia inoltre, come verificato nell'ambito clinico del progetto Ferite Invisibili (dell'Area Sanitaria Caritas di Roma, di cui è parte) che un'individuazione precoce di questi problemi può aprire possibilità di cura efficaci, in grado di operare una prevenzione adeguata, la riduzione della sofferenza individuale e, circolarmente, contribuire a un effetto positivo sull'integrazione sociale. Ne consegue la necessità di considerare attentamente le politiche di accoglienza al fine di diminuire i fattori di rischio e la possibile traumatizzazione secondaria. A partire da queste considerazioni, appare utile continuare ad approfondire il tema con lo scopo di innescare un sereno dibattito tecnico-scientifico per offrire strumenti e percorsi adeguati, sia in ambito formativo, che organizzativo ed assistenziale.

Bibliografia

1. ARAGONA, M., TARSITANI, L., COLOSIMO, F., MARTINELLI, B., RAAD, H., MAISANO, B. & GERACI, S. (2005). Somatization in primary care: a comparative survey of immigrants from various ethnic groups in Rome, Italy. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 35, pp. 241-248.
2. CARDOZO, B.L., BILUKHA, O.O., CRAWFORD, C.A., SHAIKH, I., WOLFE, M.I., GERBER, M.L. & ANDERSON, M. (2004). Mental health, social functioning, and disability in postwar Afghanistan. *JAMA*, 292(5), pp. 575-84

3. GERACI S., MAISANO B., MAZZETTI M. (2005). Migrazione e salute. Un lessico per capire. Studi Emigrazione. International journal of migration studies.
4. LIN, L.H. & HUNG, C.H. (2007). Vietnamese women immigrants' life adaptation, social support, and depression. J Nurs Res, 15(4), pp. 243-54.
5. MAZZETTI, M. (1996). Strappare le Radici. Psicologia e Psicopatologia di Donne e di Uomini che Migrano. Torino: L'Harmattan Italia.
6. MOLLICA, R.F., MCINNES, K., PHAM, T., SMITH FAWZI, M.C., MURPHY, E. & LIN, L. (1998). The dose-effect relationships between torture and psychiatric symptoms in Vietnamese ex-political detainees and a comparison group. J Nerv Ment Dis, 186(9), pp. 543-53.
7. PEGOLI, A., CATINO, E., ARAGONA, M., COLOSIMO, F., MAZZETTI, M., MAISANO, B. & GERACI, S. (2008). Salute mentale e immigrazione: l'esperienza della Caritas di Roma. In: K., L'approccio multiculturale. Interventi in psicoterapia, counseling e coaching. ANAGNOSTOPULOS, F., GERMANO, M.C., TUMIATI. Roma: Sovera.
8. SABIN, M., SABIN, K., KIM, H.J., VERGARA, M. & VARESE, L. (2006). The mental health status of Mayan refugees after repatriation to Guatemala. Rev Panam Salud Publica, 19(3), pp. 163-71.
9. SIMICH, L., WU, F. & NERAD, S. (2007). Status and health security: an exploratory study of irregular immigrants in Toronto. Can J Public Health, 98(5), pp. 369-73.
10. SINNERBRINK, I., SILOVE, D., FIELD, A., STEEL, Z. & MANICAVASAGAR, V. (1997). Compounding of premigration trauma and postmigration stress in asylum seekers. Journal of Psychologist, 131(5), pp. 463-470.
11. STEEL, Z., SILOVE, D., PHAN, T. & BAUMAN, A. (2002). Long term effect of psychological trauma on the mental health of Vietnamese refugees resettled in Australia: a population-based study. Lancet, 360(9339).

Il ruolo delle esperienze traumatiche nelle somatizzazioni dei migranti in primary care.

*Elena Catino, Sara Carrer, Massimiliano Aragona, Daniela Pucci, Montserrat Lafuente,
Marco Mazzetti, Bianca Maisano, Salvatore Geraci*

Area Sanitaria Caritas Roma

Introduzione

Le sindromi da somatizzazione, intese come espressione del disagio psichico attraverso una sintomatologia corporea, costituiscono un fenomeno complesso in cui fattori biologici, psicologici e ambientali influenzano la variabilità clinica e il benessere psicofisico. Tra i fattori significativi, le esperienze traumatiche, sia di natura intenzionale sia riconducibili all'area dei traumi "cumulativi" (Khan, 1979), giocano un ruolo fondamentale. In letteratura è noto il legame tra abuso e maltrattamento infantili e il successivo sviluppo di sintomi somatici (Herman, 1992; Terr, 1996; Van der Kolk, 2005).

Le esperienze traumatiche sono frequentemente riportate dagli immigrati. Le cause di abuso più frequenti sono connesse con l'attività/opinione politica (59%), l'etnia (42%) e la religione (32%) (Asgary *et al.*, 2006). Tra la popolazione di migranti il 25% ha subito torture e l'80% è stato esposto ad altri traumi pre- e post-migratori, quali assistere ad un omicidio, ricevere minacce per la vita, essere separati dalla famiglia (Sinnerbrink *et al.*, 1997), assistere alla morte violenta di un membro della famiglia o alla mutilazione di un amico o familiare (Sabin *et al.*, 2006), vivere con 9-15 persone nella stessa casa (Sabin *et al.*, 2003) e soffrire la mancanza di cibo o acqua (Cardozo *et al.*, 2004). Gli studi epidemiologici su campioni specifici, inoltre, come i rifugiati e i richiedenti asilo, documentano una corrispondenza molto elevata con il Disturbo Post-Traumatico da Stress, dove l'intensità dei sintomi e la compromissione delle vittime è pari ai livelli di soprusi e violenza subiti. Ad esempio, i tassi di prevalenza nei campioni composti da ex prigionieri di guerra, generalmente perseguitati per motivi politici, variano dal 50% al 70% (Basoglu *et al.*, 1994; Sutker *et al.*, 1993).

Nonostante la classica triade sintomatologica (risperimentazione, evitamento e iperattivazione) descritta dal Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali per il PTSD (APA, 2000) escluda le somatizzazioni, numerosi studi, a partire dagli anni '80, hanno messo in luce la stretta relazione tra il trauma e i sintomi somatici, ritenuti parte di uno spettro più ampio delle reazioni di adattamento (cfr. Van der Kolk, 2004). In particolare, secondo Van der Kolk e collaboratori (2004) l'iperattività cronica degli individui traumatizzati comporta l'incapacità di cogliere il significato delle sensazioni corporee. I pazienti giungono a interpretare le reazioni emotive unicamente come stati somatici. Incapaci di "sapere" cosa provano, divengono inclini a tempeste affettive e reazioni psicosomatiche indistinte. Allo stesso modo, Litz e collaboratori (1997) hanno suggerito che la conseguente incapacità di elaborare stati emotivi conduca a un'ulteriore iperattività fisiologica e a problemi psicosomatici. In effetti, vi è una stretta relazione tra questi ultimi e l'apatia emozionale nei casi di PTSD (Van der Kolk, 1996). Questa ipotesi è supportata dal lavoro di Pennebaker (2001) che ha dimostrato come bassi livelli di espressione emotiva conducano a un indebolimento delle funzioni immunitarie e a un aumento delle malattie fisiche.

La prevalenza di sindromi da somatizzazione è molto significativa nei servizi di primary care. Una ricerca condotta su un gruppo di soggetti afferenti all'ambulatorio di Medicina Generale della Caritas (Aragona *et al.*, 2005) ha riscontrato punteggi di somatizzazione decisamente elevati (38,87%). Si è indagato, inoltre, lo sviluppo dei sintomi sulla base sia di caratteristiche socio-demografiche (età, sesso, scolarità, etnia) sia di potenziali fattori di rischio legati allo status di migrante (situazione abitativa e lavorativa, grado di integrazione con la popolazione ospite e con i connazionali, soddisfazione/delusione rispetto al progetto migratorio, conoscenza

dell'italiano, periodo di permanenza in Italia). Tra i dati di maggior rilievo è emerso che, coerentemente alla letteratura internazionale, la tendenza a somatizzare è maggiore nelle donne e negli immigrati latino-americani. Gli autori ipotizzano che le differenze di genere dipendano, oltre che da fattori trasversali a tutte le culture quali diversità biologiche, maggior numero di traumi e abusi infantili, modi diversi di esprimere il malessere a seconda dei ruoli sociali, dalla particolarità dell'immigrazione femminile. In molte culture, infatti, la donna è responsabile dell'organizzazione familiare e le è chiesto un maggiore attaccamento ai modelli originali, risultando più vulnerabile allo stress da transculturazione. In questo studio non è emersa nessuna correlazione tra l'età e tendenza a somatizzare. Risultati analoghi si hanno per il livello di scolarizzazione che, peraltro, è mediamente elevato fra gli utenti dell'Ambulatorio. Per quanto riguarda la situazione familiare è emerso che i soggetti coniugati tendono a somatizzare di più rispetto ai non coniugati, probabilmente per le maggiori responsabilità che i primi risentono nei confronti della famiglia.

Sebbene le esperienze traumatiche rappresentino un nodo centrale dei percorsi migratori delle persone che decidono o sono costrette ad abbandonare il proprio paese e i punteggi di somatizzazione siano elevati negli immigrati afferenti ai servizi di primary care, in queste popolazioni la relazione tra trauma e somatizzazioni è stata poco approfondita scientificamente.

Il presente lavoro, parte di una ricerca in itinere, ha come obiettivi principali:

- studiare la relazione tra le somatizzazioni e le esperienze traumatiche in un gruppo di immigrati afferenti alla medicina generale del Poliambulatorio Caritas di Roma;
- approfondire le conoscenze sulla salute psicofisica e i bisogni di cura inespressi degli immigrati nei servizi di primary care.

Materiali e metodi

Campione

Il campione è composto da 101 soggetti (59 maschi e 42 femmine) reclutati tra gli afferenti in prima visita agli ambulatori di Medicina Generale. L'età media è 38,7 anni (± 10.96). La maggioranza proviene dai paesi dell'Europa dell'Est, gli altri dal Bangladesh, dalla Cina, dalla Guinea, dal Congo, dall'Afganistan e dal Pakistan. A differenza di altri studi riportati in letteratura, il campione di questa indagine non costituisce una popolazione specifica, come ad esempio quella dei rifugiati o richiedenti asilo, bensì un gruppo eterogeneo per caratteristiche socio-demografiche e per motivazioni sottostanti l'immigrazione. Esso, d'altra parte, è accomunato dalla condivisione dello status sociale e possibilità di accesso alle cure. Tale specificità è particolarmente interessante per valutare la presenza di patologie post-traumatiche in popolazioni che non necessariamente hanno subito eventi intollerabili. I pazienti erano sottoposti al test prima della visita. Al fine di evitare possibili bias nella randomizzazione si è deciso di somministrare i questionari a differenti ore del giorno. Tutti i partecipanti ricevevano le cure del servizio indipendentemente dall'aver accettato o rifiutato di compilare il test.

Strumenti

Sono stati utilizzati due questionari autosomministrati. Entrambi gli strumenti sono stati tradotti e back-translated in otto lingue (arabo, bengalese, cinese, francese, inglese, russo e spagnolo):

1. *Harvard Trauma Questionnaire* (HTQ) è uno strumento molto utilizzato in letteratura, la cui validità è stata accertata in numerosi contesti culturali e con differenti tipologie di trauma (Shoeb *et al.*, 2007). È volto ad identificare la presenza di una specifica sintomatologia post-traumatica attraverso items che riprendono i criteri diagnostici del Disturbo Post-Traumatico da Stress. Il soggetto è invitato a riportare la presenza dei sintomi su una scala a quattro punti

(per niente, un po', abbastanza, molto);

2. *bradford somatic inventory* (bsi-21) è uno strumento validato nella ricerca transculturale e generalmente utilizzato per l'assessment di popolazioni simili a questo studio (mumford *et al.*, 1991). si compone di 21 items che indagano sintomi fisici (ad esempio, mal di testa, dolore allo stomaco, tensioni nelle diverse parti del corpo, palpitazioni, diminuzione dell'energia, sensazione di soffocamento, stitichezza, ecc.). il soggetto è invitato ad esprimere la presenza di questi sintomi nell'ultimo mese secondo un'intensità crescente (assente, presente meno di 15 giorni, presente più di 15 giorni). il cut-off di 14 distingue i somatizzatori dai non somatizzatori.

Analisi dei dati

Il test T di Student ed il χ^2 sono stati utilizzati per analizzare le differenze sociodemografiche e le variabili generali nel confronto tra somatizzatori e non somatizzatori. Il numero di soggetti con eventi traumatici e quello dei soggetti con PTSD è stato comparato nei due gruppi tramite il test di Fisher. Il numero medio di eventi traumatici è stato analizzato con il test T di Student. Infine, il test U di Mann-Whitney è stato usato per comparare i singoli sintomi di PTSD nei due gruppi.

Per motivi di spazio in questa sede si presenterà una selezione dei dati più rilevanti, mentre l'insieme delle analisi effettuate verrà riportato in un lavoro più esteso di prossima pubblicazione.

Risultati e Discussione.

L'analisi dei dati indica una percentuale elevata di sindromi da somatizzazione: il 38,6% dei soggetti esaminati supera infatti il cut-off al BSI-21 ed è dunque da considerare come un probabile somatizzatore. Non sono state riscontrate differenze statisticamente significative nelle variabili sesso, età e livello di scolarizzazione tra i somatizzatori e non somatizzatori. La presenza di traumi riportata dai somatizzatori è maggiore rispetto ai non somatizzatori. La media del numero di esperienze traumatiche, inoltre, è significativamente più alta nei soggetti con somatizzazione (2.41 ± 2.39 vs. 1.29 ± 2.03 ; $p=0.008$). Ciò conferma il dato di letteratura secondo il quale un numero maggiore di traumi costituisce un fattore di rischio aggiuntivo che aumenta la vulnerabilità psicopatologica, compromettendo le normali strategie difensive dell'individuo (cfr. Tabella I).

Tabella I

	Somatizzatori (n. 39)	Non somatizzatori (n. 62)
P r e s e n z a traumi	27 (69,23%)	25 (40,32%)
A s s e n z a traumi	12 (30,77%)	37 (59,68%)

Fisher Test; $p= 0.003$

Utilizzando il test di Fisher si è valutato il ruolo delle singole esperienze traumatiche: la deprivazione materiale, le lesioni corporee, essere obbligato a far del male agli altri, la morte/scomparsa delle persone amate e le lesioni cerebrali sembrano avere un peso maggiore nel determinare le differenze riscontrate tra somatizzatori e soggetti non sintomatici (cfr. Tabella II).

Tabella II

Elenco traumi	Somatizzatori		Non somatizzatori		p
	n. soggetti	%	n. soggetti	%	
Deprivazione materiale	18	17,82%	12	11,8%	0.003
Condizioni di guerra	8	7,92%	12	11,8%	0.196
Lesioni corporee	15	14,8%	12	11,8%	0.023
Reclusione forzata o coercizione	9	8,9%	7	6,9%	0.057
Tortura	5	4,9%	9	8,9%	0.234
Obbligato a far male agli altri	7	6,9%	1	0,9%	0.005
Scomparsa, morte o lesione a persone care	15	14,8%	14	13,8%	0.047
Testimone di violenza nei confronti di altri	12	11,8%	12	11,8%	0.085
Lesioni cerebrali	5	4,9%	1	0,9%	0.029

Le persone che raggiungono la soglia per il PTSD manifestano in comorbidity un disturbo di somatizzazione in misura maggiore rispetto al gruppo dei non somatizzatori. Le sindromi da somatizzazione, dunque, manifestano una doppia correlazione positiva: non solo con l'aver vissuto eventi traumatici, ma anche con lo sviluppo di una specifica patologia post-traumatica. Tale risultato è interessante poiché contribuisce ad allargare lo spettro delle reazioni individuali a disagi apparentemente meno eclatanti che, tuttavia, hanno una ricaduta fondamentale sul piano clinico e del trattamento (cfr. Tabella III).

Tabella III

	Somatizzatori (n. 39)	Non somatizzatori (n. 62)
Si PTSD (>2,5)	12 (30,77%)	4 (6,45%)
No PTSD (<2,5)	27 (69,23%)	58 (93,55%)

Fisher Test; $p=0.0014$

Infine, l'analisi degli item all'Harvard Trauma Questionnaire indica che tutti i sintomi del PTSD sono molto comuni tra i somatizzatori.

Conclusioni

L'analisi complessiva dei dati mette in luce un legame significativo, negli immigrati, tra somatizzazioni ed esperienze traumatiche tipiche di queste popolazioni. Ciò implica la necessità di indagare eventuali storie psicotraumatiche in soggetti che si presentano in medicina generale lamentando sintomi somatici inquadrabili come somatizzazioni. La mancanza di un concetto diagnostico preciso e comprensivo della complessità delle reazioni individuali ha serie conseguenze sul trattamento perché viene persa la relazione tra i sintomi manifestati dal paziente e il trauma. Il risultato è una comprensione parziale del problema e un approccio frammentario al trattamento. Gli individui traumatizzati possono utilizzare una grande quantità di medicinali: per il mal di testa, per l'insonnia, per i dolori nelle altre parti del corpo. Questi

rimedi, tuttavia, risultano insufficienti e poco efficaci giacché le questioni sottostanti al trauma non sono individuate. La comprensione e il riconoscimento del ruolo del trauma è centrale nel processo curativo e informa diversi aspetti del trattamento. Tale comprensione, infatti, getta le basi per un'alleanza terapeutica collaborativa in grado di normalizzare e convalidare le reazioni emotive del paziente rispetto agli eventi passati, sostenendolo nella costruzione di un progetto migratorio solido. In contesti quali gli ambulatori di Medicina Generale, inoltre, vi è il rischio ulteriore di sottostimare l'incidenza reale delle somatizzazioni, con evidenti ripercussioni sul piano dell'efficacia terapeutica (si pensi ai problemi di iatrogenia e cronicizzazione) e della relazione medico-paziente. In conclusione, le somatizzazioni rappresentano un disagio silente e apparentemente meno eclatante, che, tuttavia, costituiscono una delle principali sequele psicopatologiche del trauma, in grado di influenzare profondamente sia la prognosi sia l'esito del trattamento. L'individuazione precoce e la corretta definizione diagnostica favorirebbero l'elaborazione delle esperienze traumatiche.

Bibliografia

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed., rev.). Washington, DC: Author. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-IV-TR). Milano: Masson, 2002.
2. ARAGONA, M., TARSITANI, L., COLOSIMO, F., MARTINELLI, B., RAAD, H., MAISANO, B. & GERACI, S. (2005). Somatization in primary care: a comparative survey of immigrants from various ethnic groups in Rome, Italy. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 35, pp. 241-248.
3. ASGARY, R.G., METALIOS, E.E., SMITH, C.L. & PACCIONE, G.A. (2006). Evaluating asylum seekers/torture survivors in urban primary care: a collaborative approach at the Bronx Human Rights Clinic. *Health Hum Rights*, 9(2), pp. 164-79.
4. BASOGLU, M. *et al.* (1994). Psychological effects of torture: A comparison of tortured with nontortured political activists in Turkey. *American Journal of Psychiatry*, 151(1), pp. 76-81.
5. CARDOZO, B.L., BILUKHA, O.O., CRAWFORD, C.A. SHAIKH, I., WOLFE, M.I., GERBER, L.M. & ANDERSON, M. (2004). Mental health, social functioning, and disability in postwar Afghanistan. *Jama*, 292(5), pp. 575-84.
6. KHAN, M. (1979). *Lo Spazio Privato del Sé*. Torino: Bollati Boringhieri.
7. HERMAN, J.L. (2005). *Guarire dal Trauma. Affrontare le conseguenze della violenza, dall'abuso domestico al terrorismo*. Roma: Magi.
8. MUMFORD, D.B., TAREEN, I.A.K., BHATTI, M.R. BAJWA, M.A., AYUB, M. & PERVAIZ, T. (1991). An investigation of "functional" somatic symptoms among patients attending hospital medical clinics in Pakistan. II: Using somatic symptoms to identify patients with psychiatric disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 35, pp. 257-264.
9. PENNEBAKER, J.W. (2001). Tradurre in parole le esperienze traumatiche: Implicazioni per la salute. In: L., SOLANO (a cura di). *Tra Mente e Corpo: Come si Costruisce la Salute*. Milano: Raffaello Cortina.
10. SINNERBRINK, I., SILOVE, D., FIELD, A., STEEL, Z. & MANICAVASAGAR, V. (1997). Compounding of premigration trauma and postmigration stress in asylum seekers. *Journal of Psychology*, 131(5), pp. 463-70.
11. SABIN, M., SABIN, K., KIM, HY., VERGARA, M. & VARESE, L. (2003). The mental health status of Mayan refugees after repatriation to Guatemala. *Rev Panam Salud Publica*, 19(3), pp. 163-71.
12. SABIN, M., SABIN, K., KIM, HY., VERGARA, M. & VARESE, L. (2006). The

mental health status of Mayan refugees after repatriation to Guatemala. *Rev Panam Salud Publica*, 19(3), pp. 163-71.

13. SHOEB, M., WEINSTEIN, H. & MOLLICA, R. (2007). The Harvard Trauma Questionnaire: Adapting a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma and posttraumatic stress disorder in Iraqi refugees. *International Journal of Social Psychiatry*, 53, pp. 447.

14. SUTKER, P.B., ALLAIN, A.N. & WINSTEAD, D.K. (1991). Psychopathology and psychiatric diagnoses of World War II Pacific theater prisoner of war survivors and combat veterans. *American Journal of Psychiatry*, 150(2), pp. 240-245.

15. TERR, L. (1996). *Il Pozzo della Memoria*. Milano: Garzanti.

16. VAN DER KOLK, B.A. (2004). La complessità dell'adattamento al trauma. Autoregolazione, discriminazione dello stimolo e sviluppo caratteriale. In: B.A., VAN DER KOLK, A.C., MCFARLANE & L., WEISAETH (a cura di). *Stress Traumatico. Gli effetti sulla mente, sul corpo e sulla società delle esperienze intollerabili*. Roma: Magi.

17. VAN DER KOLK, B.A. (2005). Developmental trauma disorder: toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), pp. 401-408.

18. VAN DER KOLK, B.A. *et al.* (1996). Dissociation, somatization and affect dysregulation: the complexity of adaptation to trauma. *American Journal of Psychiatry*, 153(7), pp. 83-93.

19. VAN DER KOLK, B.A., MCFARLANE, A.C. & VAN DER HART, O. (2004). Un approccio generale al trattamento del disturbo post-traumatico da stress. In: B.A., VAN DER KOLK, A.C., MCFARLANE & L., WEISAETH (a cura di). *Stress Traumatico. Gli effetti sulla mente, sul corpo e sulla società delle esperienze intollerabili*. Roma: Magi.

Profili clinici di soggetti vittime di tortura osservati presso il Servizio di Medicina di migrazione dell'Azienda USL di Parma.

*Faissal Choroma, Francesca Berghenti, Stefania Banzola,
Francesca Ergasov, Adele Tonini*

Medicina delle Migrazioni – Spazio Salute Immigrati – AUSL di Parma

Introduzione

In molte parti del mondo, la tortura è una pratica comune (1); sono coinvolti uomini, donne, bambini ed anziani appartenenti a tutte le aree geo-politiche del mondo (Africa, America, Asia, Europa, medio-oriente). Comunemente la tortura è praticata su persone che appartengono a particolari gruppi politici, religiosi, etnici, o a minoranze ma nessuno è totalmente esente dal rischio di essere sottoposto a violenze e tortura.

Gli effetti della tortura si estendono ben aldilà della sofferenza della singola vittima, interessando tutta la famiglia, la comunità e l'intera società che di conseguenza sono vittime secondarie con effetti profondi e durature (2). Per i sopravvissuti, oltre alle conseguenze sul piano fisico si aggiungono le ferite psichiche, che si ripercuotono su tutto l'arco della vita sociale ed economica delle vittime (3).

In campioni scelti a caso in varie nazioni, è stata rilevata una prevalenza di episodi di tortura di 8.4% in Algeria, 9% in Cambogia, 15% in Gaza e 25.5% in Etiopia (4). Su 246 detenuti negli istituti di pena turchi, Paker ha riscontrato una prevalenza di torturati del 85% (3). Lo studio di prevalenza negli accampamenti dei rifugiati ha evidenziato 16% di torturati tra i rifugiati senegalesi in Gambia (5) e 26% nei rifugiati Bhutanese in Nepal (6). Studi condotti in Europa segnalano come tra il 5 ed il 35% dei rifugiati, hanno subito tortura (7); Non mancano indicazioni di incidenze ancora più elevate (Jaranson riscontrò una prevalenza del 55% tra i rifugiati etiopici Oromo in Minnesota (USA) (8).

Anche le strutture mediche sono un setting ideale per l'identificazione di vittime di tortura; Eisenman nel 2000 ne riscontrò il 6,6% nella popolazione immigrata che afferisce ad alcuni cliniche di New-York e 8% a Los Angeles nel 2003 (9-10). Crosby invece, riscontrò 11% di vittime di tortura tra gli stranieri che si sono rivolti in centri clinici a Boston (11)

Inoltre, oltre alle conseguenze (fisiche e psicologiche) riconducibili alle violenze, è spesso riscontrabile, esiti di maltrattamenti (condizioni detentive, malnutrizione), del trauma del processo migratorio e dell'epidemiologia delle patologie infettive del paese di origine. Infine, numerose dati di letteratura hanno trovato una correlazione tra violenza fisica e slatentizzazione di alcune patologie tipo diabete, ipertensione arteriosa, incidenti cerebrovascolari, cardiopatia ed altre patologie croniche (12-13).

La maggior parte dei richiedenti asilo politico, vittime di violenza si presenta dal medico mesi o anni dagli eventi traumatici. Di conseguenza, in grand parte degli individui, i segni fisici tipici, non sono facilmente visibili al momento della visita. Tuttavia in presenza di una attento e minuzioso esame obiettivo con adeguati esami strumentali di supporto, è possibile documentare l'avvenuta violenza.

Lo scopo di questo lavoro osservazionale è innanzitutto la caratterizzazione e la prevalenza di segni fisici in vittime di tortura che si sono rivolte all'ambulatorio medico di medicina generale dell'AUSL di Parma.

Metodo

Revisione delle cartelle cliniche, osservazione e ricerca di esiti di maltrattamento in soggetti seguite per tortura dal nostro ambulatori di medicina generale dell'Azienda USL di Parma dal

gennaio 2005 al 31 dicembre 2007. Per lo studio dei casi, pur tenendo presente la definizione dell'art 1 della *Convezione contro la tortura e altri trattamenti crudeli, inumani o degradanti*, del 1984 (14), è stata utilizzata la definizione della dichiarazione di Tokio 1975 della World Medical Association (WMA) che identifica come tortura “ le sofferenze fisiche e mentali inflitte in modo deliberato, arbitrario o sistematico da una o più persone che agiscono da sole o su ordine di una autorità per obbligare un'altra persona a fornire informazioni, a fare una confessione o per qualunque altra ragione”. (15)

Per le valutazioni delle conseguenze fisiche e psichiche delle torture sono state seguite le raccomandazioni contenute nel *Protocollo di Istanbul* (16) e qualche indicazione dalla letteratura (17-19).

La codifica di sintomi o segni clinici, è stata effettuata utilizzando la classificazione delle malattie della ICD 9 CM versione italiana (International Classification of diseases – 9th revision – clinical modification 1997). Per ogni paziente, sono state considerate tutte le diagnosi o in mancanza di esse, i sintomi che hanno motivato le visite.

A tutti i pazienti, previo consenso informato, è stato somministrato un questionario di raccolta informazione in varie lingue sulla provenienza, il vissuto pretraumatico, traumatico e posttraumatico; inoltre, a ciascuno, previo il proprio consenso, è stato applicato un protocollo di screening che tiene conto, della clinica e dell'epidemiologia del paese di origine. Per la visita, per ogni paziente abbiamo a disposizione, circa 60 minuti per visita.

Per le analisi statistiche, è stato utilizzato il programma statistico SPSS versione 12.5 integrandolo con il calcolo di chi quadrato secondo il metodo esatto di Fisher.

Risultato

Dal 01 Gennaio 2004 al 31 Dicembre 2007 sono stati visti 690 rifugiati; di questi, 166 (24,05%) rappresentanti di 21 paesi del mondo (31 di sesso femminile pari a 17,5% e 135 di sesso Maschile pari a 82,5%) erano risultati vittime di tortura. L'età media complessiva era di 29.3 anni (Range 17-48); sensibilmente più basso nelle donne (27.7) che nei maschi (30.2). L'84,9% (141 casi) proviene dal continente Africano, il 13,8% (23 soggetti) dal medio-oriente ed Asia (Turchia, Afghanistan, Irak) ed l'1,2% (2 soggetti) dall'Est Europa (Moldavia). All'atto della tortura, solo il 37,9% (63 soggetti) riconosce di essere stato attivista politica con gruppi di minoranza; il 60,8 % (101 soggetti) afferma di non essersi mai interessato di politica; in 1,2% (2 soggetti) non ci è stato possibile appurare questo dato. In anamnesi, solo il 3.6% (6 soggetti) dichiara di essere disoccupato nel paese di origine ed il 32.5% della nostra casistica era studente; inoltre il 13,2% è costituito di laureati, il 32.5% di contadini, artigiani o operai ed il 18,07% di commerciante. I casi ci sono stati segnalati da associazioni o amici nel 47,5% dei casi (10 di sesso femminile e 69 di sesso maschile); nel 52.5%, era emerso in corso di visita (21 di sesso femminile e 66 di sesso maschile). La tortura era avvenuta nel 74.1% dei 93 soggetti che ha risposto al quesito, in struttura di detenzione (carcere, commissariato di polizia, campo militare), nel 9,6% (9/93) a domicilio, nel 16,1 % (15/93) in strada, piazza, campi rifugiati.

Le cause della tortura sono stati identificati in appartenenza a gruppi politici di minoranza nel 39.15%, a gruppi etnici di minoranza nel 21,08%, ad un rifiuto di adesione nel 12,04%, perché parente attivista politico nel 7,8% (13 soggetti di sesso femminile), ad appartenenza religiosa nel 2,4%, perché accusato di furto (1,2%) o senza causa apparente (16.21%).

Nel periodo che va dall'ultimo episodio di tortura all'approdo in Italia, che noi abbiamo chiamato posttraumatico, 113 soggetti (68,07%) ha dovuto subire traumi secondari di cui il 25,9% ha dovuto sostenere un viaggio difficoltoso (a piede attraverso il deserto, via mare con mezzi di fortuna, rinchiuso in container o in stive di nave), il 43,3% è stato nuovamente

incarcerato durante il tragitto o soggiornato in campo profugo improvvisato senza assistenza, il 15% vive senza fissa dimora in Italia e senza mezzi di sostentamento nonostante il riconoscimento dello status di rifugiato ed il 21,6% si è visto respinto la domanda di asilo e vive in clandestinità. Solo 53 (31,9%) soggetti riferisce di essere stato aiutato a fuggire con falsi passaporti e con aereo.

Per quanto riguarda i tipi di tortura subite, il 93,37% (155 soggetti) della nostra casistica ha subito più di una tortura in una seduta o in sedute successive. I tipi di tortura rilevati sono fisici, sessuali e psicologici; quelli fisici sono state percosse nel 81,9% dei casi, accoltellamento nel 9,6%, asfissia nel 4,2%, applicazione di elettricità nel 6,6%, ustione (sigarette o liquidi bollenti) in 7,2%, sospensione e posizioni antifisiologiche in 20,4%. Le violenze sessuali hanno coinvolto il 21,08% della nostra popolazione (di cui 4 di sesso maschile). Le torture psicologiche osservate sono deprivazione (sensoriale, di cibo, sonno) nel 65,21% della casistica e varie forme di umiliazione nel 100% del nostro campione.

Anche l'osservazione delle manifestazioni cliniche e sintomatologiche sono multiple nello stesso soggetto (il 92% ha più di 3 sintomi alla prima visita); quelli maggiormente osservati sono artromialgie di vario tipo nel 60,8% (101 soggetti), cefalea nel 44,5% (ma che raggiunge il 54,4% di quelli che hanno subito percosse sulla testa), patologie gastrointestinali nel 42,16% (70 soggetti), amenorrea persistente ossia superiore a 12 mesi nel 4,8% (8 soggetti), patologie a carico dell'apparato respiratorio nel 5,4% (9 soggetti), patologie croniche (ipertensione arteriosa e diabete) nel 3% (5 casi) e patologie di pertinenza infettivologica nel 35,54% dei casi (59 soggetti). Nel 97,5% (162 soggetti) della nostra casistica, è stata osservata una patologia di pertinenza psichiatrica; La sindrome posttraumatica di stress è stata rilevata nel 45,06% (73 soggetti) dei casi, la depressione reattiva nel 32,5% (52 soggetti) e nel restante 22,8% (37 soggetti) altre patologie di pertinenza psichiatrica (Dipendenze patologiche, insonnie, attacchi di panico, claustrofobia, ipocondria ed anoressia). Inoltre sono state riscontrate patologie psicosomatiche nel 78,8% dei casi (128 soggetti).

In 124 soggetti (74,7%), sono stati osservati segni fisici dell'avvenuta violenza tipo esiti cicatriziali, Plessopatie, Fratture di vari segmenti ossei, ematomi organizzati o in via di risoluzione svelati con la TAC cerebrale, atrofia e/o segni di flogosi testicolare, edentulia o rottura dentale, perforazione timpanica, Cicatrice corneale o perdita di occhio, amputazione di falange delle dita delle mani, esiti di falaga alle piante dei piedi (fascite e alterazione del tessuto della pianta) e ascessi tessuti molli; 4 soggetti di sesso femminile hanno riferito pregressa gravidanza indesiderata interrotte con metodi tradizionali.

Nel 15,6 % (26 soggetti) vi sono segni clinici e di laboratorio di malnutrizione; in 9 soggetti (5,4%) diagnostici di scabbia.

In analisi multivariate, i pazienti segnalati dalle associazioni sono risultati essere quelli che hanno subito tortura per motivi politici ($p=0.003$) ma anche quelli che sono stati percossi violentemente ($p<0.001$) o appesi ($p<0.001$); i meno segnalati sono quelli che hanno subito tortura sessuale, accoltellamento o ustione. L'essere attivista politica era risultato essere correlato con le percosse ($p=0.007$), le sospensioni ($p=0.001$) e le privazioni ($p<0.001$); invece, in non attivisti sono state osservate di frequente le violenze sessuali, le ustioni e l'accoltellamento.

Le manifestazioni algiche importanti sono frequentemente osservati in attivisti politici e risultate essere correlate alle percosse ($p<0.01$), torture elettriche ($p<0.001$), ustione ($p=0.008$) e sospensione ($p<0.01$).

I segni fisici sono più riscontrabili nelle percosse ($p<0.001$), accoltellamento ($p<0.001$), ustione ($p=0.008$) e sospensione ($p<0.001$) ma non nella tortura sessuale o elettrica.

Discussione

Non molto tempo, fa, il riscontro di soggetti vittime di tortura era raro, sia per la dimensione della nostra città dove giungono migranti specialmente per lavoro che per la sua posizione, lontana dai confini, ma soprattutto per la non conoscenza in generale del tema dei rifugiati vittima di violenza estreme da parte degli operatori sanitari; a ciò va aggiunto la difficoltà del racconto spontaneo della vittima. Da qualche anno però, complice anche della presenza sul territorio di soggetti sociali e volontari dedite all'accoglienza di soggetti con traumi violenti e una struttura medica aziendale investita del ruolo nella cura dei migranti, si è potuto eliminare questa gap.

In effetti dal 2000 al 2004, abbiamo potuto seguire solo 5 casi, per lo più, segnalatoci da altri centri ma dal 2004 al 2007, vi è stato un riscontro di 166 soggetti. Questo aumento è da attribuire in parte a formazione specifica che ha dovuto sostenere l'Equip.

La nostra casistica è costituita prevalentemente di africani di età relativamente giovani, ben inserite nel proprio paese di origine dal punto di vista lavorativo (solo il 3.6% risulta disoccupato). La causa della tortura è stata principalmente l'appartenenza a gruppi di minoranza (etnico, politico o religioso) ma vi sono anche casi che non ricordano cause apparente o torturati perché parenti di attivisti politici (7.8%); in effetti il 60,8% non ha svolto attività politica per cui gli effetti della tortura, sono più accentuati che in altri, come segnalato in uno studio di Basagula (20). Le donne, specialmente hanno dovuto subire tortura perché un parente era attivista (13/31 nel nostro campione); è l'osservazione fatta anche da altri (21).

Le segnalazioni al clinico di persona che ha subito trauma estrema da associazione di volontariato o parenti era meno della metà ossia 47.5% del totale (Maschi 69/166 e donne 10/31); oltre la metà ha ritenuto il setting medico per fare emergere il proprio racconto. ciò conferma la difficoltà della vittima di raccontare la propria storia e che l'ambulatorio medico possa essere un setting ideale per scoprire persone vittime di tortura (9-11). Le donne sono quelle che meno sfruttano le strutture associative per il racconto della loro storia (21/31 lo hanno voluto raccontare solo al medico).

Si conferma inoltre che i luoghi di detenzione sono posti dove prevalentemente avvengono gli abusi (74.1% dei 93 soggetti della nostra casistica) ma non sono esclusi anche altri luoghi (domicilio, piazze, strade).

I tipi di tortura osservati sugli attivisti politici sono specialmente le sospensioni, le percosse e le deprivazioni; in generale ci sono molte analogie, anche di dettaglio, tra le torture praticate in varie parti del mondo. (8;16-19; 22).

La sintomatologia clinica osservata era prevalentemente del tipo psichiatrico seguita da sintomi a carico dell'apparato muscolo-scheletrico, gastro-intestinali e cefalea (la cefalea è più frequente nei soggetti che hanno subito percosse sulla testa). Sia le manifestazioni psichiatriche che le varie algie sono ampiamente descritte in letteratura. (3-7; 23-25). le cause delle sintomatologie algiche nei nostri casi sono legate alle percosse, alle ustioni, alle torture elettriche ed alle sospensioni.

Anche il riscontro di patologie infettive, non è infrequente, in effetti, la prevalenza delle patologie infettive era risultata del 35.54% (59 soggetti); quelle osservate sono Leishmaniosi cutanea (2 casi), Infezione cronica da HBV (12 casi), Infezione cronica da HCV (3 casi), Infezione da HIV (2 casi), Infezione luetica (6 casi), Parassitosi intestinale (17 casi), Infezione tubercolare attiva (6 casi), Infezione tubercolare latente (7 casi), Schistosomiasi urinaria o intestinale (4 casi) (26)

Inoltre non è infrequente i segni fisici di avvenuta violenza o conseguenze a maltrattamento. Infatti su 122 soggetti (73.5%) è stato documentato un segno di avvenuta violenza fisica ed in 35 casi (21.08%), vi sono stati riscontrati segni di maltrattamento (condizioni detentive soprattutto o di processo migratorio complesso e difficoltoso).

In ogni caso, come ampiamente sottolineato in dati di letteratura, le assenze di questi segni fisici non esclude l'avvenuta violenza; in effetti secondo la nostra casistica, la violenza sessuale o la tortura elettrica, pur devastante dal punto di vista psicologica per la prima e forte algie per la seconda, non lasciano segni fisici documentabili. Sono varie, le osservazioni, nel salto di qualità della professionalità del torturatore e dei suoi metodi che tendono ad infliggere la massima sofferenza fisica e mentale con il minore segno fisico svelabile.

Anche il vissuto postraumatico non è stato particolarmente felice per il 68,07% della nostra casistica in quanto ha dovuto subire traumi secondari, rendendo ancora più complicato la presa in carico (21).

Conclusioni

Nelle vittime della tortura, si è solito immaginare che col tempo, i segni fisici della violenza tendono ad essere insignificanti, lasciando il posto ai segni psicologici; le nostre osservazioni confermano questo dato, sicuramente per le torture psicologiche, sessuale ed elettriche ma evidenzia anche, che in una buona parte, i segni fisici se adeguatamente ricercati (anche con indagini strumentali), sono presenti molti anni dopo il trauma.

Nella nostra casistica, abbiamo osservato che solo una piccola quota si rivolge alle associazioni di volontariato e vengono presentati al medico; in questa quota, le donne, specialmente con violenze sessuali, sono quelle più resistenti al racconto della propria sofferenza. Si conferma che il setting medico adeguatamente predisposto, funge da luogo ideale per l'emersione dei racconti di trauma specialmente in presenza di professionisti preparati sul tema e con discrete conoscenze linguistiche e di medicina delle migrazioni, limitando l'intervento del mediatore linguistico.

Infine, da non sottovalutare la presenza di patologie infettive, le patologie da degrado ed il disagio nel periodo postraumatico che riflettono in parte l'epidemiologia dei paesi di provenienza ma anche della situazione di degrado sociale che hanno vissuto con la fuga o continuano a vivere nel paese ospite.

Bibliografia:

1. Amnesty International – Rapporto annuale 2004; EGA Torino 2004
2. D. S. Nice, C. F. Garland, S. M. Hilton, J. C. Baggett and R. E. Mitchell. Long-term health outcomes and medical effects of torture among US Navy prisoners of war in Vietnam. JAMA 1996; 276: 375-381
3. Parker M, Parker O, Yuksel S. Psychological effects of torture: an empirical study of tortured and nontortured non-political prisoners. In: Basuglu M, ed. Torture and its consequences: current treatment approaches. Cambridge: Cambridge University Press, 1992:72-82.
4. Joop T. V. M. de Jong, Ivan H. Komproe, Mark Van Ommeren, Mustafa El Masri, Mesfin Araya, Noureddine Khaled, Willem van de Put, Daya Somasundaram. Lifetime Events and Posttraumatic Stress Disorder in 4 Postconflict Settings. JAMA. 2001;286:555-562
5. Tang SS, Fox SH. Traumatic experiences and the mental health of Senegalese refugees. J Nerv Ment Dis. 2001 Aug;189(8):507-12
6. NM Shrestha, BS Van Ommeren, S Regmi, R Makaju, I Komproe, GB. Shrestha, JT. de Jong, Impact of Torture on Refugees Displaced Within the Developing World - Symptomatology Among Bhutanese Refugees in Nepal. JAMA. 1998;280:443-448
7. Baker R. Psychosocial consequences for tortured refugees seeking asylum and refugee status in Europe. In: Basoglu M, ed. Torture and its consequences: current treatment approaches. Cambridge University Press, 1992:83-106.
8. JM. Jaranson, J Butcher, L Halcon, RN, D R Johnson, C Robertson, K Savik, M Spring, J

- Westermeyer. Somali and Oromo Refugees: Correlates of Torture and Trauma History. *Am J Public Health*. 2004; 94:591–598
9. D P Eisenman. Survivors of torture in a general medical setting: how often have patients been tortured, and how often is it missed? *West J Med* 2000;172:301-304
10. DP. Eisenman, L Gelberg, H Liu, MF. Shapiro, Mental Health and Health-Related Quality of Life Among Adult Latino Primary Care Patients Living in the United States With Previous Exposure to Political Violence. *JAMA*. 2003;290:627-634
11. S. Crosby, M Norredam, MK. Paasche-Orlow, L Piwowarczyk, T Heeren, MA. Grodin, Prevalence of Torture Survivors Among Foreign-Born Patients Presenting to an Urban Ambulatory Care Practice. *J GEN INTERN MED* 2006; 21:764–768.
12. Kinzie JD, Riley C, McFarland B, Hayes M, Boehnlein J, Leung P, Adams G. High prevalence rates of diabetes and hypertension among refugee psychiatric patients. *J Nerv Ment Dis*. 2008 Feb;196(2):108-12.
13. Goldston K, Baillie AJ. Depression and coronary heart disease: a review of the epidemiological evidence, explanatory mechanisms and management approaches. *Clin Psychol Rev*. 2008 Feb;28(2):288-306.
14. The United Nations Convention against Torture (art 1). 1984
15. Sagan LA, Jonsen A. Medical ethics and torture. *N Engl J Med* 1976;294:1427.
16. The Istanbul Protocol: Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment 1999
17. OV. Rasmussen, S Amris, M Blaauw, L Danielsen. Medical, physical examination in connection with torture-Section I; *TORTURE* 2004;14:46-53
18. OV. Rasmussen, S Amris, M Blaauw, L Danielsen, Medical, physical examination in connection with torture-Section II. *TORTURE* 2005; 15:37-45
19. OV. Rasmussen, S Amris, M Blaauw, L Danielsen, Medical, physical examination in connection with torture-Section III. *TORTURE* 2006;16:48-55
20. Basoglu M, Mineka S, Paker M, Aker T, Livanou M, Gök S. Psychological preparedness for trauma as a protective factor in survivors of torture. *Psychol Med*. 1997 Nov;27(6):1421-33
21. Edston E, Olsson C. Female victims of torture. *J Forensic Leg Med*. 2007 Aug;14(6):368-73
22. Moisander PA, Edston E. Torture and its sequel--a comparison between victims from six countries. *Forensic Sci Int*. 2003 Nov 26;137(2-3):133-40
23. Olsen DR, Montgomery E, Bøjholm S, Foldspang A Prevalence of pain in the head, back and feet in refugees previously exposed to torture: a ten-year follow-up study. *Disabil Rehabil*. 2007 Jan 30;29(2):163-71.
24. Thomsen AB, Eriksen J, Smidt-Nielsen K. Chronic pain in torture survivors. *Forensic Sci Int*. 2000 Feb 28;108(3):155-63.
25. DL. Posey, BG. Blackburn, M Weinberg, E W. Flagg, L Ortega, M Wilson, W. Secor, K SLewis, K Won and JH. Maguire. High Prevalence and Presumptive Treatment of Schistosomiasis and Strongyloidiasis among African Refugees. *Clinical Infectious Diseases* 2007;45:1310–1315

Protocollo di screening proposto	
Questionario	<ul style="list-style-type: none"> - Vissuto pretraumatico: vita sociale prima del trauma nel paese di origine scolarizzazione, attività lavorative, attività politica, stato civile - Il trauma: tipi di violenze subite, luogo dove è avvenuta la tortura, autori della tortura, causa della tortura, conseguenze fisiche immediate della tortura - Vissuto Postraumatico (Periodo che va dall'ultimo giorno della tortura all'approdo nel nostro ambulatorio): come è avvenuta la fuga ed il viaggio in Italia, le condizioni abitative, lavorative e sociali in Italia
Esami Ematochimici	HIV-Ab; HbSAg; HCV-Ab; VDRL; TPHA, Glicemia, Trigliceridemia, Colesterolemia totale; Creatinemia, Azotemia; Emocromo; TSH
Esami Urina e Feci	Chimico fisico delle urine e delle feci / Ricerca parassiti su urine e feci
Intradermoreazione secondo Mantoux Esami strumentali: Ecografia, Rx, Tc.	proposta a soggetti provenienti da zone endemiche che presentano segni clinici di malattie tubercolari o che riferiscono in anamnesi, contatti pregressi o patologie respiratorie non ben definite in passato sono stati effettuati per l'approfondimento di specifici quesiti o in presenza di vistose alterazioni ematochimiche o per svelare gli esiti di pregressi traumi in vista di eventuale certificazione di avvenuta violenza.

Progetto sperimentale di offerta di circoncisione rituale maschile in struttura sanitaria pubblica nella Regione FRIULI VENEZIA GIULIA

R. Da Riol^{1,2}, C. Gandolfi¹, J. Schleef³, P. Canciani⁴, F. Macagno², N. Coppola¹

¹Direzione centrale Salute e Protezione Sociale - Regione FVG – Trieste

²S.O.C. Neonatologia – Azienda O-U SSMM - Udine

³Dipartimento di Chirurgia – IRCCS Burlo Garofolo - Trieste

⁴Direzione sanitaria – IRCCS Burlo Garofolo – Trieste

Il graduale aumento del flusso migratorio in Friuli Venezia Giulia (FVG) (83.306 residenti stranieri al 31.12.07, 6.8% della popolazione totale - ISTAT) e la convivenza sempre più diretta e quotidiana con persone di altri paesi, altra lingua e religione che ne deriva, ha indotto la società friulana ad affrontare una sfida di accoglienza e regolamentazione che riguarda la cultura, la coscienza e le azioni dei singoli e delle Istituzioni. La Circoncisione Rituale Maschile (CRM) è un esempio emblematico di questo tipo di problema; poco conosciuta in Italia sino a qualche decennio fa, tale pratica sta assumendo una particolare rilevanza in seguito all'aumento degli stranieri provenienti da Paesi dove usualmente è eseguita per motivi religiosi e/o culturali.

Cenni storici ed antropologici

Gli antropologi a tutt'oggi, non concordano sulle origini della circoncisione maschile. E' presumibile che tragga origine ai primordi della civiltà egizia; sono state scoperte mummie circoncese del III millennio a.C., altri credono che possa aver avuto origine indipendentemente in differenti culture; certamente Cristoforo Colombo riferì che molti dei nativi nel Nuovo Mondo erano circoncesi. La circoncisione maschile è stata praticata tra i popoli camitici e neri dell'Africa, tra i musulmani dell'India e del sud-est asiatico e dagli aborigeni Australiani per un lungo tempo.

Molte sono state le teorie avanzate per spiegare l'origine della circoncisione maschile:

- un teoria postula che la circoncisione sia stata considerata come una modalità di "purificazione" individuale e della società attraverso la riduzione del piacere sessuale;
- sono state inoltre ipotizzate ragioni igieniche già a partire da Erodoto, specialmente considerando lo stato delle popolazioni nomadi in zone desertiche prive di acqua;
- un'altra teoria vede la circoncisione maschile come marchio della schiavitù. Nell'antico Egitto, i guerrieri catturati furono spesso circoncesi prima di essere condannati alla schiavitù; molti discendenti di questi schiavi erano circoncesi e i Fenici, con una lunga storia di schiavitù, fecero propria e ritualizzarono questa pratica;
- la circoncisione maschile ha inoltre rappresentato un rito iniziatico e di passaggio, destinato a segnare l'ingresso del neocirconciso entro una nuova situazione di vita (il clan, la tribù, l'età adulta) nel contempo abbandonando, insieme al prepuzio reciso, il precedente status di adolescente, di immaturo, di escluso;
- per ottemperanza a prescrizioni di carattere religioso.

Aspetti religiosi

La circoncisione rituale per motivi religiosi è praticata dagli ebrei, dai musulmani e da alcune chiese cristiane copte dell'Egitto e dell'Etiopia.

Religione ebraica. Per gli ebrei la circoncisione è formalmente prescritta dalle Scritture (Lev. 2, 3 - Gen. 17, 10-14: "Questa è la Mia alleanza che dovete osservare, alleanza tra Me e voi e la tua -di Abramo- discendenza dopo di te: sia circonciso tra di voi ogni maschio. Vi

lascere circoncidere la carne del vostro membro e ciò sarà il segno dell'Alleanza tra Me e voi”) e, come tale, condizione assoluta ed irrinunciabile per entrare a far parte del popolo eletto. Il Brit Milah, il patto della circoncisione, viene festeggiato, come prescritto dalla Torah, con una cerimonia il cui culmine è proprio il taglio del prepuzio ad opera del mohel, il religioso preposto al rituale. Il Brit Milah deve essere compiuto all'ottavo giorno dalla nascita durante le ore diurne; si considera il giorno della nascita già come primo giorno, in modo che la celebrazione avvenga lo stesso giorno settimanale della nascita nella settimana successiva. La necessità o meno di continuare il rito della circoncisione anche presso i primi cristiani determinò vivacissimi dibattiti nella chiesa delle origini, composti solo dopo la presa di posizione del cosiddetto “Concilio di Gerusalemme” del 50 d.C. che stabilì la non obbligatorietà della circoncisione per i neonati (At. 15, 1-29)

Religione musulmana. La circoncisione maschile fu una pratica comune nella Arabia pre-islamica e non fu introdotta inizialmente dall'Islam; questo si evince dal fatto che la circoncisione non è menzionata nel Corano e non se ne trova traccia nel diritto islamico. Nelle società Musulmane, la pratica è attribuita al profeta Abramo che i Musulmani, come gli ebrei, venerano come un patriarca. Per queste ragioni, la circoncisione non riveste alcun carattere di prescrizione formale. Il Manuale di Catechismo Islamico a tale proposito recita “E' dovere dei genitori provvedere a far circoncidere il figlio maschio, durante gli anni della sua prima infanzia. La circoncisione ... è una sunna mu'aqquadah, vale a dire fortemente consigliata dal Profeta, che Allah lo benedica e l'abbia in gloria”. I giuristi Islamici non sono concordi circa l'età alla quale la circoncisione dovrebbe essere eseguita. Il Profeta raccomanda l'esecuzione della circoncisione in età precoce (7 giorni dopo la nascita) ma essa può essere eseguita anche più tardi.

La circoncisione profilattica

La riflessione scientifica sulla circoncisione profilattica è relativamente recente. Nella letteratura medica specializzata è solo a partire dal 1930 che si sono evidenziati contributi in materia. Durante la II guerra mondiale, in particolare per quel che concerneva il fronte del Pacifico, le condizioni climatiche e la difficoltà di garantire una igiene adeguata, fecero diffondere la pratica tra i soldati americani. Negli Stati Uniti, dopo la guerra e all'incirca fino all'inizio degli anni Settanta, la circoncisione divenne una pratica assolutamente generalizzata. Una prima contro-tendenza si manifestò in seno alla Accademia Americana di Pediatria nel 1971 e nel 1975 quando, con due separate pronunce, si sostenne l'inesistenza di valide motivazioni mediche per la circoncisione neonatale. Questa opinione venne, in gran parte, confutata verso la metà degli anni Ottanta dalle ricerche di Wiswell, che documentò un maggior rischio di infezioni del tratto urinario nei neonati non circoncisi. Nel 1999 la Accademia Americana di Pediatria ha riformulato le proprie precedenti prese di posizione, sostenendo che allo stato attuale delle conoscenze si può ritenere che i benefici che provengono dalla circoncisione neonatale siano equivalenti ai rischi indotti da tale pratica.

Ricerche ancor più recenti avanzano l'ipotesi di un incremento del rischio di contrarre malattie a trasmissione sessuale (tra cui l'AIDS) nei maschi non circoncisi senza arrivare, però, a conclusioni definitive (Review di Cochrane - Siegfried 2008). Da quanto riportato si evince, quindi, che il dibattito sulla utilità profilattica della circoncisione maschile è tutt'ora aperto.

Aspetti etici, giuridici ed economici

Nel settembre 1998 il Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB) ha formulato un documento in cui affronta il problema della eticità della circoncisione rituale maschile in Italia e della possibilità che questa prestazione possa essere esigita o meno come prestazione a carico del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) Italiano.

Le conclusioni di tale documento evidenziano che:

- *"Gli atti di disposizione del proprio corpo che non abbiano finalità terapeutiche e profilattiche e che comunque producano una invalidità permanente non hanno in generale alcuna legittimazione bioetica, oltre ad essere proscritti dall'art. 5 del vigente Codice civile italiano. E' quindi da ritenere che la circoncisione femminile non possa essere ritenuta lecita sotto alcun profilo, né etico, né giuridico. Invece, per le sue specifiche caratteristiche di carattere terapeutico o profilattico, non può non essere considerata lecita la circoncisione maschile."*
- *"I popoli o le comunità che, per la loro specifica cultura, praticano la circoncisione rituale, (...), meritano quindi pieno riconoscimento della legittimità di tale pratica e di conseguenza una altrettanto piena tutela."*
- *"La conformità della pratica circoncisoria ebraica ai principi del nostro ordinamento giuridico appare, in particolare, implicitamente confermata da alcuni enunciati contenuti nella legge 8 marzo 1989, n. 101, che ha approvato l'intesa stipulata fra lo Stato italiano e l'Unione delle Comunità ebraiche italiane il 27 febbraio 1987 (si ritiene che i principi stabiliti in tale intesa possano, per analogia, essere estesi a tutte le altre confessioni religiose che praticano la circoncisione)."*
- *"In quanto atto di natura medica, perché produttivo di modificazione anatomo-funzionale dell'organismo, quello della circoncisione debba venire praticato nel pieno rispetto di tutte le usuali norme di igiene e asepsi e che esso debba comunque essere posto in essere da un medico."*
- *"Gli ospedali pubblici sono tenuti a praticare tutti gli interventi diagnostici e terapeutici utili a fini di tutela della salute e particolarmente in condizioni di necessità ed urgenza, quale che ne sia la causa: sono quindi obbligati a intervenire anche per ovviare a esiti di interventi circoncisori comunque e dovunque praticati."*
- *"Sotto il profilo etico sarebbe senza dubbio auspicabile che i membri dei popoli o delle comunità che praticano la circoncisione dei neonati per ragioni rituali (nei limiti in cui essa è ammissibile in base al nostro ordinamento) ricorressero a medici privati, ovvero ad ospedali pubblici, ma in regime di attività libero-professionale."*
- *"Non esistono ragioni di carattere etico e sanitario che debbano indurre lo Stato a porre a carico della collettività le pratiche di circoncisione maschile rituale."*

Concordemente a quanto riportato, il D.P.C.M. del 29.11.2001 pubblicato sulla G.U. n° 33 del 08/2/2002 suppl. ord. N. 26, avente come oggetto la "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza", include specificatamente la circoncisione rituale fra le prestazioni non rimborsabili dal S.S.N. italiano. Viene quindi lasciata alla iniziativa delle singole Aziende Ospedaliere o Strutture Sanitarie private e/o convenzionate stabilire il costo dell'intervento di circoncisione rituale maschile; molto spesso tale costo (anche 1200 euro per prestazione) supera le possibilità economiche della famiglia immigrata (eccetto una piccola minoranza) e la costringe a rivolgersi a "circoncisori tradizionali" in ambito extraospedaliero esponendo il bambino a grave rischio di complicazioni. Questo naturalmente non vale per i figli di genitori ebrei e/o statunitensi che trovano nell'ambito della loro comunità un supporto socio-sanitario adeguato alla esecuzione "sicura" di tale pratica. L'escludere la circoncisione rituale dalla possibilità di ricovero a carico del S.S.N. implica una discriminazione fra bambino e bambino, in base alle condizioni socio-economiche e alla Comunità di appartenenza dei rispettivi genitori, esponendo il minore a rischi di complicazioni che comunque dovranno essere trattate presso le Strutture pubbliche, con relativo aggravio di spesa per il S.S.N.

Progetto sperimentale di offerta di circoncisione rituale maschile in struttura sanitaria pubblica nella Regione FRIULI VENEZIA GIULIA

Alla luce di quanto soprariportato, la Regione FVG, successivamente a gravi fatti avvenuti a seguito di circoncisioni rituali praticate al fuori di strutture sanitarie, ravvisando la necessità di comportamenti omogenei su tutto l'ambito regionale, ha approvato (DGR n°1754, 04/09/08) un Progetto sperimentale della durata di un anno (dal 01.01 al 31.12.2009), finalizzato all'esecuzione di CRM su bambini nati in Italia, figli di immigrati residenti in FVG che ne facciano richiesta, in regime di day-hospital, in una struttura sanitaria pubblica della Regione.

La realizzazione del progetto è stata affidata all'IRCCS "Burlo Garofolo" di Trieste che coinvolgerà nell'attività più sedi ospedaliere regionali in grado di garantire i supporti richiesti. È stato stimato, sulla base delle rilevazioni epidemiologiche effettuate, in 135 il numero di circoncisioni che potrebbero essere praticate in questa fase sperimentale; inoltre l'esecuzione della CRM sarà gratuita per la durata del progetto e, successivamente, richiederà il pagamento di un ticket da stabilire.

Gli obiettivi specifici del progetto sono:

- 1) Garantire un'assistenza sanitaria adeguata all'esecuzione della CRM, in modo da ridurre il rischio di complicanze, tramite l'identificazione di strutture sanitarie idonee e la sensibilizzazione e formazione di operatori dedicati. La popolazione immigrata verrà informata a riguardo tramite le Comunità interessate e le Associazioni che svolgono attività con i migranti.
- 2) Acquisire maggiori informazioni sulla dimensione della pratica della CRM in FVG attraverso un'indagine epidemiologica e sociale.
- 3) Rendere consapevoli i genitori del minore del significato sanitario e sociale della CRM (estraneità al nostro panorama culturale) soprattutto grazie all'azione dei mediatori culturali coinvolti nel progetto e precedentemente formati a riguardo.

Le attività finalizzate al raggiungimento dei suddetti obiettivi dovranno essere svolte con un atteggiamento completamente scevro da posizioni polemiche, svalutative o di contrapposizione culturale, in modo da permettere comunque il nascere ed il mantenersi di un rapporto "transculturale" di accoglienza e di fiducia reciproca tra l'operatore sanitario e la famiglia di questi "bambini di qui venuti d'altrove" (M.R Moro), cittadini italiani di domani.

Bibliografia

1. American academy of pediatrics. Task Force on Circumcision. Circumcision Policy Statement. Pediatrics, Vol. 103, n° 3. 686-93 . March 1999
2. American academy of pediatrics. Task Force on Circumcision. Report of the task force on circumcision. Pediatrics 84:388-91
3. American academy of pediatrics 2001. circumcision: information for parents. available from: <http://www.aap.org/family/circ.htm>
4. Auvert B, Taljaard D et al: Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: the ANRS 1265 Trial. PloS medicine; November 2005. Vol.21. issue 11-e298
5. Benatar M and Benatar D. Between prophylaxis and child abuse: The ethics of neonatal male circumcision. The American Journal of Bioethics, 2003; 3 (2): 35-48
6. Batzer F . Male neonatal circumcision: Ritual or public-Health Imperative. The American Journal of Bioethics, 2003; 3 (2)
7. Caritas/Migrantes. Immigrazione. Dossier statistico 2008 - XVII rapporto
8. Comitato Nazionale per la Bioetica: La Circoncisione: Profili Bioetici. 25 settembre

1998. <http://www.governoitaliano.it>

9. Parigi G.B. Il destino del prepuzio fra Corano e DRG . Ped. Med. Chir., 2003, 25:96-100

10. Shoen E J. Benefit of newborn circumcision : is Europe ignoring medical evidence? Arch Dis Child 1997; 77: 258-260

11. Zampieri N., Pianezzola E. e Zampieri C. Male circumcision through the ages: the role of tradition. Acta Paediatrica 2008; 97, pp.1305-1307

12. Siegfried N, Muller M et al.: Male circumcision for prevention of heterosexual acquisition of HIV in men (Review). The Cochrane Library 2008, Issue 3.

L'assistenza ostetrico-ginecologica alle donne immigrate

P. Ficano, C. D'Amico, N. Candeh, G. Pirrone, F.R. D'Arpa

Azienda Ospedaliero-Universitaria "P.Giaccone" di Palermo (AOUP)

Unità Operativa Aziendale per l'Educazione alla Salute – Resp. Dr. C. D'Amico

Introduzione

L'attività di assistenza ostetrico-ginecologica alle donne immigrate ha avuto inizio negli anni 1998/99 su iniziativa volontaristica di un gruppo di operatori dell'Oratorio di Santa Chiara nel quartiere albergheria di Palermo.

Dal 2000, questa attività è stata inserita tra i servizi ambulatoriali resi dalla Clinica Ostetrica e Ginecologica e nell'ultimo anno, per mezzo di uno specifico dispositivo del Direttore sanitario, acquisita tra le prestazioni offerte dalla U.O. Aziendale per l'Educazione alla Salute.

Dal 2003 l'assistenza ostetrico-ginecologica viene espletata esclusivamente nei confronti delle donne immigrate definite "irregolari" in possesso di codice STP. (*Straniero Temporaneamente Presente :GURI 116/2000 serie generale n-126*).

L'assistenza è rivolta a questo particolare gruppo di persone, in quanto ritenute più bisognose di supporto ed aiuto rispetto alle donne immigrate definite "regolari", fornite di codice fiscale, le quali possono usufruire di tutti i servizi dall'AOUP.

L'attività

L'ambulatorio viene effettuato in ore pomeridiane da personale motivato per scelta personale.

Si rivolge alle donne immigrate che riferiscono disturbi di tipo ostetrico e ginecologico di varia origine ed eziopatogenesi.

Il primo approccio, fondamentalmente anamnestico, è spesso ostacolato da difficoltà di comunicazione e da pregiudizi culturali.

Da ciò la necessità di identificare la eventuale patologia e di inquadrarla nel contesto socio-culturale della paziente, talvolta in collaborazione con agenti sociosanitari e con psicologi ma soprattutto con il contributo dei mediatori culturali.

Il secondo passaggio è rappresentato dalla visita ginecologica integrata, quando necessario, da un esame ecografico in tempo reale.

In alcuni casi ciò è sufficiente per porre diagnosi e prescrivere una terapia medica; in altri casi risulta necessario procedere con altre indagini (Pap-test, colposcopia, isteroscopia, dosaggi ormonali. etc.).

Se ritenuto necessario, si invia la paziente presso altri ambulatori specialistici o si propone il ricovero qualora sia indicato un approccio chirurgico.

La gestione delle donne in gravidanza segue le linee guida emanate dal Ministero della Salute.

La donna 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 posto tale diagnosi, viene inserita in uno specifico percorso diagnostico-terapeutico, fino all'espletamento del parto.

Risultati

I dati in nostro possesso si riferiscono al periodo che va dal 2000 al 2008.

Le prestazioni totali sono variamente distribuite negli anni.

Se consideriamo le prestazioni effettuate nell'ultimo triennio, sono state erogate in tutto 737 prestazioni ostetriche e 618 prestazioni ginecologiche.

Si è reso necessario, nel triennio di riferimento, il ricovero in regime di DH ostetrico per 154 pazienti.

Dai dati rilevati si è notata una variazione della prevalenza di nazionalità delle utenti.

L'offerta di un percorso chiaro per una risposta efficace al bisogno, deve tener conto che esistono molte variabili che si influenzano e potenziano a vicenda:

- l'eterogeneità delle caratteristiche individuali e di popolazione,
- la conoscenza della lingua,
- la presenza istituzionalizzata di un mediatore culturale costantemente presente nella equipe,
- l'adozione di protocolli condivisi tra gli operatori,
- le difficoltà linguistiche,
- le difficoltà logistiche,
- diffidenza e ostilità,
- pregiudizi da parte di forze conservatrici e portatrici di specifici interessi.

Pur nella consapevolezza dei limiti è possibile praticare un percorso base.

Conclusione

L'esperienza fino ad oggi maturata, conferma l'importanza di promuovere azioni socio-sanitarie e progetti tendenti alla promozione del diritto alla salute della popolazione immigrata definita "irregolare" e specificatamente nel rendere concreto il diritto da parte delle donne immigrate, di poter usufruire a pieno titolo, anche, di quelle "fortezze sanitarie" poco accessibili da parte loro soprattutto nel momento in cui si trovano ad affrontare eventi quali la gravidanza, il parto ed il puerperio

La valutazione dei bisogni sanitari dei migranti forzati

Filippo Gnolfo

ASL Roma/A. Centro SAMIFO

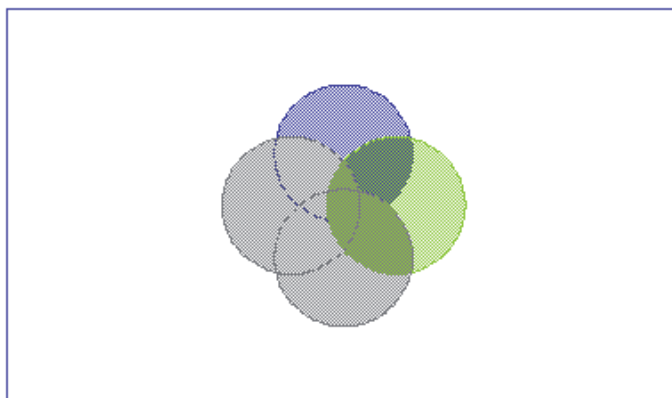
Dimostrata la relazione tra esperienza migratoria e disuguaglianze di salute [Marceca, Geraci, Martino 2006], nel presente lavoro ho affrontato il tema dei bisogni sanitari dei migranti forzati. Perché i richiedenti asilo e i rifugiati quali soggetti esposti a ripetute esperienze traumatiche e al rischio di esclusione sociale, hanno difficoltà nell'accesso alle cure e presentano uno stato di salute peggiore, sia in termini di salute percepita, che di morbosità e disabilità.

Background

I migranti internazionali appartengono a due ampi gruppi: *i migranti volontari* e *i migranti forzati*. I primi comprendono persone che hanno un "progetto migratorio", che hanno scelto di lasciare il proprio paese per stabilirsi in un altro paese, in cerca di lavoro e di migliori condizioni di vita. I migranti forzati (richiedenti protezione internazionale, titolari di protezione internazionale e di protezione sussidiaria) sono persone costrette a lasciare il proprio paese, per fuggire da persecuzioni, conflitti, carestie e disastri naturali.

Dai numerosi dati raccolti e elaborati appare ormai evidente che gli immigrati possiedono un patrimonio di salute sostanzialmente integro nel momento in cui decidono di partire. Partono sani e arrivano sani, ma il patrimonio di salute degli immigrati può depauperarsi più o meno rapidamente per effetto della continua esposizione a fattori di rischio presenti nel paese ospite: quelli propri della povertà e dell'esclusione sociale, ai quali si aggiungono il disagio psicologico e le disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari. 'Effetto migrante sano' [Colasanti, Geraci, Pittau 1991; Geraci, Marceca 2000] veniva definito questo fenomeno, dovuto ad una autoselezione di chi decide di emigrare, oggi questa affermazione non corrisponde completamente al vero [Morrone et al 2001]. Infatti dall'effetto migrante sano sono esclusi i migranti forzati che sono dovuti fuggire dal proprio paese di origine, non per scelta ma per cause di forza maggiore. Il degrado del patrimonio di salute inizia nel paese di origine (torture e violenze), continua nella fuga e prosegue nel paese di accoglienza, per tale motivo i richiedenti asilo e i rifugiati sono identificati come gruppo sociale ad elevato rischio sanitario [Regione Lazio 2002].

Valutazione dei bisogni sanitari. (Health needs assessment) [Wright 2001; Costa 2005]



Bisogni sanitari [Wright, Williams, Wilkinson 1998]

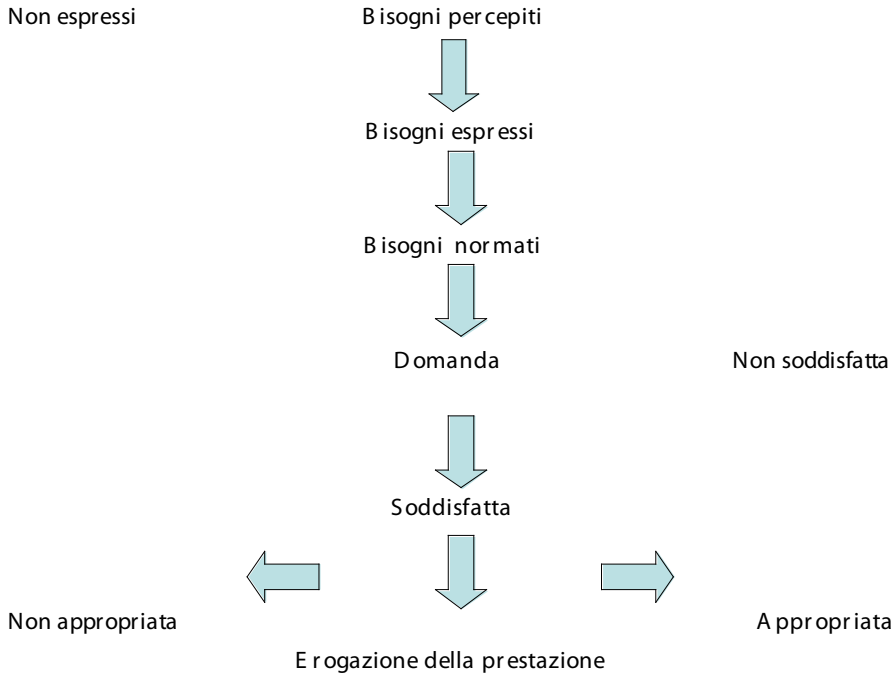
- 1) *Healthcare needs*. I *bisogni di assistenza sanitaria* sono quelli che possono beneficiare di interventi sanitari (prevenzione, diagnosi e cura, riabilitazione)
- 2) *Health needs*. I *bisogni di salute* includono determinanti di salute sociali e ambientali più ampi (alloggio, alimentazione, istruzione, occupazione)

Aspetti differenti dei bisogni [Wright, Williams, Wilkinson 1998]

- 1) *Bisogni percepiti*
- 2) *Bisogni espressi*
- 3) *Bisogni normati*

Approcci alla valutazione dei bisogni [Wright 2001]

- 1) *Approccio epidemiologico* : combina la valutazione dello stato di salute con stime dell'efficacia e del rapporto costo/efficacia degli interventi
- 2) *Approccio comparativo*: confronta i livelli di fruizione dei servizi sanitari tra popolazioni differenti
- 3) *Approccio congiunto*: descrive le richieste e i desideri dei pazienti, dei professionisti, dei politici e di altre eventuali parti interessate



Aspetti differenti dei bisogni [modificato da de Belvis, Volpe 2008]

Che cosa è la valutazione dei bisogni sanitari? [Wright, Williams, Wilkinson 1998].

'La valutazione dei bisogni sanitari è un metodo sistematico per identificare i bisogni di salute e di assistenza sanitaria non soddisfatti di una popolazione e per effettuare i cambiamenti necessari a soddisfare questi bisogni non soddisfatti'.

Perché compiere la valutazione dei bisogni sanitari? [Wright, Williams, Wilkinson 1998; Cavanagh, Chadwick 2005].

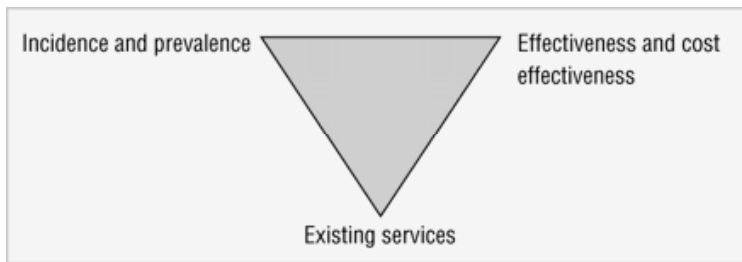
- 1) La valutazione dei bisogni di salute è raccomandata per

- Valutare lo stato di salute della popolazione locale e identificare le disuguaglianze di salute e di accesso all'assistenza sanitaria
- Determinare le priorità e l'allocazione delle risorse
- Pianificare i servizi sanitari nel modo più efficace ed efficiente per migliorare la salute della popolazione locale

2) La valutazione dei bisogni sanitari fornisce un metodo che permette di monitorare e di promuovere l'equità nell'accessibilità e nella fruibilità dei servizi sanitari

3) La valutazione dei bisogni sanitari fornisce l'opportunità di lavorare in partnership tra settori diversi e di sviluppare interventi innovativi ed efficaci.

La salute dei cittadini è l'obiettivo prioritario della programmazione sanitaria, processo complesso attraverso cui popolazione, bisogni, servizi sanitari e risorse vengono posti in relazione. L'evoluzione del sistema sanitario governato solo dall'offerta, verso uno basato sulla valutazione dei bisogni sanitari e sul governo della domanda, significa produrre una reale valutazione dei bisogni sanitari, basata sull'*evidence-based medicine*, sull'integrazione tra l'*approccio epidemiologico* e l'*approccio comparativo*.



Componenti della valutazione dei bisogni sanitari [Williams, Wright 1998]

Le difficoltà operative, in questo processo, sono generate dall'inadeguatezza dei sistemi informativi relativamente alla diffusione delle malattie in specifiche fasce della popolazione [Baglio 2006], ai determinanti sociali di salute [Materia, Baglio 2008]; la valutazione dei bisogni sanitari di una popolazione riveste così carattere di particolare complessità, ma rappresenta il momento più importante nel processo di pianificazione dei servizi sanitari. *“Il monitoraggio costante e accurato dei bisogni di salute degli stranieri presenti in Italia consente di individuare le principali aree critiche su cui implementare nuovi modelli d'intervento”* [Materia, Baglio 2008].

Definire i bisogni sanitari

‘Parlare di un bisogno significa sottintendere un obiettivo, una mancanza misurabile dall'obiettivo e un mezzo per raggiungere l'obiettivo’ [Wilkin, Hallam e Dogget 1992]. La valutazione dei bisogni sanitari comprende il concetto di capacità di ottenere un beneficio da un intervento efficace, implica mezzi per raggiungere l'obiettivo: *piani, programmi, progetti*. A livello di sistema, lo strumento istituzionale di programmazione sanitaria è il Piano Sanitario Regionale (PSR); a livello locale, il Piano Attuativo Locale (PAL). Il PAL deve recepire le indicazioni del PSR e deve contenere gli obiettivi di salute da raggiungere, le azioni da realizzare in relazione agli obiettivi e alle risorse disponibili, e programmi e progetti specifici, l'organizzazione dei servizi e un sistema di monitoraggio delle attività.

La valutazione dei bisogni sanitari comprende diverse fasi, eppure *“il processo segue raramente una semplice progressione lineare delle fasi – spesso le valutazioni dei bisogni sanitari si sviluppano da più fasi contemporaneamente”* [Wright 2001]:

Livello 1 : Analisi del problema	Livello 2 : Definizione delle priorità
Livello 3 : Scelta delle opzioni	Livello 4 : Pianificazione
Livello 5 : Implementazione e monitoraggio	Livello 6 : Valutazione dell'impatto

ANALISI DEL PROBLEMA (2)

ANALISI DEL PROBLEMA

VALUTAZIONE DELL'IMPATTO

DEFINIZIONE DELLE PRIORITA'

IMPLEMENTAZIONE E

MONITORAGGIO

SCELTA DELLE OPZIONI

PIANIFICAZIONE

Spirale della programmazione [Green 1999]

Livello 1 analisi del problema (Problem analysis).

Quale è la popolazione bersaglio? I migranti forzati. Attualmente i flussi di richiedenti asilo che coinvolgono il nostro Paese sono quelli provenienti dall'Africa (60% - Eritrea, Etiopia, Costa d'Avorio, Togo), dall'Est Europa (22% - Serbia-Montenegro, in particolare dal Kosovo) e dall'Asia (17% - Afghanistan, Iraq). Essi provengono da paesi con una cultura e un linguaggio diversi; non hanno avuto il tempo di prepararsi per questo cambiamento di vita e sono spesso traumatizzati dalla nuova esperienza - molti sono stati torturati e imprigionati; sono stati spesso separati dalle loro famiglie; possono portarsi dietro solo poche cose e necessitano di assistenza pratica immediata come la casa, il cibo e il reddito, come pure il sostegno di lungo termine rispetto alla lingua, salute, istruzione, formazione e impiego [Clayton 1999]

Quale è il problema di salute?

La valutazione dello stato di salute (Health status analysis) [Gentle 2001]

1) Determinanti della salute

2) Stato di salute (bisogni percepiti, morbosità, disabilità, mortalità)

La revisione e l'analisi della documentazione più significativa a livello nazionale e internazionale (articoli scientifici, report, documenti programmatici) confermano che la condizione sociale dei migranti forzati è ad elevato rischio per la salute [BMA 2002; Regione Lazio 2002]. La valutazione dello stato di salute indica che i migranti forzati hanno un'alta esposizione ad una molteplicità di fattori di rischio per la salute [Danon, Miltenburg 2001; Santone, Gnolfo 2008].

Contesto paese d'origine	Persecuzione, violenze, minacce, terrore, abusi sessuali, incarcerazioni, torture Esperienza di violenza e guerra Perdite: affetti, posizione economica e sociale Insicurezza e sospettosità Paura
Fuga / Viaggio	Partenza forzata, improvvisa Sfruttamento e violenze Malnutrizione Malattie non curate Aggressioni
Campi profughi	Prolungata permanenza Malnutrizione Malattie non curate Aggressioni Violenze sessuali
Situazione familiare	Problemi di coppia e problemi relazionali Difficoltà a riunire il nucleo familiare Impossibilità di aiutare ed assistere i figli Lontananza dei parenti Contatti con i parenti difficili o impossibili Membri della famiglia dispersi o uccisi
Contesto paese d'accoglienza	Alloggio precario Disoccupazione Lavoro senza contratto Marginalizzazione Discriminazione Shock culturale Allontanamento rete familiare e sociale Cambiamento delle abitudini e degli stili di vita
Procedure di asilo	Durata lunga Esito incerto
Accesso ai servizi sanitari	Barriere all'accessibilità Barriere alla fruibilità

Profilo di salute [BMA 2002]. La maggior parte dei problemi di salute dei migranti forzati non sono specifici, ma comuni alla condizione di esclusione sociale dei migranti, che vivono in condizioni precarie (alloggio, alimentazione, lavoro). I problemi di salute specifici sono conseguenze della tortura e della violenza intenzionale.

A) Problemi di salute aspecifici [Morrone, Geraci 1995; Geraci, Marceca 2000]

>> Malattie da degrado

- patologie dell'apparato respiratorio : raffreddamento con continue recidive
- patologie dell'apparato digerente : alimentazione inadeguata
- patologie dell'apparato osteoarticolare : traumi da incidenti sul lavoro

- patologie dell'apparato genito-urinario
 - patologie dermatologiche
 - patologie ostetrico-ginecologiche
 - patologie odontostomatologiche
 - >> Malattie della povertà
 - tubercolosi
 - scabbia
 - pediculosi
 - micosi
 - MST (incluso AIDS)
- B) Problemi di salute specifici.
- >> Esiti di tortura [Shreshta, Sharma 1992; Di Napoli et al 2005]
 - conseguenze fisiche
 - conseguenze psicologiche
 - conseguenze sociali
 - >> Disturbi mentali [Fazel, Wheeler, Danesh 2005]
 - disturbo post-traumatico da stress
 - depressione maggiore
 - disturbi psicotici
 - disturbo d'ansia generalizzato

Livello 2: definizione delle priorità (Priority setting).

Quali sono i criteri per scegliere le priorità?

- 1) Dimensione del problema
 - 2) Gravità del problema
- >> Mortalità
 - >> Morbosità
 - >> Disabilità
 - >> Costi
 - >> Impatto Sociale
- 3) Efficacia della soluzione
 - 4) Fattibilità dell'intervento

Quale è la dimensione del problema? Nel 2007 con 14.050 domande d'asilo, l'Italia rientrava comunque tra i primi dieci paesi industrializzati scelti dai richiedenti asilo [UNHCR, 2008a], con un incremento rispetto al 2006 (10.348) e al 2005 (9.550) [UNHCR, 2007]. Alla fine del 2007 erano presenti oltre 38.000 rifugiati in Italia [UNHCR, 2008b].

Quale è la gravità del problema?

1) La vulnerabilità. Tra i migranti forzati sono in aumento i casi vulnerabili, le vittime di tortura e i minori non accompagnati. I migranti forzati rappresentano il gruppo a maggior rischio di sviluppo di disturbi mentali ma anche il più carente nel ricevere il trattamento adeguato. Le esperienze premigratorie, migratorie e postmigratorie contribuiscono allo sviluppo del rischio [Jaranson, Forbes Martin, Ekblad 2000]. Il rischio di sviluppare disturbi mentali è maggiore rispetto ai coetanei della popolazione dei paesi d'accoglienza, con evidenze di elevata comorbidità psichiatrica [Fazel et al 2005].

2) Le barriere nell'accesso all'assistenza sanitaria [Marceca 2000]. Nonostante il livello di tutela previsto dalla normativa vigente (art. 34 del D. Lgs 25 luglio 1998 n.286) "persistono ostacoli alla fruizione dei servizi, prevalentemente di carattere organizzativo" [Regione Lazio 2002].

A) Barriere all'accessibilità dei servizi

- barriere giuridico-legali
- barriere economiche
- barriere burocratico-amministrative
- barriere organizzative

B) Barriere alla fruibilità dei servizi

- barriere linguistiche
- barriere comunicative
- barriere interpretative
- barriere comportamentali

Quale è l'importanza del problema? In Italia, il problema non è diffuso come negli altri paesi industrializzati o in rapporto al fenomeno globale migratorio, ma presenta caratteri di particolare gravità (morbosità, disabilità, costi, impatto sociale).

Livello 3 : Scelta delle opzioni

§ Quali sono le priorità scelte e Perché, in termini di impatto e di cambiamento?

1) La multifattorialità

I bisogni dei migranti forzati “sono bisogni complessi, che includono bisogni materiali (casa e lavoro), bisogni affettivi e di socializzazione, bisogni di cura, bisogni di significato” [Taviani 2003]. I migranti forzati, le vittime di tortura subiscono una sofferenza mentale, fisica e sociale. Trauma multidimensionale è il termine utilizzato per indicare che il trauma è prolungato, è composto da più dimensioni (salute fisica, mentale, . La cura deve avere un approccio interdisciplinare, sistemico che possa guardare ai bisogni della persona nella sua complessità. [Danon, Miltenburg 2001; Taviani 2003; Morrone 2008], L'approccio psico-socio-sanitario, nel caso delle vittime di tortura, appare fondamentale Perché le risposte ai singoli problemi diventano elementi concatenanti di un unico percorso di supporto e di riabilitazione [Kenzie, Jaranson 1998].

2) Il diritto negato

In base alla normativa vigente il servizio sanitario nazionale è accessibile per i migranti forzati, ma persiste un suo diffuso sottoutilizzo dal momento che persistono ostacoli che conducono spesso a un ritardo nell'accesso alle cure, con conseguente aumentato ricorso ai più costosi servizi d'emergenza [Benedetti 2004; Madlovsky 2007]. “L'ospedalizzazione infatti è spesso l'alternativa obbligata all'assenza di una rete di continuità assistenziale che garantisca l'appropriato, tempestivo e efficace ricorso alle cure” [Ministero Salute 2008]. Le barriere principali all'accesso ai servizi sono identificate nella lingua; ma un problema maggiore è l'accesso alle informazioni rispetto a quali servizi sono disponibili [Clayton 1999].

OFFERTA

1 3

2

BISOGNI

DOMANDA

- 1 – Area del diritto negato
- 2 – Area del malcontento
- 3 – Area dell'inappropriatezza

La valutazione dei bisogni di salute deve far emergere domande inesprese rispetto a bisogni percepiti (disagio psichico). Sul piano della domanda, bisogna ridurre l'emergere di domande inappropriate (pronto soccorso) rispetto ai bisogni espressi e orientarle verso risposte più efficaci (medico di medicina generale). Sul piano dell'offerta, evitare che l'organizzazione dell'accesso ai servizi sanitari produca o riproduca disuguaglianze [Bruni 2008], si tratta di "ragionare in termini di mediazione di sistema dove l'intera organizzazione sanitaria sia in grado non solo di intercettare il bisogno o la domanda, ma possa realmente garantire livelli di comunicazione efficaci e percorsi assistenziali propri" [Geraci 2004].

Dal problema agli obiettivi

Un bisogno si definisce come tale quando : *un fenomeno accade con una frequenza e con delle modalità insolite (Atteso), se paragonata alla frequenza e alla modalità con cui si presenta in una situazione di riferimento (Osservato)*

IL BISOGNO : ELEMENTI COSTITUTIVI E RELAZIONI [Costa 2006]		
1. Insoddisfazione per la constatazione di una distanza tra osservato e atteso nella occorrenza di un fenomeno		
OSSERVATO	Occorrenza di un fenomeno	ATTESO
2. Distanza tra osservato e atteso spiegabile da cause specifiche		
Causa A	Causa B	Causa C
3. Ogni causa è aggredibile con una soluzione pertinente la cui efficacia teorica è valutabile		
Soluzione A	Soluzione B	Soluzione C
4. Soluzioni la cui efficacia pratica è valutabile A analisi di fattibilità. Efficacia e rapporto costo -efficacia		
Soluzione A	Soluzione B	Soluzione C
5. Stima del beneficio / risultato		
6. Definire e gli obiettivi specifici		

Quali sono gli interventi più appropriati e con il miglior rapporto costo – efficacia?

	1. Problema prioritario A	
	I MIGRANTI FORZATI HANNO UN'ALTA ESPOSIZIONE A FATTORI DI RISCHIO MULTIPLI	
Osservato	SOFFERENZA MENTALE, FISICA E SOCIALE	Atteso
	2. Distanza tra osservato e atteso spiegabile da cause specifiche	
	PAZIENTE : TRAUMA MULTIDIMENSIONALE	
	3. Cause aggredibili con soluzioni efficaci	
	PERCORSI INTERDISCIPLINARI	
	medicina generale, psichiatria transculturale, psicologia, medicina legale, specialistica ambulatoriale, ginecologia consultoriale	
	4. Soluzioni fattibili rispetto a risorse e vincoli	
	CREARE PARTNERSHIP E SINERGIE	
	(CONDIVISIONE DI STRATEGIE, BUONE PRATICHE, RISORSE) TRA IL SERVIZIO PUBBLICO E IL PRIVATO SOCIALE .	
	REALIZZARE EQUIPE INTERDISCIPLINARI .	
	5. Obiettivi specifici	

1. Problema prioritario B
I MIGRANTI FORZATI
INCONTRANO OSTACOLI NELL'ACCESSO ALL'ASSISTENZA SANITARIA
 Osservato SOTTOUTILIZZO
DEI SERVIZI TERRITORIALI

Atteso

2. Distanza tra osservato e atteso spiegabile da cause specifiche

A. PAZIENTE : MANCATO ACCESSO ALLE INFORMAZIONI	B. PAZIENTE : LINGUA E CULTURA DIVERSE	C. OPERATORE : IMPREPARATO ALLA RELAZIONE INTERCULTURALE
--	---	---

3. Cause aggredibili con soluzioni efficaci

A. SERVIZIO DI ORIENTAMENTO E INFORMAZIONE
B. SERVIZIO DI MEDIAZIONE LINGUISTICO - CULTURALE
C. FORMAZIONE SPECIFICA DEL PERSONALE

4. Soluzioni fattibili rispetto a risorse e vincoli

CREARE PARTNERSHIP E SINERGIE
(CONDIVISIONE DI STRATEGIE, BUONE PRATICHE, RISORSE)
TRA IL SERVIZIO PUBBLICO E IL PRIVATO SOCIALE .
REALIZZARE UNA RETE DI SERVIZI .

5. Obiettivi specifici

Livello 4: pianificazione degli interventi e delle azioni

A livello di sistema, lo strumento istituzionale di programmazione sanitaria è il piano sanitario regionale. Nel Lazio, nel piano sanitario regionale per il triennio 2002 – 2004, “sono definiti interventi specifici rivolti a particolari gruppi della popolazione che manifestano bisogni assistenziali complessi”, come gli immigrati.

Sulla base delle evidenze, sono stati identificate alcune aree critiche per la salute degli immigrati, in particolare *i rifugiati e i richiedenti asilo sono stati individuati come gruppo sociale ad alto rischio sanitario*. Sul piano delle azioni, sono state identificate alcune aree d'intervento :

- 1) L'accesso all'assistenza sanitaria
- 2) La valutazione dei bisogni
- 3) I programmi di prevenzione e assistenza

A livello locale, la ASL Roma/A ha individuato e pianificato le attività da realizzare in relazione agli obiettivi di salute. L'obiettivo di realizzare il programma ‘Salute migranti’ è passato attraverso l'istituzione di gruppi di lavoro, unità operative [ASL RMA 2006b; 2008a] e lo sviluppo di reti locali [Gnolfo 2007; Trillò, Gnolfo, Geraci 2007]. L'obiettivo di promuovere programmi di prevenzione e assistenza sul territorio per richiedenti asilo e rifugiati, è passato attraverso lo sviluppo di una rete progettata, [Bigot, Russo 2007; Bigot, Russo 2008], attraverso un accordo tra la ASL Roma/A e l'Associazione Centro Astalli (sede italiana del Jesuit Refugee Service) [ASL Roma A 2006a]. La collaborazione tra attori istituzionali ha portato a realizzare il Centro SAMIFO (Salute Migranti Forzati), a sperimentare un modello innovativo, multidisciplinare, orientato all'approccio sistemico, le cui attività e risultati saranno descritti in altre comunicazioni dell'attuale Consensus Conference sull'Immigrazione.⁹

Livello 5: implementazione e monitoraggio

⁹ Gnolfo F et al, ‘Il Centro SAMIFO : Modello assistenziale innovativo per la salute dei migranti forzati’
 Santone G et al, ‘Il trauma delle vittime di tortura e di violenza sessuale: percorsi terapeutici’

Relazione sanitaria annuale [Benedetti 2008; Gnolfo 2008; Santone 2008]

Livello 6: valutazione d'impatto

E' in corso di messa a punto una lista di indicatori di valutazione, cui il servizio sottoporra le proprie attivita e i risultati.

Documenti e atti istituzionali

- ASL Roma A (2006a) Protocollo d'intesa tra Azienda USL RM A e Associazione Centro Astalli Onlus per l'assistenza sanitaria ai richiedenti asilo, ai rifugiati e alle vittime di tortura. Deliberazione ASL RM/A n°260 del 31 marzo 2006
- ASL Roma A (2006b) Istituzione del gruppo di coordinamento progettuale 'Tutela della salute dei migranti'. Deliberazione n°378 del 18 aprile 2006
- ASL Roma A (2008a) Atto aziendale (BUR, supplemento ordinario n. 39 al Bollettino Ufficiale n. 16 del 28/04/08.
- Ministero della salute (2008) Relazione sullo stato sanitario del paese 2005-2006, 3.3.6 La salute degli immigrati: 92-97, febbraio 2008
- Regione Lazio (2002). Piano sanitario regionale triennio 2002-2004, 2.1 Gruppi di popolazione e soggetti deboli 2.1.4 Immigrati

Bibliografia di riferimento

- Associazione Frantz Fanon, ICS – Consorzio Italiano di Solidarieta [2003] Pensare la violenza. Atrocita di massa, tortura e riabilitazione. ICS – Consorzio Italiano di Solidarieta, Roma
- Baglio G [a cura di] (2006) Il Progetto OSI. Sperimentazione di un sistema informativo sanitario sull'assistenza di primo livello agli immigrati. Monografie ASP Lazio
- Benedetti P (2004) "Richiedenti asilo e rifugiati: accessibilita e fruibilita alla medicina di base a Roma". In Atti della VIII Consensus Conference sull'Immigrazione SIMM, Palermo
- Benedetti P (2008) Report attivita SAMIFO anno 2007
- Bigot G, Russo ML (2007) "Come nasce una politica: gli attori, i processi". In Una rete per la salute degli immigrati. Quaderni di InformaArea, n.4: 7-15, Area Sanitaria Caritas Roma
- Bigot G, Russo ML (2008) Esperienze di rete nella policy per la salute degli immigrati. In Tognetti Bordogna M (a cura di) Disuguaglianze di salute e immigrazione. Franco Angeli Edizioni, Milano
- British Medical Association [a cura di] (2002) Asylum seekers: meeting their healthcare needs. British Medical Association, publications unit, London
- Bruni A (2008) "Differenze, disuguaglianze e pratiche organizzative nell'accesso ai servizi sanitari". In Tognetti Bordogna M (a cura di) Disuguaglianza di salute e immigrazione. Franco Angeli Edizioni, Milano
- Cavanagh S, Chadwick K (2005) Health needs assessment. A practical guide. National Institute for Health and Clinical Excellence, London
- Clayton P (1999) "Barriers to access". In Clayton P (a cura di) Access to Vocational Guidance for People at Risk of Social Exclusion: 18-20. University of Glasgow
- Rapporto 'Immigrazione e accesso al servizio sanitario nazionale'. CNEL, Documenti 5
- Colasanti R, Geraci S, Pittau F (1991) Immigrati e salute. Edizioni Lavoro, Roma
- Costa G. (2006) "Studi per la valutazione dei bisogni". In Faggiano F, Donato F, Barbone F (a cura di) Applicazioni di epidemiologia per la sanita pubblica: 155-199. Centro Scientifico Editore, Torino
- Danon M, Miltenburg A (2001)

- “Rifugiati politici e salute mentale”. Conferenza internazionale ‘Una città interculturale da inventare. Esperienze europee a confronto’, Università degli studi di Padova
- de Belvis AG, Volpe M (2008)
 - La relazione sanitaria. Dalle informazioni alle decisioni. Il Pensiero Scientifico editore
 - Di Napoli A, Baglio G, Bracci C, Taviani A, Zerbino E, Romano V. “Vittime di tortura e richiedenti asilo: l’esperienza dell’associazione umanitaria Medici contro la Tortura” Ann Ig 2005; 17(4): 343-350
 - Fazel M, Wheeler J, Danesh J (2005) “Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review” The Lancet 2005; 9467: 1309-1314
 - Gentle P [(2001) “Valutare lo stato di salute”. In Renga G (a cura di) Manuale Oxford della pratica in Sanità Pubblica: 33-43, Centro Scientifico Editore
 - Geraci S [2004] “Considerazioni conclusive”. In Atti della VIII Consensus Conference sull’Immigrazione SIMM, Palermo
 - Geraci S, Marceca M (2000) “Il profilo di salute dell’immigrato”. In Geraci S (a cura di) Approcci transculturali per la promozione della salute: 65-77. Edizioni Anterem, Roma
 - Gnolfo F (2007a) “Il GrIS Lazio”. In Una rete per la salute degli immigrati. Quaderni di InformaArea, n.4: 29-31. Area Sanitaria Caritas Roma
 - Gnolfo F (2007b) Report attività Coordinamento tutela salute migranti anno 2007 & Associati editore, Milano
 - Green A (1999) An introduction to health planning in developing countries. Oxford University Press
 - Kinzie JD, Jaranson J. (1998). “Refugees and asylum seekers. In Keane T, Gerrity E, Tuma F (a cura di), Mental health consequences of torture and related violence and trauma. National Institute of Mental Health, Rockville.
 - Jaranson J, Forbes Martin S, Ekblad S (2000) “Refugee Mental Health: Issues for the New Millennium”. In Manderscheid RW, Henderson MJ (a cura di). Mental Health, United States, 2000 <http://www.samhsa.gov>.
 - Madlovsky P (2007) “Migration and health in E health systems”. Euro Observer 2007; 4:1-2
 - Marceca M (2000) “La normativa sanitaria e l’accessibilità dei servizi”. In Geraci S (a cura di) Approcci transculturali per la promozione della salute: 107-120. Edizioni Anterem, Roma
 - Marceca M, Geraci S, Martino A (2006) “Esperienza migratoria, salute e disuguaglianze”. In AA.VV. A caro prezzo. Le disuguaglianze nella salute (2° Rapporto dell’Osservatorio Italiano sulla Salute Globale), Edizioni ETS, Pisa
 - Materia E, Baglio G (2002) “Le parole d’ordine: efficienza, efficacia, appropriatezza ed equità”. Conferenza on-line ‘L’epidemiologia e i cambiamenti del SSN’AIE http://www.epicentro.iss.it/web_conf
 - Materia E, Baglio G (2008) “Complessità aziendale e postmodernità”. In Vanara F (a cura di) Il governo dell’azienda sanitaria, Società editrice il Mulino, Bologna
 - Ministero della salute (2008) Relazione sullo stato sanitario del paese 2005-2006, 3.3.6 La salute degli immigrati: 92-97, febbraio 2008
 - Morrone A (a cura di) (2008) Oltre la tortura. Percorsi di accoglienza con rifugiati e vittime di tortura, Edizioni Magi, Roma
 - Morrone A, Geraci S (1995) “Le malattie degli immigrati”. In Morrone A (a cura di) Salute e società multiculturale Raffaello Cortina Editore, Milano
 - Morrone A, Latini O, Franco G et al (2001) “Promozione della salute delle comunità migranti e a rischio di emarginazione: L’esperienza del San Gallicano”. Istituto superiore di sanità. Rapporti ISTISAN 2001; 01(30):56-64.

- Regione Lazio. Piano sanitario regionale triennio 2002-2004, 2.1 Gruppi di popolazione e soggetti deboli 2.1.4 Immigrati
- Santone G, Gnolfo F (2008) "Immigrazione e salute mentale. Eventi psicotraumatici nel percorso migratorio". Conferenza europea SMES, Roma
- Santone G (2008) Report attività SAMIFO 2007
- Shreshta NM, Sharma B (1995) Torture and torture victims: A manual for medical professionals. Center for the Victims of Torture, Kathmandu. Tortura e vittime della tortura . Tradotto e adattato dal Gruppo rifugiati del Naga, in collaborazione con l'RCT di Copenaghen (1998)
- Taviani A [a cura di] (2003) Guarire dalla tortura. Da vittime a testimoni, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma
- Trillò ME, Gnolfo F, Geraci S (2007) "I gruppi locali immigrazione e salute (GRIS)". Istituto Superiore di Sanità. Rapporti ISTISAN. 2007; 07(14):25-30.
- United Nations High Commissioner for Refugees – UNHCR (2006) Asylum Levels and Trends in Industrialized Countries, 2006
- United Nations High Commissioner for Refugees - UNHCR (2008a) Asylum Levels and Trends in Industrialized Countries, 2007
- United Nations High Commissioner for Refugees - UNHCR (2008b) 2007 Global refugee trends
- Wilkin D, Hallam L, Doggett MA (1993) Measures of need and outcome for primary health care, Oxford University Press
- Williams R, Wright J (1998) "Health needs assessment: Epidemiological issues in health needs assessment". BMJ 1998; 316: 1379-1382
- World Health Or- Wright J, Williams R, Wilkinson R (1998) "Health needs assessment: Development and importance of health needs assessment" BMJ 1998; 316:1310-1313
- Wright J (2001) "Valutare i bisogni sanitari". In Renga G (a cura) Manuale Oxford della pratica in Sanità Pubblica: 45-53, Centro Scientifico Editore, Torino

Il Centro SAMIFO: modello assistenziale innovativo per la salute dei migranti forzati

Filippo Gnolfo (ASL Roma/A), Maurizio Bacigalupi, Giovanni Baglio (ISS), Pietro Benedetti (Centro Astalli), Carlo Bracci (Medici contro la tortura), Silvia Casagrande (Laziosanità-ASP), Andrea Gaddini (Laziosanità-ASP), Salvatore Geraci (Area Sanitaria-Caritas di Roma), Klaudia Jeger (Centro Astalli), Maurizio Marceca (DSSP-La Sapienza Università di Roma), Daniela Pucci (Laziosanità-ASP), Giancarlo Santone (ASL Roma/A)

Dal gennaio 2007, operatori dell'Associazione Centro Astalli (7), dell'Associazione Medici contro la tortura (1), della ASL RM/A (3), medici di medicina generale (2), supportati da volontari e tirocinanti, hanno realizzato l'avvio del Centro Salute migranti forzati.

Background

“(..) *la multiculturalità della domanda sanitaria induce oggi la necessità nei presidi pubblici di adottare percorsi e pratiche adattati alle caratteristiche dell'utenza*” [Ministero Salute 2006], di *'riorientare i servizi'* [CNEL 2000], la complessità dei bisogni sanitari della popolazione migrante e la complessità dell'organizzazione sanitaria [Baglio, Materia, 2008] hanno portato gli operatori a progettare e sperimentare modelli assistenziali innovativi. Lo sviluppo di esperienze di *policy networks*, *GrIS (Gruppi immigrazione e salute)*, ha permesso l'incontro e il confronto tra *'privato sociale'* e *'pubblico'*, la condivisione di un patrimonio comune di *'buone pratiche'*, lo sviluppo di percorsi comuni di riflessione e di elaborazione [Gnolfo 2007; Trillò, Gnolfo, Geraci 2007]. Inizialmente si è sviluppata una *rete informale*, fatta di rapporti di conoscenza personali, occasionali, fondati sulla motivazione, sulla disponibilità reciproca tra operatori del servizio pubblico e operatori dell'associazionismo. Successivamente si è sviluppata una *rete progettata*, attraverso accordi tra soggetti collettivi [Bigot, Russo 2007; Bigot, Russo 2008]. Nel 2006, l'Associazione Centro Astalli (sede italiana del Jesuit Refugee Service), associazione con “la missione di servire, accompagnare, difendere i rifugiati in iniziative e progetti concreti” [Fondazione Centro Astalli 2006] ha sottoscritto un protocollo d'intesa con la ASL Roma/A [ASL RM/A 2006].

Il rapporto di collaborazione pluriennale nella rete locale, in ambito formativo e assistenziale, ha spinto gli operatori ad elaborare un progetto di promozione e di tutela della salute dei migranti forzati da attuare attraverso una attività di cooperazione, a realizzare il Centro SAMIFO (Salute Migranti Forzati), all'interno di un presidio territoriale del 1° Distretto, nel rione Esquilino, al fine di pianificare e rafforzare le collaborazioni già esistenti, estendere i campi di intervento, mirare ad una maggiore continuità nel servizio. La proposta è stata quella di integrare l'esperienza decennale dell'ambulatorio di via degli Astalli con i servizi territoriali distrettuali, di implementare i servizi sanitari e amministrativi con l'attività di operatori, mediatori culturali, volontari esperti nella materia, medici specializzati nella cura di pazienti vittime di tortura, di sperimentare un modello innovativo, multidisciplinare, orientato all'approccio sistemico.

Metodologia

Il metodo scelto è quello del “governo della rete come insieme di relazioni tra diversi soggetti, che convergono su obiettivi, strategie e metodologie di lavoro, creando culture condivise per raggiungere determinati risultati” [Ghetti 2004], dell'approccio sistemico al trauma multidimensionale dei migranti forzati.

La strategia assistenziale è fondata sulla realizzazione di percorsi interdisciplinari di cura e/o di sostegno appropriati alla sofferenza fisica, psichica e sociale dei migranti forzati,

sull'integrazione tra l'assistenza medica di base e l'assistenza specialistica.

Progetto “Salute migranti forzati”(SAMIFO)

Obiettivi specifici

- > Promuovere e agevolare l'iscrizione al sistema sanitario regionale
- > Facilitare l'accesso all'informazione sui diritti acquisiti
- > Formare il personale sanitario e amministrativo della ASL sui temi della medicina delle migrazioni
- > Promuovere un servizio di mediazione culturale atto a superare gli ostacoli comunicativi e relazionali
- > Realizzare percorsi interdisciplinari di cura e/o di sostegno appropriati alla sofferenza fisica, mentale e sociale dei richiedenti asilo e delle vittime di tortura

Azioni

- > Promuovere iniziative di orientamento all'utilizzo dei servizi :
 - modalità di iscrizione al SSR
 - accesso e funzionamento dei servizi
 - tipologie di prestazioni erogate con il coinvolgimento del volontariato sociale e di strutture pubbliche territoriali
- > Realizzare una rete integrata intersettoriale, multidisciplinare e multiculturale:
 - intersettoriale: operatori del servizio pubblico/operatori privato sociale (Centro Astalli e Medici contro la tortura), operatori professionali/volontari/tirocinanti
 - multidisciplinare: attività sociali, cliniche, di prevenzione, di formazione, di ricerca scientifica, di documentazione
 - multiculturale: operatori italiani e stranieri
- > Integrare il livello sanitario (interventi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione) e il livello sociale (orientamento, mediazione linguistico-culturale, assistenza legale, inserimento socio-economico)
- > Promuovere reti territoriali in sostegno dei migranti forzati (Centro d'accoglienza di Castelnuovo di Porto, strutture di accoglienza del Servizio Centrale del Sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati)
- > Collaborare con nuovi attori sociali (Action), attivi negli edifici occupati (Collatina e Romanina)

Organizzazione

Il Centro SAMIFO è articolato in diversi servizi:

- Sportello di accoglienza e orientamento socio-sanitario
- Servizio di mediazione linguistico - culturale (farsi, tigrino, amharico, inglese, francese)
- Ambulatorio di medicina generale
- Ambulatorio di psichiatria transculturale
- Ambulatorio di psicologia
- Ambulatorio di medicina legale
- Ambulatorio di ginecologia e ostetricia

Risultati

Le attività e i risultati dei percorsi interdisciplinari di cura saranno descritti in un'altra comunicazione dell'attuale Consensus Conference sull'Immigrazione.¹⁰

Tra i risultati va segnalato, l'istituzione di un Comitato Scientifico, composto da operatori della ASL Roma/A, del Centro Astalli e di Medici contro la tortura, da esperti del settore di

¹⁰ Santone G et al, 'Il trauma delle vittime di tortura e di violenza sessuale: percorsi terapeutici'

Società Italiana Medicina delle Migrazioni, Laziosanità - ASP, Dipartimento Scienze Sanità Pubblica-“La Sapienza” Università di Roma, Istituto Superiore di Sanità [ASL Roma A 2008], per pianificare gli obiettivi, le strategie e le azioni del Centro SAMIFO.

Il Comitato Scientifico ha operato una lettura organizzativa di tipo sistemico, ricostruendo le diverse tipologie di *‘percorsi’* da parte degli utenti del servizio. Ha raccolto ed analizzato materiale bibliografico specifico. Ha revisionato le modalità di raccolta dei dati attraverso la messa a punto di una serie di schede di natura anagrafica, clinica e medico-legale, con particolare attenzione alle componenti traumatologiche. Sta mettendo a punto una lista di indicatori di valutazione, infatti i componenti esterni al Centro SAMIFO costituiranno una Unità Valutativa, con il compito di verificare la coerenza degli obiettivi e dei risultati del servizio.

Il Comitato scientifico ha adottato un documento programmatico per l’anno 2009:

>> Area medicina generale:

- Migliorare le attività di medicina di base attraverso un incremento delle risorse del servizio che garantisca un tempo più adeguato di assistenza per ogni singolo paziente;
- Favorire la discussione collettiva delle attività cliniche anche con il contributo di consulenti esterni;
- Razionalizzare la partecipazione dei mediatori linguistici culturali alle attività della medicina generale ed il loro contributo per favorire l’accesso alla medicina specialistica;
- Promuovere iniziative di medicina preventiva (es. Campagne di vaccinazione)
- Tutoraggio per i tirocinanti del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale, del Corso di Laurea in Scienze della Comunicazione

>> Area salute mentale:

- Razionalizzare le attività di consulenza specialistica al fine di organizzare i nuovi accoglimenti garantendo a ciascuno tempi e modi di ascolto e trattamento;
- Favorire la discussione collettiva attraverso una supervisione sistematica garantita da un consulente esperto esterno. La presenza dei mediatori linguistico-culturali dovrà essere accompagnata da momenti specifici di formazione e dalla loro partecipazione alle attività di supervisione clinica;
- Programmare gli interventi di assistenza e tutela della salute mentale anche attraverso l’implementazione di attività psicoterapeutiche individuali o di gruppo condotte dagli psichiatri o dagli psicologi.

>> Area salute della donna

- Implementare la collaborazione con i servizi consultoriali per le specifiche problematiche della salute delle donne e del bambino, con particolare attenzione alle donne vittime di tortura e di violenza (abusi sessuali);

>> Area formazione

> Formazione interna. Gli operatori dello staff seguiranno attività di formazione e di aggiornamento sui temi dell’immigrazione, in particolare sugli aspetti sanitari, sociali e legali dei migranti forzati;

> Formazione esterna.

Corso di formazione per operatori della ASL Roma/A (Piano formativo aziendale 2009).

Corso di formazione per volontari SAMIFO e Centro Astalli.

2° Seminario Nazionale ‘Salute migranti forzati’.

Conclusioni

Il progetto ha permesso di sperimentare un modello di partenariato pubblico-privato sociale

incentrato su un approccio multidisciplinare, multiculturale e sistemico ai bisogni sanitari di gruppi di popolazione a elevato rischio di esclusione sociale, *“per tentare di governare l'intero percorso (o processo) dall'accoglienza e dalla presa in carico fino alle necessarie azioni di verifica e di rinforzo dell'intervento in vista di una sua piena efficacia”* [Marceca 2005]. Il modello è risultato sostenibile, in termini di efficienza, perché ha valorizzato le risorse esistenti attraverso sinergie tra settori diversi (pubblico e privato sociale), il lavoro interdisciplinare e il lavoro di rete. Il modello è risultato innovativo in termini di efficacia perché ha migliorato la qualità dell'offerta, in termini di equità perché ha ridotto l'inaccessibilità dell'assistenza sanitaria e ha garantito la reale fruibilità dei servizi sanitari, anche attraverso l'offerta attiva di percorsi di cura e/o di sostegno appropriati ai bisogni sanitari dei migranti forzati. Particolare attenzione è stata rivolta all'accoglienza delle vittime di tortura e di violenza [SPRAR 2008], alla tutela della salute della donna e della salute mentale, condizione particolarmente critica in questo target di popolazione che ha subito ripetute esposizioni psicotraumatiche. Alla complessità dei bisogni sanitari dei migranti forzati corrisponde la complessità dell'organizzazione intersettoriale/interdisciplinare e la complessità della reti locali (policy networks) [Materia, Baglio 2008]. Infatti sono inoltre emersi la centralità del ruolo del medico di medicina generale [OIM/Caritas 2007], l'importanza della mediazione linguistico-culturale nel setting psicoterapeutico o psicologico [Varvin 2003] e della certificazione medico-legale nel setting riabilitativo [Mandel, Worm 2007].

L'istituzione del Comitato Scientifico ha permesso di ricordare la fase di pianificazione delle azioni e degli obiettivi e di valutazione dei risultati, di mettere in relazione lo staff del Centro SAMIFO con agenzie sanitarie, formative e scientifiche per implementare il progetto.

Documenti e atti istituzionali

- ASL Roma A (2006) Protocollo d'intesa tra Azienda USL RM A e Associazione Centro Astalli Onlus per l'assistenza sanitaria ai richiedenti asilo, ai rifugiati e alle vittime di tortura. Deliberazione ASL RM/A n°260 del 31 marzo 2006
- ASL Roma A (2008) Istituzione del Comitato scientifico del centro salute migranti forzati. Deliberazione ASL RM/A n°997 del 12 agosto 2008
- Ministero della salute (2006) Piano sanitario nazionale 2006-2008, 5.7 Gli interventi in materia di salute degli immigrati e delle fasce sociali marginali: 78-80, marzo 2006

Bibliografia di riferimento

- Bigot G, Russo ML (2007) *“Come nasce una politica: gli attori, i processi”*. In Una rete per la salute degli immigrati. Quaderni di InformaArea, n.4: 7-15, Area Sanitaria Caritas Roma
- Bigot G, Russo ML (2008) Esperienze di rete nella policy per la salute degli immigrati. In Tognetti Bordogna M (a cura di) Disuguaglianza di salute e immigrazione. Franco Angeli Edizioni, Milano
- Fondazione Centro Astalli (2006) Promuovere la giustizia. L'ispirazione e i valori del Servizio dei Gesuiti per i Rifugiati
- Ghetti C (2004) *“Il lavoro di rete”*. Corso di formazione Progetto W.E.S.T., Regione Veneto
- Gnolfo F (2007) *“Il GrIS Lazio”*. In Una rete per la salute degli immigrati. Quaderni di InformaArea, n.4: 29-31. Area Sanitaria Caritas Roma
- Mandel L, Worm L (2007) *“Documentation of torture victims, assessment of the Start Procedure for Medico-Legal documentation”*. Torture 2007; 17: 196-207
- Materia E, Baglio G (2008) *“Complessità aziendale e postmodernità”*. In Vanara F (a cura di) Il governo dell'azienda sanitaria: 169-192. Società editrice Il Mulino, Bologna

- Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (OIM) / Caritas di Roma [2007] Servizi socio-sanitari e rifugiati. Mappatura dei servizi socio-sanitari sui progetti territoriali dello SPRAR. SPRAR, Roma
- Servizio Centrale del Sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati (SPRAR) [2008] Manuale operativo per l'attivazione e la gestione di servizi di accoglienza e integrazione per richiedenti e titolari di protezione internazionale
- Trillò ME, Gnolfo F, Geraci S (2007) "I gruppi locali immigrazione e salute (GRIS)". Istituto Superiore di Sanità. Rapporti ISTISAN. 2007; 07(14):25-30.
- Varvin S (2003) "Voci al di là delle barriere. La funzione dell'interprete nel corso delle psicoterapie con rifugiati, portatori di gravi esperienze traumatiche". In Riv. Sperimentale di Freniatria 2003; 2

Il progetto di formazione interculturale del Corso di Laurea in Infermieristica di Reggio Emilia.

C. Gradellini, E. Pighini, I. Chiesi, S. Luseti, D. Mecugni

Corso di Laurea in Infermieristica di Reggio Emilia, Università di Modena e Reggio Emilia

Introduzione

Negli ultimi anni la popolazione italiana ha subito notevoli cambiamenti correlati all'incremento della popolazione straniera presente sul territorio. E' indiscutibile il fatto che il fenomeno dell'immigrazione abbia contribuito a modificare la società in tutti i contesti di riferimento e una società che cambia necessita di trasformazioni sia nell'organizzazione che nella gestione dei servizi rivolti al cittadino, primo tra tutti il Servizio Sanitario Nazionale.

Il contesto formativo degli operatori del servizio sanitario entra necessariamente in campo come responsabile dello sviluppo di competenze specifiche in grado di rispondere all'attuale bisogno di salute ed è per tale ragione che il Corso di Laurea in Infermieristica di Reggio Emilia propone un percorso didattico interculturale specifico.

Obiettivo

L'obiettivo del percorso didattico è di formare infermieri in grado di rispondere in modo competente al bisogno di salute di una popolazione in continua trasformazione, non solo di tipo demografico ed epidemiologico (aumento della popolazione anziana e delle patologie croniche), ma soprattutto di tipo socioculturale.

L'offerta formativa

Parlare di intercultura e delle problematiche correlate è un'esigenza che il Corso di Laurea in Infermieristica ha sentito sin dalla sua prima istituzione, avvenuta a Reggio Emilia con l'Anno Accademico 2002/2003. Negli anni successivi, l'offerta formativa è stata continuamente aggiornata, in relazione ai cambiamenti correlati sia al flusso migratorio emiliano e alle relative influenze sulle dinamiche sociali, che alla ricaduta dell'offerta stessa sull'apprendimento degli studenti.

Un importante momento di analisi dettagliata del bisogno formativo, che ha permesso di riflettere sull'offerta didattica, ha visto la somministrazione di un questionario strutturato agli studenti dell'Anno Accademico 2006/2007. Il dato prioritario, emerso dall'elaborazione dei questionari con un 93% di segnalazioni, è stato l'esigenza di approfondire le dinamiche relazionali che coinvolgono il paziente immigrato, al fine di acquisire nuove competenze.¹¹

L'attuale offerta formativa prevede un percorso, articolato sui tre anni, il cui approccio teorico deriva dall'Infermieristica Interculturale che pone l'attenzione sulla persona, come portatrice di cultura, anziché sulla differenza culturale stessa. In altre parole, partendo dal presupposto che ogni uomo è portatore di una cultura propria, interpretata dalla diversità insita nell'essere umano, la modalità di presa incarico della persona parte da un'analisi dell'influenza che l'impronta culturale ha sulla percezione del bisogno di salute e nella risposta al bisogno stesso.¹²

Relativamente al primo anno di corso, gli argomenti di carattere interculturale sono introdotti, utilizzando principalmente la lezione frontale, dalle materie di Sociologia Generale, Discipline Demotnoantropologiche e Infermieristica di Base. Se le materie di Sociologia e Demotnoantropologia introducono e analizzano termini e concetti che diventano indispensabili

11 Gradellini C., Mecugni D., Un percorso didattico mirato alla presa in carico delle alterità, FOR, N°70, 2007.

12 Duilio Manara, Infermieristica Interculturale, Carocci, Roma, 2004.

alla comprensione delle dinamiche sociali, l'Infermieristica introduce l'argomento a partire dall'analisi della dimensione valoriale della persona. Una riflessione sulle caratteristiche culturali dei gruppi con più elevata percentuale di presenza a Reggio Emilia viene proposta al fine di stimolare la consapevolezza delle differenze e dei valori sottesi, sottolineando l'importanza di evitare che tali caratteristiche vengano utilizzate come "ricette" di omologazione degli individui, a seconda del gruppo di appartenenza, proprio alla luce dell'approccio teorico di cui sopra. In tale contesto, la riflessione sul pregiudizio risulta necessaria come punto di partenza e utile nella gestione di ogni dinamica relazionale. Successivamente, vengono introdotti i diversi approcci alle *alterità* (*multiculturale, transculturale, interculturale*) sostenendo e proponendo l'approccio interculturale, poiché ritenuto particolarmente innovativo ed attuale. Un'ulteriore proposta di primo anno, riguarda gli incontri di Laboratorio in Clinica¹³. Questi vengono svolti nei servizi territoriali, allo scopo di sperimentare l'ambito educativo ed hanno visto il coinvolgimento del Centro Salute per la Famiglia Straniera dell'AUSL di Reggio Emilia. L'esperienza prevede l'affiancamento dello studente agli operatori esperti di questi specifici contesti, con successiva rielaborazione all'interno del Laboratorio Pedagogico¹⁴. Il secondo anno di corso prevede, sempre nell'ambito del Laboratorio Pedagogico, la trattazione della tematica interculturale attraverso l'analisi e l'utilizzo di casi tratti dall'esperienza clinica reale sia di studenti che di professionisti. Ciò consente allo studente di iniziare a sperimentarsi sulla presa in carico della persona, nel rispetto dell'impronta culturale propria. Inoltre, in questo stesso anno, è previsto l'inserimento dello studente in un percorso di tirocinio specifico, della durata di almeno sei settimane, che coinvolge i servizi del territorio (pubblico e volontariato privato) in cui l'utenza immigrata è particolarmente presente: il Consultorio, la Pediatria di Comunità, il Centro Salute per la Famiglia Straniera, l'Ambulatorio Caritas. Rispetto a tale percorso, i rimandi dello studente sono sempre stati particolarmente positivi, soprattutto per l'elevata possibilità di sperimentarsi in un contesto complesso dal punto di vista relazionale, sociale e umano.

Il terzo anno prevede un Laboratorio Pedagogico di Infermieristica Interculturale e alcune attività elettive seminariali.

Il Laboratorio è rivolto a un piccolo gruppo di studenti ed è gestito da tutor esperti; tale *setting* permette un'elevata interazione con lo studente, la cui partecipazione e i cui interventi diventano fondamentali all'attività didattica. Allo scopo di proporre una riflessione sulle problematiche socio-sanitarie legate all'immigrazione e, in particolare, sulla complessità e fragilità dell'utente immigrato, si utilizzano filmati, casi interattivi e narrazioni per i quali diventa necessaria la conoscenza delle principali normative di riferimento e dei servizi dedicati.

Il programma delle Attività Didattiche Elettive propone quattro argomenti inerenti l'intercultura: "Il volontariato Internazionale" (Reggio Terzo Mondo), "Identità *altre*: la relazione come mediazione di incontro e contatto" (Ivens Chiesi), "Gli aspetti infermieristici della medicina di guerra" (Sara Radighieri), "Il pregiudizio nell'incontro con l'altro" (Cinzia Gradellini).

Sempre nella programmazione di terzo anno viene proposto un percorso di tirocinio di dieci settimane in ambito interculturale che include, oltre ai servizi già menzionati, il servizio di Igiene Pubblica dell'AUSL di Reggio Emilia.

Altre due importanti opportunità di tirocinio offerte agli studenti di terzo anno sono: il

13 Il Laboratorio in Clinica è gestito dai tutor del Corso di Laurea in Infermieristica, impegnati nelle sedi cliniche con un piccolo gruppo di studenti (6/8); lo scopo di questo laboratorio è introdurre, in modo graduale, gli studenti all'interno dei contesti clinici per l'apprendimento di competenze al "letto del paziente".

14 Tale Laboratorio si effettua in aula; è gestito da un tutor e permette agli studenti di fare esperienza, in un contesto "protetto" nel quale si ha l'opportunità di sperimentarsi nell'apprendimento di competenze.

programma universitario Life Long Learning (Erasmus)¹⁵ e lo *stage* presso l'Ospedale di Ampasimanjeva, Madagascar.¹⁶ In entrambi le occasioni formative, lo studente ha la possibilità di vivere l'esperienza di migrante e al contempo confrontarsi con un nuovo ambiente culturale in cui sperimentare se stesso e le proprie capacità professionali.

Valutazione

La valutazione del percorso complessivo vede diversi momenti e diverse scelte metodologiche a seconda dell'intervento educativo realizzato.

Gli indicatori di risultato sovrapponibili a tutte le attività sono la partecipazione degli studenti in aula (sempre particolarmente viva), le richieste di percorsi di tirocinio in servizi specifici, la scelta dell'argomento di tesi di laurea. Considerando l'elevato numero di ambiti della salute disponibili come argomento di tesi, l'aspetto interculturale risulta particolarmente stimolante; nell'ultima sessione di laurea ha infatti costituito il 12% dei titoli presentati.

Per quanto riguarda i percorsi di tirocinio la valutazione viene effettuata sulla misurazione delle conoscenze e competenze raggiunte. L'impegno e i risultati ottenuti hanno sempre dato valutazioni più che positive, sia rispetto ai percorsi precedentemente indicati (di sei e dieci settimane), sia per le esperienze all'estero.

Poiché gli argomenti inerenti le attività elettive, sono scelti dallo studente relativamente al proprio interesse, il numero di studenti in aula, ogni volta completo, rispetto al numero chiuso prestabilito, è sicuramente un dato indicativo.

Per tutte le attività didattiche è, inoltre, prevista la somministrazione di un questionario di gradimento anonimo; l'analisi dei dati ha costantemente rimandato un livello di gradimento molto alto.

Un ultimo elemento importante, ma difficilmente valutabile nell'immediato, è la ricaduta che tale percorso avrà sull'infermiere del futuro.

Conclusioni

La scelta del percorso formativo del Corso di Laurea in Infermieristica di Reggio Emilia vuole porre l'attenzione sulla relazione tra le persone e sulle dinamiche correlate, in un'ottica di *Medicina Patient Centred*. Educare all'ascolto e all'accettazione, con un grande lavoro sul sé, risulta, per noi formatori, indispensabile a gestire il pregiudizio che provoca chiusura nei confronti delle differenze. Partendo dal presupposto che ogni individuo è portatore della propria cultura, l'ascolto diventa *conditio si ne qua non* per una relazione efficace e di qualità.

Ciò che si ritiene particolarmente valido, nel modello interculturale, e che risulta vincente per delineare un intervento efficace sul paziente, è l'idea innovativa di diversità che consiste in un modo nuovo di percepire e pensare i confini della stessa. Un approccio innovativo dove l'altro risulta "ogni altro da sé", che permette di porre attenzione e di aprirsi alla relazione con una nuova consapevolezza. Con una predisposizione all'ascolto che sottolinea e rimanda alla persona il proprio valore.

¹⁵ Il Corso di Laurea in Infermieristica ha, al momento, attivato sette sedi di scambio che aprono la possibilità a quattordici studenti: Anversa (Belgio); Belfast (Irlanda del Nord); Tarragona, Toledo, Valencia (Spagna); Turku e Seinäjoki (Finlandia).

¹⁶ Il progetto nasce su proposta dell'OMS e viene affidato a Reggio Terzo Mondo di Reggio Emilia, in collaborazione con la Fondation Médicale di Ampasimanjeva (www.reggioterzomondo.org).

Bibliografia

- (1) Aime Marco, *Eccessi di culture*, Einaudi Editore, Torino, 2004.
- (2) Banks J. A., *Handbook of research on Multicultural Education*, MacMillian Publishing, New York, 1995.
- (3) Caritas Migrantes, *Dossier Statistico Immigrazione*, Centro Studi e Ricerca Idos, 2005.
- (4) Gradellini C., Mecugni D., *Un percorso didattico mirato alla presa in carico delle alterità*, FOR, N°70, 2007.
- (5) Knowles M, *Quando l'adulto impara*, Franco Angeli, Milano, 1999.
- (6) Leininger M., McFarland M., *Infermieristica Transculturale*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 2004.
- (7) Manara D, *Infermieristica Interculturale*, Carocci, Roma, 2004.
- (8) Moja EA, Vegni E, *La visita medica centrata sul paziente*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2000.
- (9) Pearce B. W., *Comunicazione e condizione umana*, Franco Angeli, Milano, 1998.
- (10) Popper A., *Il mito della cornice*, Il Mulino, Bologna, 1995.

Il Rachitismo in Piemonte: casistica pediatrica nel periodo 2001 - 2006

Guala A (Verbania), Zaffaroni M, Capelli A, Ciurcovich S, Cossu C, Bona G (Novara), Ghiotti P, De Marco A, Signorile G, Ramenghi U, Gabiano C, Urbino A, Capalbo P. (Torino), Ferrario E. (Carmagnola), De Vonderweid U. (Moncalieri), Tarizzo P. (Ivrea), Provera S. (Vercelli), Campra D. (Borgosesia), Cussino P. Besenon L. (Savigliano), Di Bono M, Orphanoudakis Z (Ceva), Rocca M, Castelli G. (Mondovì), Priora U. (Bra), Castella V. (Tortona), Rigardo S. (Acqui Terme), Panella A. (Novi Ligure).

Il rachitismo è una alterazione del metabolismo dell'osso in accrescimento causata da un difetto di ossificazione del tessuto osteoide di nuova formazione.

Nel bambino la causa più frequente è il deficit di vitamina D (rachitismo carenziale), mentre rare sono le forme di rachitismo trasmesse geneticamente. Gli esseri umani ricavano la vitamina D attraverso l'esposizione alla luce solare (90% del fabbisogno, mediante fotoconversione del 7-deidrocolesterolo presente nell'epidermide ad opera dei raggi UVB) oppure dalla dieta (10% del fabbisogno, soprattutto da pesci e latticini).

Nella prima metà del XX secolo, il deficit di vitamina D fu riconosciuto come la causa principale del rachitismo infantile e l'attuazione di misure preventive basate sull'elioterapia e l'utilizzo di olio di fegato di merluzzo determinò un'importante riduzione dei casi di rachitismo florido.

Negli ultimi decenni tuttavia il rachitismo carenziale sta riemergendo nei Paesi industrializzati per effetto dei fenomeni migratori dai Paesi in via di sviluppo che portano alle nostre latitudini popolazioni con diversi fattori di rischio, quali la pelle scura, la ridotta esposizione al sole secondaria a consuetudini culturali-religiose, lo scarso apporto con la dieta di calcio e vitamina D o la predisposizione genetica.

Scopo del presente lavoro è stato quello di valutare le diagnosi di rachitismo effettuate negli ospedali della Regione Piemonte nel periodo 2001-2006 e valutare i fattori predisponenti.

Metodi - Sono stati identificati, mediante le schede di dimissione ospedaliera pervenute alla Regione Piemonte, i bambini ricoverati negli anni 2001-2006 con diagnosi di rachitismo. Di ciascuno sono stati ricavati i dati riguardanti sesso, età, origine dei genitori, colore della cute, tipo di allattamento, profilassi con vitamina D, sintomatologia e dati di laboratorio.

Risultati - Nel primo triennio sono stati registrati 99 casi di rachitismo mentre nel secondo triennio sono stati identificati altri 91 bambini.

Dei 190 casi, sono stati esaminate 133 cartelle utili per poter estrapolare i dati di interesse. Il 95% era figlio di extracomunitari (76% provenienti dal Marocco); il 79% era di pelle scura o molto scura; il 90% era stato allattato al seno, con una media di 10 mesi; il 70% non aveva eseguito profilassi con vitamina D, mentre chi l'aveva assunta lo aveva fatto per pochi mesi. L'85% manifestava segni clinici mentre nel 15% la diagnosi era fatta in seguito al ricovero per altra patologia.

Conclusioni - I dati del Piemonte confermano il ritorno del rachitismo carenziale tra i bambini delle popolazioni immigrate in Italia.

Fattori di rischio risultano quindi la pelle scura, la ridotta esposizione al sole secondaria a latitudine, consuetudini culturali e religiose, l'allattamento al seno esclusivo protratto, la mancata o l'inadeguata profilassi con vitamina D.

Si confermano quindi le raccomandazioni formulate nel 2006 dai Direttori SOC di Pediatria-

Nido del Piemonte alla profilassi con vitamina D in tutti i neonati e lattanti, in particolare di pelle scura.

Bibliografia

1. Dijkstra SH, van Beek A, Janssen JW, de Vleeschouwer LH, Huysman WA, van den Akker EL. High prevalence of vitamin D deficiency in newborns of high-risk mothers. Arch Dis Child Fetal Neonatal. 2007; 92:750-3.
2. Basile LA, Taylor SN, Wagner CL, Quinones L, Hollis BW. Neonatal vitamin D status at birth at latitudine 32 degrees 72': evidence of deficiency. J Perinatol 2007. 27 (9):568-71.
3. Hollis BW, Wagner CL. Assessment of dietary vitamin D requirements during pregnancy and lactation: high dose maternal supplementation as therapy to prevent hypovitaminosis D for both the mother and the nursing infant. Am J Clin Nutr 2004; 80(suppl):1752S-8S.

Un'indagine qualitativa sulla salute delle badanti nell'ambulatorio Sokos di Bologna, dalle narrazioni alla tutela dei diritti

C. Di Girolamo, G. Fiorini, S. Giordani, E. Ielpo, C. Magnani, J. Montomoli, V. Spada

Introduzione

La Provincia di Bologna è caratterizzata da una forte presenza di stranieri: gli ultimi dati dell'Osservatorio Provinciale sull'Immigrazione stimano che sul territorio siano presenti 75.277 stranieri regolarmente residenti, pari al 7,8% della popolazione. Oltre la metà sono donne, provenienti prevalentemente dall'Est Europa. Per quanto non sia altrettanto semplice valutare quantitativamente l'immigrazione irregolare, fenomeno per sua natura sommerso e difficilmente indagabile attraverso fonti ufficiali, essa è indirettamente stimabile ad esempio dal numero delle richieste di regolarizzazione presentate in occasione dell'ultimo decreto flussi.

E' noto e documentato che, tra i settori dell'economia sommersa maggiormente attrattivi per lavoratori stranieri non in regola, l'ambito delle cure alla persona sia uno dei più rilevanti. Nel territorio di Bologna e provincia, come altrove in Italia, sono soprattutto donne provenienti dall'Europa dell'Est ad essere impiegate nel lavoro di assistenza a persone con vari gradi di non autosufficienza.

Queste donne costituiscono una parte significativa dell'utenza ambulatoriale dell'Associazione Sokos, che fornisce assistenza medica su base volontaria a stranieri irregolari. Per quanto siano presenti in letteratura diversi studi sul fenomeno dell'assistenza familiare correlato alla migrazione femminile, poco si sa della salute di queste persone e delle loro difficoltà nel proteggerla e nel curarsi, in particolare se in condizione di irregolarità giuridica.

Nello studio presentato si è cercato di cogliere, attraverso un approccio narrativo, lo stato di salute percepito da questa categoria particolare di utenti dell'ambulatorio. Grazie anche all'apporto delle discipline umanistiche ed in particolare dell'antropologia, lo sguardo sanitario si è spinto – metodologicamente e fattivamente – oltre i confini del biologico per indagare i processi di qualificazione simbolica utilizzati per definire le dimensioni di salute/malattia. A partire dai valori socialmente attribuiti allo stato di benessere, sono stati indagati i determinanti di salute, affinché si potesse in seguito ripensare la sfera di azione dell'assistenza medica ricollocandola in un più ampio scenario di presa in carico della persona ed azione sul contesto sociale.

L'estensione dell'analisi agli operatori dell'Associazione Sokos è stata pensata al fine di completare il quadro sulla salute delle donne attraverso la percezione di chi se ne fa carico e di comprendere quali siano i bisogni individuati e le possibili risposte agli stessi.

Materiali e metodi

In accordo con gli obiettivi dello studio, si è scelta una metodologia qualitativa in grado di risolvere interrogativi di natura descrittiva e narrativa. Lo strumento di ricerca utilizzato è stato quello dell'intervista semi-strutturata, volta ad un'indagine profonda dello stato di salute percepito dalle donne prima e dopo il loro arrivo in Italia e della prospettiva degli operatori. La scelta di tale metodologia si è rivelata strategica al fine di comprendere alcune dinamiche dei processi migratori, evidenziare i principali determinanti sociali di salute ed indagare i significati soggettivi e culturali costruiti intorno alle dimensioni del corpo e della malattia nei percorsi di cura. Inoltre, essa ha consentito di far emergere i bisogni individuali e collettivi di salute, affinché fosse possibile ripensare gli ambiti di intervento.

La popolazione dello studio è composta da due gruppi: utenti dell'ambulatorio Sokos di sesso

femminile prive del permesso di soggiorno, provenienti dall'Est Europa, impiegate come assistenti familiari e con discreta padronanza della lingua italiana; operatori sanitari che svolgono servizio di assistenza volontaria presso la Sokos.

La ricerca è stata condotta da studenti dei corsi di Laurea di Medicina e Chirurgia, Antropologia Culturale e Psicologia in collaborazione con operatori Sokos, all'interno degli ambulatori dell'associazione durante gli orari di visita, da dicembre 2006 ad aprile 2007. Sono state realizzate 71 interviste: 61 a donne di età compresa tra i 18 e i 60 anni provenienti da Moldavia, Ucraina, Romania, Russia, Albania e Bulgaria, e 10 agli operatori sanitari.

Risultati e discussione

Le interviste alle donne

A partire dalle narrazioni delle donne che hanno partecipato a questo studio, si è cercato di ricostruire il percorso migratorio, le condizioni di vita, i fattori sociali, economici e politici che determinano i loro bisogni di salute. Dalle interviste emergono situazioni comuni che rendono più chiaro il quadro sociale in cui si sviluppano le loro esistenze. Decisivo è senza dubbio il retroscena storico-politico del contesto di provenienza: a seguito delle profonde trasformazioni avvenute nei paesi dell'Est Europa nell'ultimo ventennio, che hanno provocato una destabilizzazione del contesto sociale ed economico, molte di loro si sono ritrovate nell'impossibilità di garantire uno standard di vita adeguato per sé e per la propria famiglia. Questo rappresenta il principale fattore di espulsione, mentre il fattore di attrazione verso il nostro paese è costituito da un'elevata richiesta di manodopera femminile a basso costo che sostituisca, all'interno di un modello di famiglia italiana in transizione, il ruolo di cura tradizionalmente affidato alla donna. Spesso, sono le connazionali che già si trovano all'estero ad informare le loro conoscenti dell'esistenza di posti di lavoro come assistenti familiari: molte partono, quindi, con l'aspettativa di trovare un impiego, accettano che non sia in regola e presenti condizioni svantaggiose poiché intendono fermarsi solo il tempo necessario a mettere da parte la somma di denaro rispondente ai propri progetti, lavorando il più possibile per massimizzare il guadagno.

Più della metà delle intervistate possiede un diploma o un titolo di studio superiore, altrettante hanno ricoperto impieghi mediamente o altamente qualificati in patria, ma pur di aiutare la propria famiglia rinunciano ad occupazioni più qualificate e meno remunerate, esportando così la propria attività di accudimento.

Il percorso migratorio di queste donne non è un viaggio di transizione da un luogo all'altro, bensì una partenza da un luogo verso un altro in funzione del ritorno al primo: la migrazione è intesa come un momento di passaggio che prelude ad un inevitabile tanto quanto desiderato ritorno. L'altrove, dunque, non è che una strategia sociale per potersi reinserire nel proprio mondo, un'opportunità socioeconomica di cambiamento che può fornire nuovi strumenti per riorganizzare in meglio la propria vita.

In queste condizioni, il lavoro assume un ruolo essenziale da cui non si può prescindere per la realizzazione del progetto migratorio. Tutto è in funzione del lavoro: la meta del viaggio, il denaro investito per arrivare in Italia, i difficili compromessi del periodo iniziale (che hanno portato alcune alla prostituzione, altre ad accettare condizioni di vita estremamente faticose e precarie), l'adattamento alla vita in un paese straniero. Ogni difficoltà viene accettata per allontanare il rischio della disoccupazione, che comporterebbe sia problemi economici sia il mancato rispetto di un patto sancito al momento della partenza con la famiglia e con la rete sociale.

“Quando sto bene? Quando va tutto bene, quando c'è il lavoro, quando sta bene la mia famiglia, così sì che è tutto bene.”

“La salute è una cosa importante. Se non c’è la salute cosa fai? Se mi ammalò una gamba e non posso più camminare, io potrei lavorare? No! E chi mi tiene zoppa in casa? Come faccio io questo lavoro, direbbero.”

Lavoro e salute appaiono qui come due dimensioni interdipendenti: lavorare procura benessere, sia attraverso la tranquillità economica e la realizzazione personale sia, per qualcuna, attraverso l’impegno fisico che serve a scacciare le preoccupazioni; essere in salute, inoltre, è necessario per sostenere la fatica e il ritmo del lavoro: ammalarsi comprometterebbe infatti la propria attività, generando ulteriore frustrazione e malessere.

Ma per chi si trova in condizione di irregolarità spesso il lavoro stesso, pesante e privo di ogni tutela contrattuale, è fonte di stress fisico e psicologico e quindi di cattiva salute: le donne intervistate rielaborano soggettivamente la propria malattia come un fattore dipendente da condizioni di ordine sociale.

“Il dottore dice “bisogna fare le analisi” e, fatte le analisi, mi ha trovato poco ferro: ho solo questo perché lavoro tanto pesante: notte e giorno, tutti i giorni, non dormo, come è possibile?”

Nelle descrizioni delle donne a riguardo delle condizioni sociali e lavorative si possono rintracciare diversi aspetti identificabili come determinanti negativi: le situazioni abitative spesso precarie e disagiati, le difficoltà linguistiche di comunicazione, l’insoddisfazione riguardo alla propria alimentazione o al proprio sonno, la mancanza di spazi di aggregazione sociale, l’estrema difficoltà di gestire i ritmi lavorativi e di negoziare il tempo libero, le mansioni non congrue ai guadagni ed ai bisogni. L’impossibilità di organizzare liberamente la propria esistenza condiziona tutti gli ambiti della vita di queste donne, a partire dalla gestione delle relazioni e del lavoro, fino alla difficoltà di accesso ai servizi sociosanitari, che prevedono modalità e tempistiche inadeguate alle loro possibilità.

“Ora non posso fare niente [per curarmi]: o devo lasciare questo lavoro, cambiare vita, o per guadagnare devo ancora continuare e allora continuo a stare in queste condizioni [di malattia].”

Queste limitazioni, che interferiscono direttamente con la vita quotidiana e condizionano lo stato di salute, sono strettamente dipendenti dalla posizione di irregolarità che, se da un lato si configura come fonte di malessere provocando fenomeni di esclusione, marginalità e paura di ammalarsi, dall’altro giustifica l’implicita accettazione di un’esistenza caratterizzata da forti restrizioni dei propri diritti sociali e lavorativi.

“Se sei straniera in un paese straniero è male. Per questo adesso sono disperata: vedo che tutte le porte sono chiuse. Non ho il permesso di soggiorno, non ho niente.”

“Per me la cosa più importante è avere il permesso, perché io voglio andare a casa, la mia famiglia soffre senza di me. Poi certo che devo andare a visitarmi e curarmi un po’...”

Dal momento che i bisogni primari delle donne migranti si riconfigurano in funzione delle condizioni sociali in cui si trovano, la preoccupazione per la salute, finché non compromette la capacità lavorativa, assume, in una scala di priorità, dimensioni secondarie. Lo “star bene” è uno stato raggiungibile soltanto una volta risolti i conflitti che condizionano la propria esistenza: primo tra tutti lo stato di irregolarità, il quale influisce tanto sulle modalità dei contratti di lavoro, quanto sulla possibilità di rientro in patria, sulla garanzia dei diritti sociali,

sulla condizione psicologica di presenza nel territorio.

Le interviste agli operatori

I colloqui con gli operatori si sono focalizzati in particolare sulla percezione che l'operatore ha dello stato di salute delle assistenti familiari; i bisogni di queste ultime e le possibili risposte agli stessi.

Il quadro che emerge evidenzia che lo status di migrante e di irregolare viene fortemente percepito come fattore di rischio per la salute delle assistenti familiari. A fronte di uno stato di salute delle donne definito complessivamente "discreto" (pur se connotato anche dalla presenza di malattie croniche e tipiche della fascia di età di appartenenza), le patologie identificate hanno, secondo gli operatori, due evidenti fattori eziologici: la situazione lavorativa in senso stretto e quella complessiva di vita, che reciprocamente si condizionano. In tale contesto gli operatori sanitari identificano patologie su base organica (legate al sollevamento di carichi, ad un'alimentazione non congrua, ai ritmi di lavoro ed all'assenza di pause di riposo) ed altre definite di tipo psicosomatico (cefalee, gastriti, dermatiti, fino a fenomeni ansioso-depressivi), "*patologie da sradicamento*", da loro ricollegate alla situazione di irregolarità che comporta isolamento, lontananza da casa per lunghi periodi con impossibilità di farvi ritorno, forte preoccupazione di ammalarsi e quindi di perdere il lavoro con conseguente crollo del progetto migratorio. Inoltre la condizione in cui si trovano a vivere sembra fonte di disagio poiché implica una riconfigurazione dell'identità, mentre non consente la legittimazione del nuovo ruolo assunto. La mancanza di tempo libero e di autodeterminazione, infine, oggettivamente condiziona l'accessibilità alle cure.

Conseguentemente, i bisogni di salute e le possibili risposte identificate riguardano la risoluzione dei problemi di vita, di lavoro e di relazione (più tempo libero e di riposo, guadagnare in fretta per tornare prima nel proprio paese, momenti di incontro, comunicazione e condivisione e, soprattutto, l'ottenimento del permesso di soggiorno che tutti li precede e compendia). La risposta offerta sul piano unicamente sanitario è percepita come parziale e largamente insufficiente.

"Sokos è una goccia nel mare delle esigenze..."

"Sokos non risponde ai loro bisogni perché non ha la possibilità di farlo: hanno bisogno di stare con la famiglia, a meno che non noleggiamo degli aerei e li portiamo tutti quanti..."

La condizione di migrante e quella di irregolarità, dunque, si delineano quali principali determinanti dello stato di salute.

Tuttavia l'equiparazione della condizione delle assistenti familiari a quella dei propri pazienti abituali di basso ceto sociale, anche se emersa in una sola intervista, introduce in termini più generali il tema dell'influenza della situazione socio-economica sulla salute. In quest'ottica, la condizione di liminalità diventa denominatore comune e parametro nelle scelte da operarsi nei servizi.

Nel corso dei colloqui gli operatori si sono soffermati anche sulle difficoltà che incontrano nel loro lavoro. Alcune sono legate alla tipologia del servizio: il problema linguistico e quello culturale, per esempio, vengono spesso affidati alla sensibilità, disponibilità e competenza del singolo, che tende ad ovviarli ricorrendo all'empatia del rapporto medico-paziente.

Ciò, però, espone i soggetti che interagiscono a possibili incomprensioni, derivabili, in ipotesi non remota, dalla diversità dei codici di lettura ed interpretazione della realtà.

Altre si fanno risalire, fondamentalmente, alla non fluidità delle relazioni in ambito territoriale ed istituzionale.

Ma particolare rilievo assumono le considerazioni che gli operatori fanno a proposito dello

status giuridico dei pazienti che, nell'ambito dell'attuale regolamentazione del fenomeno migrante, non solo limita l'accesso e la fruibilità del servizio sanitario, ma nega la titolarità ed il godimento dei diritti di cittadinanza, che si sono dimostrati essere premessa e parte sostanziale del diritto alla salute, il quale viene così a sua volta lesa.

Alla luce di quanto detto si viene a delineare l'esigenza non solo di un percorso, ma di un contesto adeguato a bisogni non relegabili in ambito sanitario/biologico e che necessitano, dunque, di azioni sul piano sociale, politico e culturale.

Conclusioni

Dall'analisi comparata delle interviste effettuate alle donne e agli operatori, appare evidente una spiccata corrispondenza tra i risultati emersi: in particolare, la percezione di benessere/malessere rilevata fa riferimento ad un concetto di salute ampio e articolato su vari livelli. Poiché il *malessere* è percepito come risultato dello stato d'illegalità, della debolezza socioeconomica, delle situazioni di sfruttamento lavorativo, della lontananza dalle reti sociali e dalle proprie abitudini, il *benessere* viene specularmente identificato ben oltre i confini del *corpo sano* e comprende, di fatto, le dimensioni psicologica, sociale, giuridica, politica, oltre che quella prettamente fisica.

Appare evidente, dunque, come le condizioni di salute ed i bisogni socio-sanitari della persone intervistate siano fortemente correlati e dipendenti dallo stato di irregolarità: da ciò non si può prescindere nel definire le azioni di promozione e tutela della salute.

Di fronte a tali riflessioni, ci si interroga sulla validità delle risposte assistenziali che il sistema sanitario offre per la cura delle persone e su come queste siano condizionate e limitate dalle normative in atto, del tutto inadeguate.

In un contesto come questo, un'azione di mera assistenza sanitaria rischia di essere inefficace se non è integrata da iniziative più ampie rispondenti ai bisogni percepiti (spazi d'ascolto dedicati, luoghi di aggregazione, progetti di prevenzione ed educazione sanitaria...), ma soprattutto da azioni di advocacy nei confronti dei responsabili istituzionali. Considerazioni queste ultime che assumono una particolare rilevanza nell'attuale momento storico, in cui le restrizioni normative in discussione non solo andrebbero ad acuire le disuguaglianze in salute, ma arriverebbero addirittura a negare i diritti fondamentali dell'uomo.

Bibliografia

- M. Ambrosini, Per un inquadramento teorico del tema: il modello italiano di immigrazione e le funzioni delle reti etniche. In: M. La Rosa, L. Zanfrini (a cura di), *Percorsi migratori tra reti etniche, istituzioni e mercato del lavoro*, Fondazione I.S.MU, Milano 2003.
- Caritas-Migrantes, *Immigrazione- Dossier Statistico 2007. XVII rapporto*, Idos, Roma 2007.
- C. Conti, G.B. Sgritta, (a cura di), *Salute e Società, Immigrazione e politiche socio-sanitarie. La salute degli altri. Anno III – 2/2004*, Franco Angeli, Milano 2004.
- F. Cossentino, G. Mottura (a cura di), *Domanda di cure domiciliare e donne migranti. Indagine sul fenomeno delle badanti in Emilia Romagna*, Redazione Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna, Stampa Regione Emilia-Romagna, Bologna 2005.
- R. Darhendorf, *Libertà attiva. Sei lezioni su un mondo instabile*. Laterza, Bari 2003
- P. Farmer, *Pathologies of Power. Health Human Rights, and the New War on the Poor*, Berkeley, University of California Press, 2003.
- D. Fassin, "La biopolitica dell'alterità. Clandestini e discriminazione razziale nel dibattito pubblico in Francia", in: Quaranta I, a cura di, *Antropologia Medica*, Raffaello Cortina, Roma 2006.

- M. Marmot, R. Wilkinson, *Social Determinants of Health*, Oxford University Press, USA, 2006
- D. Silverman, *Come fare ricerca qualitativa. Una guida pratica.*, trad. it. S. Jelmini, Carocci, Roma 2002.
- Osservatorio Provinciale delle Immigrazioni, *Dossier "Immigrazione femminile in provincia di Bologna"*, Novembre 2008 n. 3, www.provincia.bologna.it/immigrazione/documenti

Diventare genitori in un intreccio di mondi
Considerazioni sull'esperienza dei corsi di preparazione alla nascita pluriculturali.

C. La Mantia, P. Bevolo, M. Manghi, A. Foracchia

Questo intervento, pensato ed elaborato, in modo collettivo, dagli operatori del Consultorio familiare di Reggio Emilia :ostetriche, medici, psicologa deriva dalla necessità di iniziare a riflettere su un cambiamento in atto nei nostri servizi, sul quale ci sembrava importante fermarci, per cercare di utilizzare al meglio gli strumenti di cui disponiamo, in un contesto in cui le disponibilità economiche e di tempo degli operatori sono sempre più esigue.

E' un'analisi ancora parziale ed i dati sono di breve periodo, le considerazioni risentono ovviamente di un'operazione di generalizzazione, ma ci sembrano indicativi di una tendenza.

Nel corso degli ultimi anni e' cambiata la tipologia di utenza dei corsi di preparazione alla nascita.

I corsi di preparazione alla nascita "tradizionali", rivolti alle donne italiane, frequentati negli anni scorsi da donne italiane (di media età e di media cultura), si sono trasformati; sono ultimamente frequentati spesso anche da famiglie straniere e/o da coppie miste, di provenienza multiculturale; appaiono sempre più evidentemente come lo specchio dell'evoluzione del nostro contesto sociale. Da notare negli schemi, non solo il numero delle donne ma la varietà delle provenienze.

E' notevolmente cresciuta la richiesta. Sempre più donne chiedono di partecipare ai corsi nascita; parallelamente e' aumentato anche il numero delle gravidanze prese in carico dal nostro Consultorio.

Le donne vengono informate della possibilità di partecipare al corso di preparazione alla nascita, dall'ostetrica, o dal ginecologo, durante il percorso della gravidanza fisiologica .

A volte le donne utilizzano il passaparola.

La numerosità delle richieste ci ha costretti a scegliere, con rammarico, di dare la priorità alle donne seguite in Consultorio .Ultimamente faticiamo a dare risposta a tutte. Le donne che si iscrivono sono per la maggior parte alla prima esperienza di gravidanza, ci sono anche donne al secondo bambino, o che nella gravidanza precedente hanno frequentato il corso e avendolo trovato utile e positivo vogliono ripetere l'esperienza.

Uno dei contenuti forti, emersi nei corsi degli ultimi anni, è il tempo che le donne/le famiglie possono dedicare all'esperienza della nascita e della crescita dei loro bambini.

A causa della precarietà del lavoro, in particolare quello femminile, non sempre è facile per le donne organizzarsi per presentarsi agli incontri, alcune nonostante siano al 7/ 8 mese di gravidanza lavorano ancora (chi costrette da motivi economici, chi dal ruolo indispensabile nella loro attività lavorativa) e devono chiedere dei permessi, altre non avendo aiuti nel dopo parto preferiscono risparmiare un po' di tempo per poter rimanere a casa il più possibile, dopo la nascita, con il proprio bambino/a .

Per alcune donne straniere le problematiche sono diverse, a volte sono sole in casa e non lavorano, dispongono di pochi scambi sociali, molte non hanno la macchina o la patente, quindi ci raggiungono con i mezzi pubblici o si fanno accompagnare .

Uno degli aspetti di complessità che comporta la presenza ai corsi di famiglie di varia

provenienza è la lingua.

Alcune donne/famiglie straniere parlano sufficientemente bene l'italiano perché sono ormai in Italia da qualche anno, oppure perché hanno il compagno/a italiano. Altre invece non hanno ancora una completa padronanza della lingua italiana, ma chiedono comunque di partecipare perché vogliono sfruttare questa opportunità per "comprendere meglio" quando andranno a partorire in ospedale.

Il problema della lingua non ci permette sempre di andare a fondo dei bisogni di tutte le donne, a volte rappresenta un ostacolo ed una fonte di timore che limita l'espressività delle donne.

Negli incontri di coppia e nel dopo parto parliamo e discutiamo dell'importanza della lingua materna, cercando di valorizzare l'uso delle proprie parole, nel linguaggio dell'affetto, delle coccole, delle ninne-nanne.

Ci è capitato spesso di sfatare pregiudizi sul bilinguismo, timori rispetto allo sviluppo dei bambini, che a volte recavano un giudizio implicito di disvalore sulla propria lingua di origine.

Trovarsi di fronte a tante persone, di provenienza diversa, a tante culture, può inizialmente risultare un elemento di difficoltà nell'aggregazione e nella condivisione del gruppo.

Nella nostra esperienza questo non si è verificato. anzi, forse per la tipica condizione della donna in gravidanza che la porta ad essere particolarmente sensibile e aperta ai cambiamenti (il corpo che cambia, il modo di sentire, la condizione esistenziale che cambia,) le donne del gruppo si sono sempre mostrate incuriosite ed interessate al modo in cui viene vissuta la maternità nei diversi paesi. Spesso si è constatato quanto l'esperienza emotiva sia simile e condivisibile: sono tutte donne al 7° mese di gravidanza, condividono gli stessi sintomi e disturbi, hanno paure simili e simili preoccupazioni riguardanti il parto, il dolore, l'allattamento e l'accudimento del neonato; questo le accomuna.

Per esempio, una donna che è lontana dal proprio paese può sentire la mancanza del sostegno della famiglia e dei consigli della propria madre, allo stesso modo di una donna del meridione che si è trasferita da un'altra città; o di una donna giovane, con la famiglia accanto ma con i genitori che ancora svolgono una attività lavorativa attiva. Anche se le distanze e le storie sono diverse, sono uguali il senso di solitudine e la preoccupazione di dovercela fare da sole.

A proposito delle famiglie e dell'aiuto dei familiari, si sono sviluppate interessanti conversazioni tra coloro che rimpiangevano la lontananza dei familiari e l'impossibilità di ottenere il loro sostegno e coloro che temevano la troppa vicinanza, che poteva rasentare l'ingerenza.

Anche queste diverse condizioni sono state fonte di riflessione e occasione per ridimensionare i propri timori e le proprie concezioni della crescita ed educazione dei bambini.

In questo senso le mamme ed i papà stranieri hanno avuto un ruolo, in alcuni casi, equilibratore, hanno portato una più "fisiologica" assunzione della responsabilità adulta, una maggiore consapevolezza del passaggio ed anche una possibilità di "servirsi" dell'esperienza transgenerazionale in modo meno conflittuale ed ambivalente rispetto alle famiglie italiane.

Nei gruppi, grazie, anche alla presenza e alla mediazione dell'ostetrica e della psicologa, si è cercato di cogliere gli spunti utili in ogni cultura per affrontare la nascita e la crescita del bambino. Le donne attraverso i loro racconti ed i loro vissuti hanno realizzato tra loro uno scambio reciprocamente utile.

La presenza di persone straniere può essere utilizzata come risorsa nel gruppo da parte degli operatori, facendo loro condividere le usanze e le abitudini del loro paese di origine, alcune donne africane per esempio ci hanno insegnato e spiegato come legare il foulard per tenere legati al proprio corpo i bambini, altre hanno raccontato come hanno partorito le loro madri o come vengono assistite e accudite le puerpere, nel loro paese, dalle altre donne del vicinato

e della famiglia .

Risalta spesso il paradosso del nostro contesto occidentale che propone un'attenzione enfaticata e spesso ansiogena alla gravidanza e al bambino, ma tutta concentrata sugli aspetti biologico-psicologici e parzialmente noncurante degli aspetti materiali, sociali e relazionali.

C'è nelle donne incinte una inconsapevole voglia di sondare il terreno, l'ambiente che accoglierà e che crescerà il proprio bambino.

La nostra società è sempre più multi-etnica, i nostri bambini sono le prime generazioni a crescere in un contesto pluriculturale, con la presenza e la frequenza quotidiana di famiglie, che concepiscono l'allevamento dei bambini e la famiglia in modo differente.

La gravidanza ed i corsi parto possono rappresentare un'opportunità di conoscenza e di scambio, in un contesto collettivo ma intimo, libero da indifferenza e sospetto, dove prevale la voglia comune di scoprirsi, apprendere e condividere. Una sorta di laboratorio di nuovi modi di integrazione, rispettosi dei percorsi di ognuno.

Il raccontare i propri usi e costumi è un modo per confrontarsi in una società diversa, aprire le porte alla comunicazione per arrivare anche a parlare di emozioni intense e sentimenti profondi.

Raramente c'è stato nel gruppo un atteggiamento di critica, ma di curiosità, ascolto, comprensione e sostegno .

A volte durante gli incontri ci siamo trovati a scherzare, ridere, a commuoverci a piangere insieme e non ci siamo vergognate di ciò, ma ci siamo sentiti essenzialmente umane/i. La partecipazione a questa area materna così ricca e potente, delicata e fragile, allo stesso tempo, ha coinvolto spesso anche i papà, suscitando la loro ammirazione e comprensione. Noi donne, nonostante i media propongano una immagine di donna sempre sicura e perfetta, non abbiamo avuto timore di mostrare le nostre fragilità, ma abbiamo anche saputo sottolineare le nostre potenzialità, le capacità che emergono, dando valore all'istinto materno, sempre più da ritrovare e rafforzare. Ciò ha permesso ai papà di avere di fronte un'immagine di donna più reale. Questo aspetto femminile e materno ha destato il coinvolgimento e l'ammirazione della componente maschile del gruppo .

La presenza dei padri ai corsi e la loro partecipazione attiva è un altro elemento di novità da sottolineare, il desiderio e la competenza dei papà nell'affrontare i momenti critici della gravidanza e del parto e la gratificazione che manifestano nella relazione col loro bambino è sicuramente un patrimonio emotivo di cui le nuove generazioni disporranno, pur nelle diverse e specifiche modalità personali e culturali.

Nella migrazione il ruolo del papà è un ruolo un po' meno scelto, ma, per certi aspetti forzato, dalle condizioni concrete della famiglia. Spesso il padre parla meglio l'italiano della mamma e ciò lo candida alla presenza ed alla vicinanza durante il parto; la mancanza delle famiglie di origine procura la necessità di aiutarsi reciprocamente nell'accudire il neonato. I racconti dei padri sono stati spesso toccanti e hanno confermato come, condividere l'esperienza intima della nascita, aiuti a rafforzare e a consolidare il legame nella coppia.

Quando, nel gruppo ci sono state coppie o donne con situazioni sociali difficili, la funzione del gruppo è stata di incoraggiamento e sostegno, funzionando da rete solidale, che cerca di accompagnare e proteggere .

Noi cerchiamo di incoraggiare le donne a mantenersi in contatto anche al di fuori degli incontri del corso: le donne si sono incontrate spesso sia prima della nascita dei bambini che dopo, alcune hanno instaurato un vero rapporto di amicizia che è durato nel tempo .

Noi operatrici siamo state, spesso, informate e, a volte, anche coinvolte negli incontri "di socializzazione", a confermare il ruolo di catalizzatore del gruppo che ha funzionato da filo

conduttore per il nascere delle nuove relazioni.

Ad un mese dalla nascita dei bambini, nella nostra calendarizzazione, è previsto un incontro tra le mamme con i neonati e l'ostetrica e la psicologa. In quest'occasione le donne sono curiose di conoscere gli altri bimbi ed orgogliose di presentare il proprio bambino/a; raccontano la loro esperienza del parto, come si comportano i loro neonati, la loro perdita di sonno, le loro difficoltà nel riorganizzare il proprio tempo e i propri ritmi e l'impegno che comporta l'allattamento, ciascuna ascolta e così anche la paura della "famosa" depressione post-partum si attenua, ci si può rendere conto che è un'emozione comune alle donne dopo un parto.

Le mamme si raccontano e noi le osserviamo. Vedendole tutte in cerchio con i loro piccoli in braccio viene da pensare quanto sia universale e commovente il legame che si crea tra una mamma ed il suo bambino

Nell'ultimo incontro, a 3 mesi dopo la nascita dei bimbi, c'è la presenza di tutta la famiglia riunita, anche i neopapà possono parlare della loro esperienza della gravidanza, del loro vissuto durante l'assistenza al parto delle compagne e di come stanno vivendo la paternità: un'occasione davvero speciale.

Nella quotidianità gli uomini non sono abituati a parlare dei loro sentimenti e della loro esperienza emotiva col bambino, in questo momento anche loro riescono ad esprimersi e a confrontarsi su aspetti importanti.

Spesso la presenza di padri stranieri o di coppie miste contribuisce a sfatare pregiudizi sui ruoli familiari, a permettere ai padri di concedersi qualche divagazione sul cambiamento e sulle difficoltà di sostenere le madri, a puntualizzare l'importanza e la responsabilità del condividere l'educazione del bambino.

Le neomamme invece si scambiano consigli e strategie vincenti... c'è sempre un gran brusio di sottofondo e i piccolini cominciano a guardarsi tra di loro e a scambiarsi sorrisi, inconsapevolmente, spontaneamente, già da così piccini hanno trovato un modo universale di comunicare.

Sicuramente il momento del dopo parto rappresenta uno spazio molto importante, sia per le donne straniere che per le donne italiane. Per certi aspetti, anche se in modo parziale, sostituisce ed integra le reti di sapere femminile informale, di cui le donne, sia italiane sia migranti, non dispongono più, per motivi storici, sociali e di percorso familiare e lavorativo.

Negli ultimi anni sono stati attivati dei corsi "dedicati" alle donne arabe (dal 2000) e cinesi (dal 2004), che vedono la presenza costante della mediatrice e della psicologa.

Di questi corsi abbiamo già riferito in altre occasioni. Non ci dilungheremo quindi molto. Vorremmo soltanto ribadire che ci appaiono un luogo fondamentale per incontrare e conoscere quelle mamme che sono ancora "invisibili" perché senza voce nei nostri servizi e che nella routine quotidiana non abbiamo la possibilità di esplorare nelle richieste e nei bisogni più complessi.

Inoltre, nella nostra esperienza questi corsi tendono a rivestire sempre più una funzione importante di prevenzione del rischio sia sanitario, che sociale, che emotivo. Le partecipanti evidenziano e descrivono spesso situazioni di disagio (emotivo e sociale e sanitario) importante (violenza domestica, percorsi migratori travagliati, donne sole con marito che risente di difficoltà "culturali", detenzione, rientro in patria, clandestinità).

Per concludere

Vorremmo ribadire che ci sembra importante considerare i corsi di preparazione alla nascita come un imprescindibile passaggio per assicurare alle donne e alle nuove famiglie un accompagnamento di qualità alla gravidanza, al parto ed ai primi mesi di crescita del loro

bambino.

Per far sì che questo avvenga e perché questa proposta assolva in modo sempre più efficace le sue funzioni di prevenzione dei rischi sanitari ed emotivi di mamme e neonati è importante rinforzare alcuni parametri basilari:

- **Mediazione** in alcune situazioni sarebbe indispensabile poter disporre della presenza delle mediatrici per permettere alle donne di “trovare le parole” per esprimere i loro dubbi, pensieri, necessità

- **Multidisciplinarietà** un approccio “interculturale” (psicologico-sanitario-mediazione) può permettere di avere una visione più ampia e integrata dello sviluppo del gruppo e dei bisogni delle donne

- **Formazione** di fronte ad una realtà in trasformazione è indispensabile fornire agli operatori momenti di supervisione-formazione periodica e costante per riflettere e crescere, anche sui nostri fraintendimenti culturali e sulle nuove richieste delle donne.

Bibliografia

L. Chinosi. Sguardi di mamme Mi, 2002, F. Angeli

M. Cattaneo/S. Dal Verme. Donne e madri nella migrazione Mi, 2005, Unicopli

AA. VV. Sguardi a confronto Mi, 2002, F. Angeli

AA. VV. Professione mediatrice Mi, 2002, F. Angeli

R. Beneduce. Frontiere dell'identità e memoria Mi, 1998, F. Angeli

W.Bion. Esperienze nei gruppi Armando

**Processi migratori e stereotipi:
l'esperienza cinese¹⁷**

*Gioacchino Lavanco, Carolina Messina, Dario Corso,
Elisabetta Di Giovanni, Gianluigi Moscato*

Introduzione: una migrazione senza migranti

La migrazione cinese costituisce uno dei più importanti flussi migratori nel panorama internazionale, non solo per la consistenza numerica della popolazione interessata, ma anche per l'ampio spettro dei paesi di destinazione che coinvolge; paesi nei quali la presenza degli immigrati cinesi è ormai un elemento stabile del tessuto economico, culturale e sociale (Cologna, 2002).

A tal proposito, va tenuta in considerazione la complessità del fenomeno migratorio; nel quale, infatti, rientrano una pluralità di fattori: sociali, psicologici, politici, etc. a partire dai quali risulta interessante esplorare la natura dei rapporti esistenti tra società ospite e immigrati; nella misura in cui, questi ultimi, tendono a definirsi come "comunità". Tali rapporti, infatti, non sempre assumono una natura dialettica; svelando, talvolta, aspetti conflittuali, discriminanti, pregiudiziali e controversi nel tentativo, da un lato, di mantenere un'identità etnica propria nell'extraterritorialità, dall'altro, di assimilare gli stili di vita della società di accoglienza nella quale integrarsi.

Il framework fin qui delineato descrive una situazione che rende complesso il raggiungimento di una identità plurale che conduca all'assunzione di una logica della convivenza tra gli attori coinvolti.

L'ipotesi da cui parte il presente lavoro è che la tendenza alla chiusura (pregiudizi, stereotipi, autofavoritismo) non riguardi soltanto la società ospitante, ma che essa, specularmente, coinvolga anche gli immigrati. In un'ottica fondamentalista, infatti, anche i gruppi di immigrati possono manifestare una credenza cieca nei soli valori posseduti da una determinata comunità o tradizione, evidenziando intolleranza e attuando forme di persecuzione nei confronti dei valori altrui.

Società ospite e immigrati, tanto più quanto questi ultimi vanno definendosi come 'comunità', vivono rapporti contraddittori o apertamente conflittuali: i problemi delle discriminazioni, del pregiudizio, della violenza di cui talvolta gli immigrati sono vittime o carnefici, delineano l'orizzonte dentro il quale ogni riflessione va necessariamente collocata.

Occorre dunque decostruire assetti di pensiero e modi di vedere intolleranti ed autoritari, per passare da un'identità rigida e monocentrica ad un'identità plurale; da un pensiero autocentrato e gerarchico a un pensiero flessibile e investigativo, mobile ed erratico; da un'affettività egocentrica ed ostile a un'affettività aperta, capace di condividere emozioni e di costruire solidarietà.

I cinesi praticano generalmente attività lavorative autonome in diversi comparti del mercato del lavoro (ristorazione, commercio al minuto, confezioni, pelletteria, servizi alle persone), sviluppano il sistema dell'auto-occupazione all'interno dei circuiti etnici di appartenenza e si concentrano in alcuni quartieri delle grandi città. Il ricongiungimento e la costituzione di nuclei familiari, essenziali alla riuscita dell'impresa autonoma, permettono la formazione di comunità che preservano tratti e pratiche culturali, anche esteriormente evidenti.

¹⁷ Questo contributo è il risultato articolato e complesso di un gruppo di lavoro che ha visto il coinvolgimento di diversi studiosi e ricercatori. La realizzazione del saggio è il risultato di un serrato e continuo confronto fra essi. Ai soli fini dell'attribuzione si precisa che Gioacchino Lavanco e Gianluigi Moscato sono autori del paragrafo primo; Dario Corso del paragrafo secondo; Carolina Messina e Floriana Romano del paragrafo terzo; Gioacchino Lavanco e Carolina Messina del paragrafo quarto.

La provenienza è diversificata anche a seconda dei paesi di destinazione: gli originari dello Zhejiang si insediano in Francia, Italia e Olanda, gli originari della Cina settentrionale prevalentemente in Francia, gli originari di Hong Kong e Singapore soprattutto in Gran Bretagna, infine gli originari di Taiwan e Macao in parte in Gran Bretagna, in parte in Olanda e Portogallo.

I cinesi in Italia rappresentano una componente particolare e per molti versi originale dell'immigrazione straniera. Essi hanno infatti innescato, nelle aree di principale insediamento, trasformazioni economico-sociali che non hanno confronti rispetto alle modalità d'inserimento degli altri gruppi. Essi hanno per primi presentato una distribuzione abitativa tendente alla concentrazione; fenomeno che ha determinato tra l'altro una domanda di scolarizzazione elevata nelle città d'insediamento e, allo stesso tempo, di salvaguardia della cultura etnico-nazionale. La caratteristica più significativa di questa componente immigratoria sembra comunque risiedere nell'intreccio fra inserimento economico in settori trainanti dell'impresa artigianale e modelli migratori di tipo familiare.

I comportamenti delle seconde generazioni, la loro riuscita scolastica e le loro scelte professionali nonché l'inserimento della diaspora in settori chiave dell'economia dei paesi d'accoglienza e, al tempo stesso, mondiale, lasciano intravedere combinazioni di tratti culturali, valori e pratiche insediative adeguate alla realtà contemporanea. La chiusura e l'apertura delle comunità cinesi, rispetto alla società del paese d'accoglienza, rispondono a strategie complesse, che permettono al tempo stesso di preservare un'identità propria nell'extraterritorialità e la riuscita economica come garanzia del mantenimento dell'identità stessa in stretta interdipendenza con l'ambiente circostante.

La diffusione di queste migrazioni e le loro peculiarità hanno fatto sì che diventassero oggetto di una letteratura internazionale di notevole ampiezza e ricchezza, non solo di carattere storico, antropologico, sociologico, ma anche sviluppando un interessante filone di riflessione teorica e di elaborazione concettuale sulle tematiche migratorie. Ne è un esempio significativo il numero monografico della *Revue Européenne des Migrations Internationales*, dedicato alla diaspora cinese in Occidente, e in cui il curatore del numero, Emmanuel Ma Mung, proponeva una riflessione teorico-concettuale di notevole interesse circa il concetto di diaspora:

La diaspora può essere considerata (e in certa misura essa stessa si considera) come [...] un continente immaginario, composto da una molteplicità di luoghi: le differenti località nelle quali le popolazioni della diaspora stessa si sono stabilite. I livelli d'analisi pertinenti saranno dunque la scala internazionale e quella locale. I livelli intermedi, la nazione e lo stato, rivestono probabilmente minore importanza. In effetti, la segmentazione in termini nazionali dello spazio della diaspora assume significato soltanto in riferimento alle differenze di regolamentazione, di culture, di potenzialità economiche; in altre parole, essa designa delle opportunità (o delle inopportunità) di migrare o di circolare. Le nazioni, i territori nazionali, costituiscono dei vincoli per il movimento: nello spazio transnazionale della diaspora compaiono anche luoghi di maggiore o minore circolazione.

In un certo senso, ci si sposta da un luogo ad un altro (da Parigi a Firenze, da Londra a New York) piuttosto che da un paese ad un altro. Ciascuna località è parte del tutto e contemporaneamente un microcosmo della diaspora [...].

Ciò che colpisce, considerando la migrazione cinese su scala internazionale, è il carattere di dispersione: *la multipolarità della migrazione*. Un'altra caratteristica che la distingue dalle migrazioni classiche è però l'intensità delle relazioni che intercorrono tra i differenti poli, e di quelle, simboliche o reali, che la diaspora intrattiene con il paese d'origine: si può dunque parlare di una *interpolarità di relazioni*. Queste relazioni, fisiche (migrazioni di persone), finanziarie, commerciali, industriali, disegnano e si fondano su reti di solidarietà familiari e

comunitarie, di interessi economici e non di rado politici convergenti.

Multipolarità della migrazione, interpolarità delle relazioni, questi sono i due caratteri principali che definiscono la diaspora. A tali caratteristiche morfologiche vanno aggiunte la salvaguardia d'una identità nazionale e lo sviluppo di una potente identità comunitaria transnazionale [...]. È propria delle diaspore una sorta di trascendenza dell'identificazione nazionale-territoriale verso una visione di sé come condizione per così dire *extraterritoriale* [...]. (Ma Mung, 1992: pp. 186-187)

Nel modello di diaspora cinese un elemento rilevante è sicuramente la propensione degli immigrati cinesi al lavoro autonomo e soprattutto la frequenza con cui essa si concretizza nella formazione di piccole imprese artigianali e di servizio, che tendono a localizzarsi e riprodursi in aree circoscritte ritenute favorevoli. A ciò sono connessi vantaggi e svantaggi: da un lato, il prevalere dell'auto-occupazione e le capacità di autocontrollo assicurate dalla coesione che così si determina possono ridurre fortemente le occasioni di attrito con la società locale; dall'altro, la flessibilità e l'adattabilità dei modelli di organizzazione della produzione e del lavoro praticati, permettendo alle suddette imprese un forte contenimento dei costi rispetto alle analoghe imprese attive nel territorio, possono determinare un inserimento relativamente rapido nel tessuto locale di relazioni produttive e di servizi, ma contemporaneamente un contestuale deterioramento dei rapporti con fasce più o meno consistenti della popolazione autoctona.

Tra gli stereotipi sicuramente più diffusi quanto erronei vi è sicuramente quello di considerare gli immigrati cinesi, stanziati in Italia ad esempio, come un gruppo etnico omogeneo, che in quanto tale parla lo stesso dialetto e magari proviene dalla medesima area della Cina. Il fatto che la maggior parte di loro lavori all'interno di quella che viene definita un'economia etnica rafforza l'immagine della comunità compatta.

In realtà, la distinzione tra i diversi gruppi di immigrati è significativa e non andrebbe sottovalutata se si vogliono capire tante delle dinamiche che percorrono il mondo dell'emigrazione cinese.

Per quanto riguarda la distribuzione dei nuclei nel territorio italiano, a seconda delle diverse aree di provenienza, si può identificare a Roma un più nutrito gruppo proveniente da Qingtiang, mentre a Milano quello originario di Wencheng ha ormai sopravanzato quello proveniente da Qingtiang, di più antica presenza. A Prato, la città che registra il più alto numero di cinesi in rapporto alla popolazione complessiva, i cinesi di Wencheng prevalgono di poco su altri due gruppi consistenti, quello di Wenzhou e quello di Rui'an.

In realtà sono pochissimi i cinesi che prima di venire in Italia facevano i contadini e gli operai a tempo pieno, per la maggior parte erano piuttosto: venditori ambulanti, stagionali itineranti, lavoratori qualificati, cuochi, artigiani, sarti, parrucchieri, insegnanti, contabili, impiegati o titolari di piccole imprese, come i proprietari di piccoli ristoranti o di bar e case da tè. Si tratta tendenzialmente di persone intraprendenti, che aspirano ad occupazioni autonome che permettano loro di crescere e realizzarsi seguendo percorsi di mobilità sociale che in Cina non sono mai disgiunti da un'attiva ricerca di amicizie e protezioni, indispensabile sia per procurarsi autorizzazioni e permessi che per disporre dei capitali necessari per avviare un'attività. È questo il tipo di persona che giunge a vedere nell'emigrazione un'opzione allettante.

Ma procediamo con una analisi più dettagliata del fenomeno.

Sui cinesi in Italia e in Sicilia

La popolazione, intesa come elemento sociale ed economico, caratterizza fortemente uno

Stato. Tale caratterizzazione deriva dal fatto che il profilo quantitativo e qualitativo della popolazione di una nazione permette di interrogarsi su come la composizione etnica e di età stia cambiando, e tracciare quindi i possibili orizzonti di sviluppo.

La popolazione, infatti, dal punto di vista economico, rappresenta quello che in termini statistico economici è chiamato “operatore famiglia”, ovvero quell’operatore economico che racchiude in se tutti gli individui che partecipano al processo economico sotto due aspetti: quello più evidente ed immediato, di consumatori di beni e servizi, e quello meno evidente ma altrettanto fondamentale per l’attività economica, di detentori del fattore della produzione lavoro. Infatti, offrendo alle imprese la propria disponibilità a svolgere un’attività lavorativa, l’operatore famiglia, e quindi la popolazione, partecipano in maniera attiva alimentando la funzione di produzione di un fattore, il lavoro, che assieme al fattore capitale contribuisce alla creazione di qualsiasi bene e/o servizio destinabile e/o non destinabile alla vendita.

I fenomeni migratori sono quelli che possono incidere maggiormente sul profilo qualitativo della popolazione di una nazione, soprattutto nel caso dell’Italia, che si caratterizza per un passato di emigrazione ed un presente demografico contraddistinto dalla bassa natalità e dal conseguente invecchiamento della popolazione.

I migranti, proprio per la loro provenienza da paesi in cui la struttura societaria è ancora fortemente rurale tendono ad essere contraddistinti da due aspetti: una età abbastanza giovane, di solito inferiore ai 40 anni, e più che un elevato tasso di natalità¹⁸, una maggiore propensione alla natalità, ovvero una maggiore tendenza a fare figli una volta consolidata la loro condizione nel paese ospitante.

Dunque l’ingresso di popolazione straniera determina non solo delle ovvie modifiche etniche della popolazione di uno stato, ma ne modifica anche il profilo demografico. Nel caso Italiano ciò è ancora più evidente perché, come ricordato prima il progressivo invecchiamento medio della popolazione e la conseguente scarsa natalità, vengono in parte sopperite dalle tendenze della popolazione straniera.

Altri effetti si verificano all’interno del mercato del lavoro proprio perché tali soggetti, detentori del fattore della produzione lavoro, sono maggiormente inclini, almeno nel breve periodo, a prestare la loro attività anche ad un salario più basso di quello che un lavoratore nazionale, con pari qualifica, sarebbe disposto a ricevere. Tale tipo di fenomeno porta a delle tensioni tra stranieri e nativi che spesso hanno generato spinte da parte della popolazione locale nel porre dei limiti alla concessione della cittadinanza a soggetti stranieri.

Proprio sull’accessibilità allo *status* giuridico di cittadino si sono incentrate le politiche di quelle nazioni che, in misura maggiore rispetto ad altre, hanno vissuto il fenomeno dell’immigrazione. In generale, i movimenti volontari della popolazione si sono verificati in coincidenza con i grossi cambiamenti economici: la rivoluzione industriale e la ricostruzione dopo le due guerre mondiali. Ciò è avvenuto perché la forza lavoro straniera suppliva alla mancanza di lavoratori locali proprio nei periodi di massima crescita, ma ovviamente, tali soggetti erano i primi a ritrovarsi senza un’occupazione nei momenti di recessione (Wells, 1996).

Proprio le pressioni sociali esercitate da tali spinte migratorie hanno portato molti governi nazionali a modificare il concetto di cittadino e soprattutto i criteri sotto i quali questo *status* poteva essere concesso. Da questo punto di vista la Germania, anche per le sue vicende politiche, rappresenta un interessante contesto di osservazione. In Germania sono considerati cittadini solo chi ha sangue tedesco, mentre altri stati riconoscono lo *status* di cittadino a chi nasce sul proprio territorio (Seifert, 1997). Tale peculiarità tedesca rende sicuramente meno accessibile la cittadinanza ai diversi gruppi di immigrati e rende anche evidente come

¹⁸ Il tasso di natalità è dato dal rapporto tra i nati vivi e la popolazione moltiplicato per 1.000.

alcune nazioni negli anni abbiano rivisto i criteri di cittadinanza passando dal concetto di identità, basato anche sui privilegi e i rapporti istituzionali esistenti tra diversi stati, arrivando a privilegiare concetti di utilità che si basano sugli interessi di investitori internazionali e la necessità di reperire lavoratori specializzati (Zincone, 2007).

La presente analisi cercherà di fornire un quadro quanto possibile ampio e completo della presenza straniera in Italia ed in particolare di quella Cinese. Gran parte delle analisi verrà svolta, non solo con riferimento all'interno contesto nazionale, ma anche a più porzioni dell'intera nazione. Infatti verrà considerata anche la caratterizzazione territoriale delle diverse aree nazionali ovvero: Isole, Sud, Centro, Nord Est, Nord Ovest, ma anche della Sicilia e delle sue province al fine di comprendere meglio la diffusione della popolazione straniera, e di quella Cinese in particolare, e come ciò caratterizza le diverse parti del Paese.

Gli stranieri in Italia: la dimensione quantitativa, demografica e territoriale

Trattando il tema della migrazione, anche riferita al flusso specifico proveniente da un Paese, i primi aspetti che occorre affrontare sono quelli legati alla loro dimensione quantitativa, al loro profilo per età e in quali territori tendono a concentrare la loro collocazione.

Gli stranieri residenti in Italia ammontano, al primo gennaio 2008, ad oltre 3,4 mln di individui suddivisi in maniera quasi identica tra uomini e donne con una leggera prevalenza di circa 30.000 unità femminili. Il dato è riferito alla popolazione residente, in quanto, il dato ufficiale contenuto all'interno dei documenti elaborati dell'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) è raccolto tramite le anagrafi comunali. Tale dato ufficiale rappresenta una buona approssimazione del fenomeno della presenza straniera in Italia, che non può essere in alcun modo inficiato da considerazioni inerenti l'entità degli immigrati clandestini.

Per sua stessa definizione la clandestinità è uno *status* che tende a rimanere "sommerso" e ciò determina una maggiore difficoltà nella misurazione dello stesso. Ma proprio per cercare di chiarire come rispetto alla migrazione ufficiale quella clandestina rappresenti una fetta marginale è stato quantificato in circa 650.000¹⁹ il numero di unità straniere clandestine presenti sul territorio Italiano. Un valore di poco superiore al 15% di quella regolare, ma che appare ben dimensionato se si considera che mediamente gli sbarchi di clandestini sulle coste meridionali Italiane ammontano a circa 10.000 unità l'anno²⁰. In realtà, come possiamo vedere, stiamo trattando di numeri abbastanza contenuti.

Ritornando alla dimensione quantitativa della popolazione straniera residente, sintetizzata all'interno della tabella -1, è possibile notare come negli anni tale numero sia progressivamente cresciuto a ritmi prossimi alle 250.000 unità l'anno. Il saldo migratorio²¹ mostra come vi siano stati rilevanti aumenti nel periodo 2003-2004. Sui tali ritmi di aumento ha sicuramente influito la normativa sui flussi migratori, la legge 189/2002 definita anche "Bossi-Fini", che prevedendo un contingentamento del numero massimo di richieste d'ingresso in Italia ha anche provveduto a "sanare" le posizioni irregolari precedenti. In epoca più recente, 2007, l'ingresso all'interno della comunità europea di nazioni, come la Romania, particolarmente interessate da flussi migratori in uscita verso l'Italia ha invece portato ad un altro aumento consistente.

19 Fonte: Ministero dell'Interno.

20 Fonte: Ministero dell'Interno, Guardia Costiera.

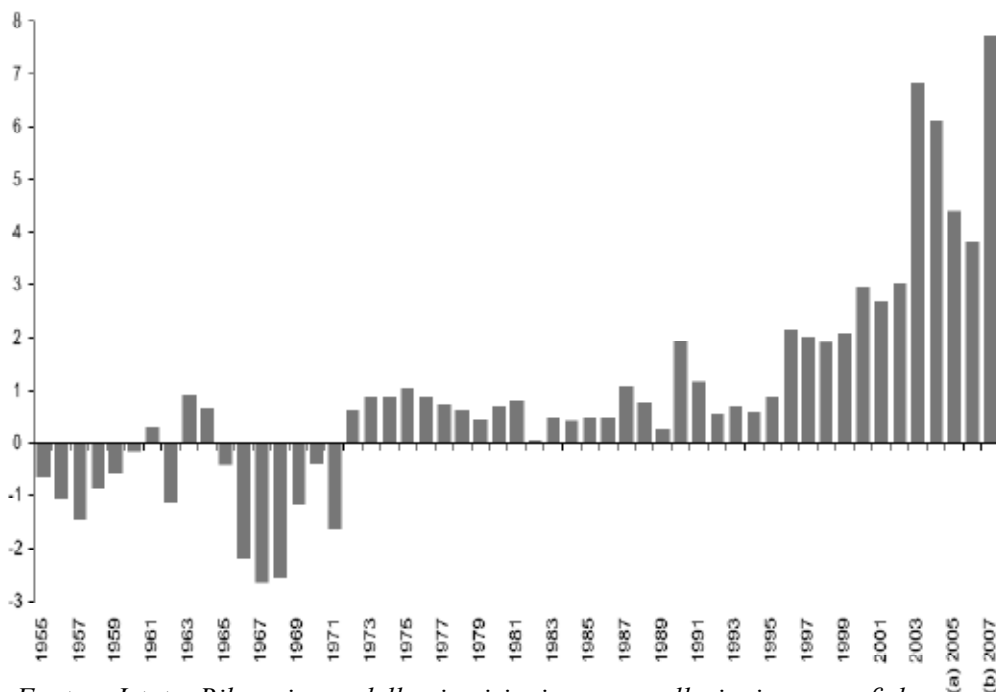
21 Il saldo migratorio scaturisce dalla differenza tra le iscrizioni all'anagrafe, per nascita in Italia o per trasferimento dall'estero, e le cancellazioni, per causa di morte o trasferimento all'estero o per acquisizione della cittadinanza.

Tabella 1 – Popolazione straniera residente, in percentuale sulla popolazione totale e saldo migratorio con l'estero

Anno	Popolazione straniera residente	Percentuale sulla popolazione residente	Saldo Migratorio con l'estero
1995	600.000 ^a	1%	
2003	1.990.159	3,47%	440.786
2004	2.402.157	4,15%	411.998
2005	2.670.514	4,58%	268.357
2006	2.938.922	5,02%	268.408
2007	3.432.651	5,81%	493.729

Fonte: Istat, *Statistiche demografiche*. (a) *Ns. stime su dati ISTAT*.

Grafico 1 - Saldo migratorio con l'estero anni 1955-2007. Valore ogni 1000 residenti



Fonte: Istat, *Rilevazione delle iscrizioni e cancellazioni anagrafiche per trasferimento di residenza*

(a) *Dati provenienti dalla rilevazione annuale del movimento e calcolo della popolazione residente.*

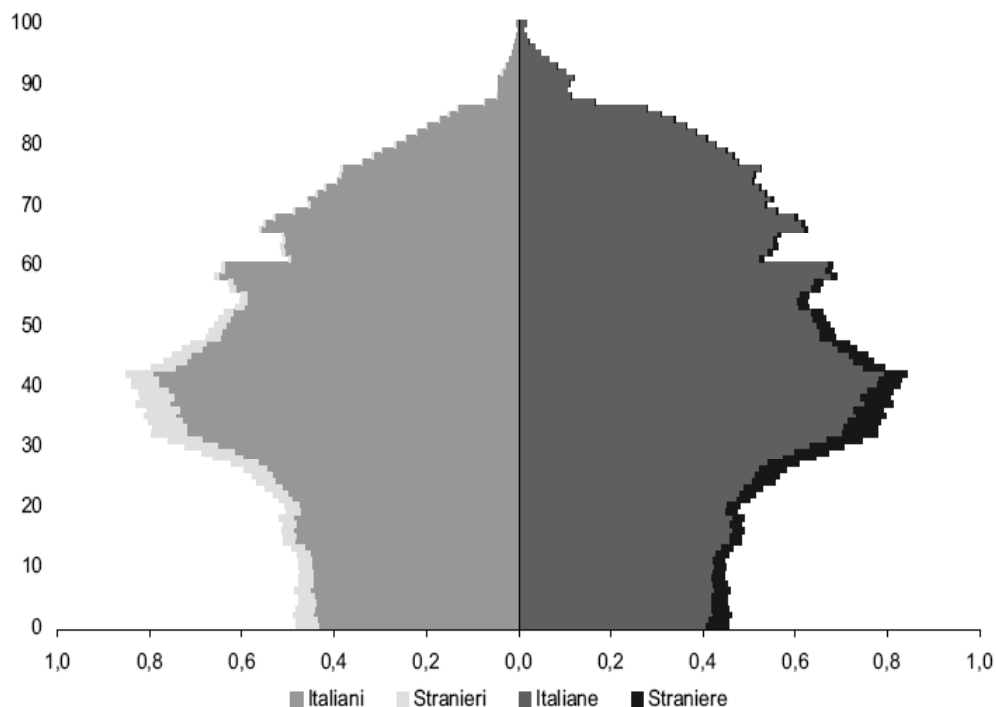
(b) *Stima Eurostat.*

Che il fenomeno migratorio con l'estero, negli ultimi anni, abbia assunto una dinamica sempre più crescente è evidenziato dal grafico -1. Come è possibile vedere tra il 1955 ed il 1970 il saldo ha spesso assunto valore negativo – ovvero le cancellazioni dall'anagrafe per trasferimento all'estero erano maggiori delle nuove iscrizioni – per poi assumere valori positivi, anche se contenuti, tra il 1970 e il 1995, valori che sono cresciuti d'intensità dopo il 1995 raddoppiando in concomitanza agli anni di approvazione della "Bossi-Fini".

L'altro aspetto fondamentale dei flussi migratori che coinvolgono l'Italia è quello legato all'età degli stranieri che arrivano in Italia, soprattutto rispetto alla popolazione Italiana. Quella che una volta veniva chiamata piramide demografica sta assumendo sempre più la dimensione di una "botte" dal profilo molto ellittico.

Tale caratterizzazione dipende dal fatto che il grosso della popolazione italiana, e anche straniera tende a concentrarsi nella classe di età compresa tra i 30 e i 40 anni.

Figura 1 – Piramide della popolazione residente distinta per sesso e cittadinanza. Anno 2007.



Fonte: Istat, Rilevazione della popolazione residente per sesso, anno di nascita e stato civile; Rilevazione della popolazione straniera residente per sesso ed anno di nascita.

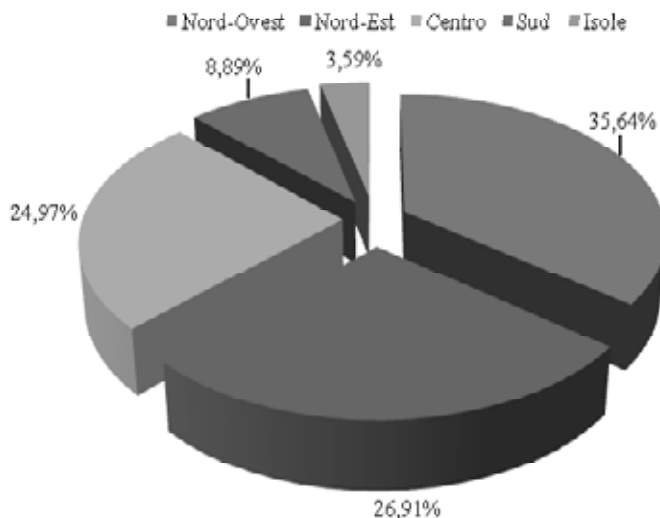
L'apporto degli stranieri al mutamento del profilo demografico della popolazione residente in Italia è invece molto evidente nelle classi di età inferiori ai 30 anni, ma soprattutto, inferiori ai 20 anni. Infatti, è in questa porzione iniziale di età che si nota un ulteriore allargamento della piramide demografica che, se fosse solo composta dalla popolazione italiana, tenderebbe ad assumere sempre più la sembianza di una piramide rovesciata.

Assenti, quasi del tutto, stranieri nella fascia di età superiore ai 60 anni. Su tale aspetto incide sicuramente la recente storia di immigrazione Italiana che, come abbiamo visto nella Grafico 1 ha assunto una reale consistenza solo negli ultimi 10 anni, e poi soprattutto incide il fatto che l'immigrato anziano, non essendo più attivo sul mercato del lavoro, tende a rientrare nel proprio paese d'origine dove, proprio in virtù dei dislivelli economici esistenti è possibile condurre una vecchiaia serena con quello che si è riuscito ad accumulare in Italia.

Osservando, invece, la distribuzione della popolazione per aree nazionali, grafico 2, è possibile notare come la popolazione straniera residente tenda a concentrarsi nelle aree del Centro Nord, mentre solo poco più del 12,5% è residente nel Mezzogiorno.

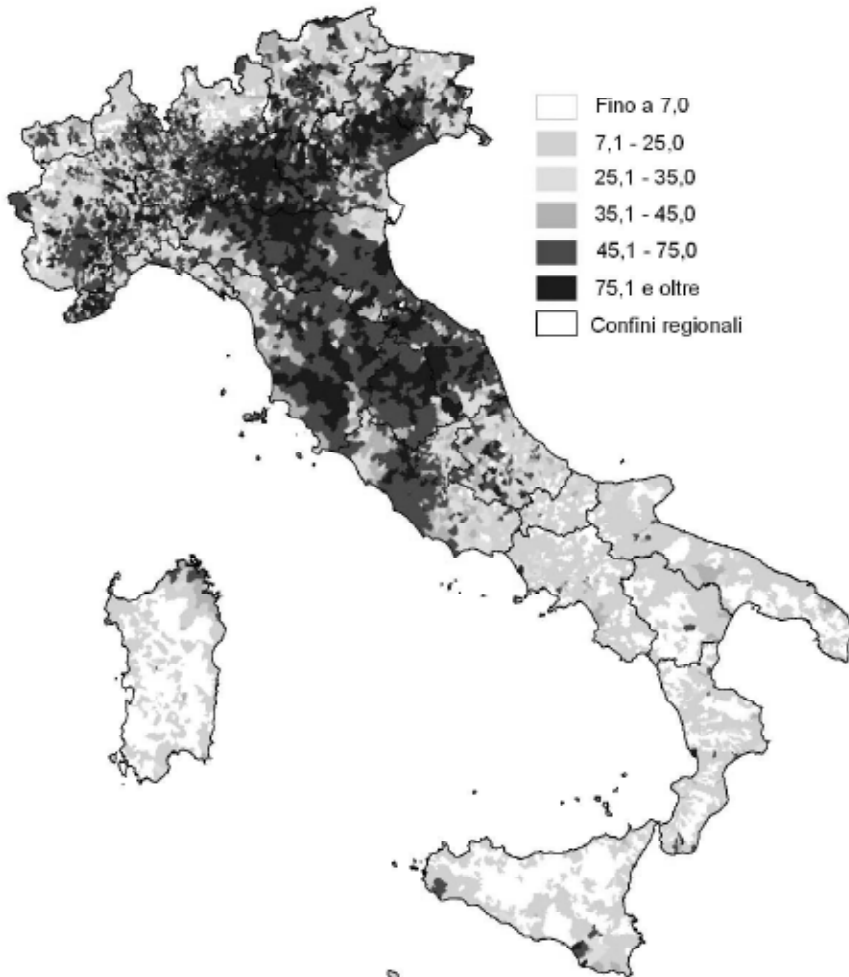
Il concentrarsi della popolazione straniera in tali aree suggerisce quanto forte sia la relazione tra flussi migratori e ricerca di un'occupazione, o ancora, quanto fondamentale sia la ricerca di una migliore condizione economica nella scelta di emigrare. La figura 2 aumenta il grado di dettaglio offerto dal grafico 1 mostrando come le maggiori concentrazioni di popolazione straniera residente siano tra Lombardia e l'Emilia Romagna, ma anche in alcune parti delle regioni del Centro, mentre per il meridione sono caratteristici i picchi di concentrazioni in Sicilia in corrispondenza delle aree di Mazara del Vallo (TP) e Ragusa.

Grafico 2 – Percentuale della popolazione straniera presente in ciascuna area territoriale.
Dati al 1 gennaio 2008.



Fonte: Ns. Elaborazioni su dati Istat, *Statistiche demografiche*.

Figura 2. – Cittadini stranieri per comune di residenza. Dati anno 2007



Fonte: Istat, Rilevazione delle iscrizioni e cancellazioni anagrafiche per trasferimento di residenza

Gli stranieri in Italia un'analisi per area geografica di provenienza: i cinesi

In Italia, il nocciolo duro della popolazione straniera residente è composto da stranieri provenienti da Paesi molto vicini all'Italia. In particolare, come evidenzia la tabella 2, la componente maggiore di stranieri nel 2008 è originaria della Romania, dell'Albania e del Marocco e poi da altri Paesi come appunto Cina, su cui poi verrà effettuato un approfondimento.

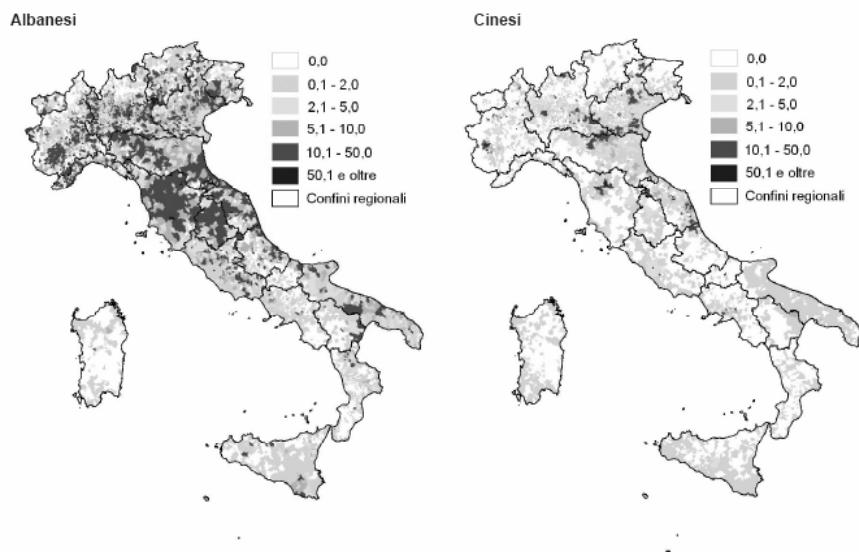
Tabella 2 – Graduatoria primi 10 gruppi di popolazione straniera residente in Italia distinti per area di provenienza.

Posizione	Nazionalità	Residenti al 1° gennaio 2008	Valore percentuale rispetto a tutta la popolazione straniera residente
1	Romania	625.278	18,22%
2	Albania	401.949	11,71%
3	Marocco	365.908	10,66%
4	Cina, Rep. Pop.	156.519	4,56%
5	Ucraina	132.718	3,87%
6	Filippine	105.675	3,08%
7	Tunisia	93.601	2,73%
8	Polonia	90.218	2,63%
9	Macedonia	78.090	2,27%
10	India	77.432	2,26%
	TOTALE	3.432.651	

Fonte: Istat, *Statistiche demografiche*. (a) Ns. stime su dati ISTAT.

Circa la distribuzione territoriale dei primi 4 gruppi distinti per nazionalità, figura 3, si nota come la distribuzione sia ancora fortemente concentrata nella regioni del Centro-Nord, anche se con qualche distinguo

Figura 3 – Cittadini stranieri, delle prime 4 nazioni di provenienza, distinti per comune di residenza.



Fonte: Istat, *Rilevazione delle iscrizioni e cancellazioni anagrafiche per trasferimento di residenza*

Il gruppo di stranieri di provenienza Albanese, primo cartogramma a sinistra, è maggiormente presente in Toscana, Umbria e Marche, e in parte anche in Emilia. Alte concentrazioni della popolazione Albanese sono registrabili anche in alcune aree specifiche del Sud. Oltre la Puglia, che da sempre è la regione storica di arrivo della comunità Albanesi, esistono degli insediamenti ad elevata concentrazione anche in Sicilia, non solo nella già conosciuta città di Piana degli Albanesi (PA), ma anche in alcune zone del Trapanese e in prossimità della città di Ragusa, altre elevate concentrazioni sono registrabili in Sardegna, soprattutto nella parte Nord.

I Rumeni, primo cartogramma a destra, sono molto più presenti in Piemonte, bassa Lombardia, Veneto e soprattutto nel Lazio ma in generale è possibile notare una più ampia diffusione, derivante anche dall'elevato numero di presenti, su tutte le regioni del Centro Nord. Scarsa, invece, la loro diffusione nel Mezzogiorno con concentrazioni lievi in Basilicata, Calabria, in Sicilia soprattutto nella parte centrale dell'Isola e in corrispondenza della zona di Gela (CL) e Agrigento e in Sardegna sempre nella parte Nord.

I Marocchini, la cui presenza è raffigurata nel terzo cartogramma da sinistra, mostrano una più spiccata concentrazione all'interno della parte centrale della pianura Padana ed in particolare in Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna. A differenza, però, degli altri gruppi osservati, malgrado la loro concentrazione sia più evidente nelle sole regioni del Nord, è possibile osservare piccole zone ad elevata concentrazione di stranieri di origine Marocchina in diversi punti del territorio italiano soprattutto in corrispondenza dei centri capoluogo di provincia o di regione.

La comunità cinese residente in Italia, malgrado rappresenti il quarto gruppo per numerosità, in realtà conta una dimensione complessiva che risulta essere poco meno della metà di quella marocchina, e addirittura poco più di $\frac{1}{4}$ di quella rumena. Evidentemente, una presenza così ridotta, non può che mostrare concentrate aree del territorio nazionale in cui la presenza cinese è elevata. Ed in effetti attraverso l'osservazione del secondo cartogramma da destra, che appunto contiene la distribuzione dei cittadini cinesi per comune di residenza, notiamo come siano poche le zone di colore scuro e come esse coincidano con i grandi comuni: Torino, Milano, Bologna, Roma, Napoli, alcune zone del Veneto più industriale, altre zone della bassa Marchigiana, oltre alla conosciuta comunità cinese presente a Prato.

Sia il totale della popolazione straniera residente, che il singolo valore della popolazione cinese residente in Italia, traggono origine dai flussi annui d'ingresso, approssimati dal numero dei permessi di soggiorno rilasciati.

Nella tabella 3 sono sintetizzati i permessi di soggiorno rilasciati per ogni anno distinti in base al totale dei flussi dei cittadini stranieri ed in base al singolo flusso proveniente dalla Cina. In ambo due i casi il grosso della consistenza della popolazione era già presente al 1996, oppure è entrata, ma sarebbe meglio dire emersa, nel 2002 con la regolarizzazione successiva all'introduzione della legge "Bossi-Fini". Nel complesso non emergono particolari differenze nella percentuale dei flussi della popolazione cinese rispetto a quella del totale della popolazione straniera; ciò sembrerebbe indicare che, almeno per il periodo preso in esame, la migrazione cinese in Italia non ha mai assunto una intensità maggiore o minore rispetto a quella complessiva. La percezione che il numero dei Cinesi presenti sul nostro territorio sia aumentata la si deve, dunque, a quella tendenza alla creazione di comunità in ambiti ben precisi che contraddistingue il modello di diffusione sul territorio dei cinesi. Emergono, invece, interessanti differenze tra la migrazione Cinese e quella complessiva osservando il motivo per il quale viene richiesto il permesso di soggiorno.

I dati contenuti nella tabella 4, relativi alla motivazione del soggiorno contenuta in tutti i permessi di soggiorno rilasciati fino al 1 gennaio 2007, mostra come la migrazione cinese sia fortemente legata al lavoro. Infatti, quasi il 70% dei permessi di soggiorno rilasciati, ha alla

base una motivazione lavorativa, percentuale più bassa se paragonata a quella dell'interno gruppo della popolazione straniera in cui è anche rilevate il motivo familiare. Sempre con riferimento alla popolazione cinese sono quasi prossime allo zero le altre motivazioni legate alla possibilità di rilascio del permesso di soggiorno, mentre, in linea con i valori fatti registrare dal complessivo della popolazione straniera residente, è la percentuale dei permessi di soggiorno rilasciati per motivo di studio.

Con un maggiore dettaglio è possibile osservare la distribuzione della popolazione cinese in Italia sia con riferimento alla stessa popolazione cinese residente, sia con riferimento ai soli cittadini stranieri. L'osservazioni dei dati puntuali mostra, tabella 5, come, benché la presenza cinese sia ridotta rispetto a quella di altri gruppi di cittadinanza, in termini percentuali la loro distribuzione è abbastanza omogenea all'insieme della popolazione straniera residente.

Tabella 3 – Permessi di soggiorno per anno e cittadinanza. Valori al 1 gennaio 2007

aree geografiche e paesi di cittadinanza	Anni d'ingresso										Totale al 1.01.07	
	Fino al 1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005		2006
totale popolazione straniera	633.355	120.871	104.413	83.219	125.691	152.677	574.404	115.932	149.088	173.827	181.495	2.414.972
<i>in percentuale alla popolazione straniera residente</i>	<i>26,23%</i>	<i>5,01%</i>	<i>4,32%</i>	<i>3,45%</i>	<i>5,20%</i>	<i>6,32%</i>	<i>23,79%</i>	<i>4,80%</i>	<i>6,17%</i>	<i>7,20%</i>	<i>7,52%</i>	
cina, rep.popolare	31.491	10.202	7.479	3.357	4.938	8.032	32.892	3.190	6.016	8.736	6.031	122.364
<i>in percentuale alla popolazione cinese residente</i>	<i>25,74%</i>	<i>8,34%</i>	<i>6,11%</i>	<i>2,74%</i>	<i>4,04%</i>	<i>6,56%</i>	<i>26,88%</i>	<i>2,61%</i>	<i>4,92%</i>	<i>7,14%</i>	<i>4,93%</i>	

Fonte: Istat, Statistiche demografiche.

Tabella 4 – Permessi di soggiorno per motivo della presenza. Valori assoluti al 1 gennaio 2007.

aree geografiche e paesi di cittadinanza	Lavoro	Famiglia	Religione	Resid. Elettiva	Studio	Asilo	Richiesta asilo	Umanitari	Altro	Totale al 1.01.07
totale popolazione straniera	1.463.058	763.744	32.081	44.847	51.625	8.613	7.466	13.447	30.091	2.414.972
<i>in percentuale alla popolazione straniera residente</i>	<i>60,58%</i>	<i>31,63%</i>	<i>1,33%</i>	<i>1,86%</i>	<i>2,14%</i>	<i>0,36%</i>	<i>0,31%</i>	<i>0,56%</i>	<i>1,25%</i>	
di cui: cina, rep. popolare	84.749	33.886	92	88	2.677	17	10	46	799	122.364
<i>in percentuale alla popolazione cinese residente</i>	<i>69,26%</i>	<i>27,69%</i>	<i>0,08%</i>	<i>0,07%</i>	<i>2,19%</i>	<i>0,01%</i>	<i>0,01%</i>	<i>0,04%</i>	<i>0,65%</i>	

Fonte: Istat, Statistiche demografiche

Tabella 5 – Popolazione cinese e straniera residente per ripartizioni territoriali in valori assoluti e in percentuale sul totale. Valori al 1 gennaio 2008

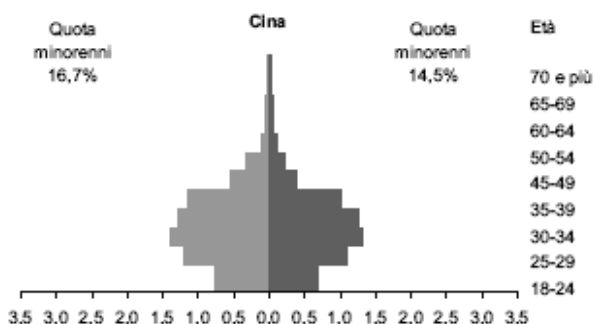
AREE GEOGRAFICHE E PAESI DI CITTADINANZA						ITALIA
	Nord-ovest	Nord-est	Centro	Sud	Isole	
TOTALE POPOLAZIONE STRANIERA	1.223.363	923.812	857.072	305.146	123.258	3.432.651
<i>In percentuale alla popolazione straniera residente</i>	<i>35,64%</i>	<i>26,91%</i>	<i>24,97%</i>	<i>8,89%</i>	<i>3,59%</i>	
Cina, Rep. Popolare.	48.294	42.638	42.916	16.038	6.633	156.519
<i>In percentuale alla popolazione cinese residente</i>	<i>30,86%</i>	<i>27,24%</i>	<i>27,42%</i>	<i>10,25%</i>	<i>4,24%</i>	

Fonte: Istat, *Statistiche demografiche*.

In particolare, rispetto all'insieme della popolazione straniera residente, sembrerebbe che i cinesi siano maggiormente presenti in aree a minore sviluppo industriale, come le aree del Nord-Ovest, preferendo zone a maggiore vocazione commerciale come quelle del Centro e del Mezzogiorno. Ciò sembra più coerente con il modello di sviluppo economico e sociale della popolazione cinese in Italia.

Dal punto di vista demografico, figura 4, i Cinesi residenti in Italia appartengono per larga parte alla fascia di età compresa tra i 40 e i 25 anni, con la popolazione maschile leggermente più adulta, rispetto a quella femminile e con una maggiore percentuale di minorenni maschi. La piramide demografica dei cinesi residenti in Italia si sovrappone, dunque, a quella del totale degli stranieri confermando che la migrazione investe soprattutto le fasce di età più giovani, mentre le fasce di età più anziane tendono a ritornare nel paese d'origine soprattutto quando la loro età li costringe a fuoriuscire dal mercato del lavoro.

Figura 4 – Piramide dell'età dei cittadini cinesi residenti in Italia



Fonte: Istat, *Rilevazione della popolazione straniera residente per sesso ed anno di nascita*.

Passando ad osservare gli stessi dati della tabella 5, ma riferiti alla Sicilia, è possibile notare,

anche qui, una distribuzione territoriale pressoché identica a quella del complessivo della popolazione straniera residente, anche se con alcuni elementi distintivi.

Tabella 6 – Popolazione cinese e straniera residente in Sicilia in valori assoluti e in percentuale sul totale. Valori al 1 gennaio 2008

AREE GEOGRAFICHE E PAESI DI CITTADINANZA	SICILIA									
	TP	PA	ME	AG	CL	EN	CT	RG	SR	TOT.
Cina, Rep. Pop.	391	974	663	427	253	99	970	381	362	4.520
<i>In percentuale alla popolazione cinese residente</i>	8,6%	21,5%	14,6%	9,45%	5,6%	2,2%	21,5%	8,4%	8,0%	
TOTALE popolazione straniera	8.724	21.242	16.034	7.150	3.621	1.833	17.027	14.275	8.246	98.152
<i>In percentuale alla popolazione straniera residente</i>	8,9%	21,6%	16,3%	7,3%	3,7%	1,9%	17,3%	14,5%	8,4%	

Fonte: Istat, *Statistiche demografiche*.

Il numero dei cinesi complessivamente residenti è molto piccolo, appena 4.500, circa quindi il 3% della popolazione cinese residente in Italia.

Le province con la maggiore concentrazione di cinesi residenti sono quella di Palermo, Catania e Messina, che sono anche le province in cui si concentra la maggior parte della popolazione straniera residente sul territorio regionale. Ma l'aspetto sicuramente più caratterizzante è la più elevata presenza di cinesi residenti, rispetto al complessivo degli stranieri, nelle province centro-orientali dell'Isola, e cioè la provincia di Caltanissetta, quella di Enna e quella di Catania, province in cui è più presente un tessuto economico legato al commercio.

Che la migrazione cinese sia una migrazione che presenti elementi di discontinuità rispetto a quella proveniente dalle altre parti del globo, come quella Africana per esempio, è anche testimoniato dalla bassa presenza di cinesi nella provincia di Ragusa, la cui forte connotazione agricola ha sempre comportato un'alta presenza di popolazione straniera impiegata come manodopera nei campi.

Alcune riflessioni sul modello imprenditoriale cinese in Italia

La tendenza a formare comunità concentrate su un territorio piuttosto limitato mette in evidenza un aspetto caratterizzante della mobilità economica e sociale dei cinesi, ovvero la tendenza a creare micro comunità capaci di essere autosufficienti e non dover ricorrere ai servizi o ai beni erogati da altre comunità.

I cinesi hanno sempre vantato un'antica tradizione di commercianti, col tempo, però, una volta stabilizzati all'interno di un territorio, hanno anche saputo provvedere all'auto-produzione dei beni che poi destinavano alla vendita.

Il loro modello economico può essere assimilato a quello tipico dell'economia etnica

(Ceccagno, 2002), intendendo in questo modo, non una economia chiusa, ma un'economia che si basa in maniera esclusiva su fattori della produzione provenienti dalla stessa Cina. Infatti le imprese cinesi (Ma Mung, 1992), non solo quelle operanti in Italia, sono interamente costituite da Cinesi, i quali, non solo ne sono i proprietari, ma tendono ad assumere solo manodopera cinese, ad approvvigionarsi di materia prima spesso solo cinese. Bisogna anche considerare, però, che tale attività viene svolta tessendo una rete di relazioni con altre imprese, anche italiane, che spesso sono i primi committenti delle imprese cinesi.

Tale tendenza a impiantare nel Paese di arrivo un modello auto-imprenditoriale sembra essere una caratteristica tipica di tutti i gruppi di migranti cinesi.

Tale caratteristica sembra essere derivate anche dal fatto che gran parte dei migrati cinesi proviene all'area dello Zhejiang (Tassinari, Tomba, 1996), una regione orientale e affacciata sull'oceano Pacifico che confina a Nord con la municipalità di Shanghai, che vanta una tradizione diffusa all'auto-imprenditorialità.

Alcuni autori (Kwok Bun, Chiang See Ngoh, 1996) hanno inoltre evidenziato come all'estero il forte familismo imprenditoriale che caratterizza la popolazione cinese sia spinto dalla percezione che essi hanno della famiglia come unica forma imprenditoriale e soprattutto sulla certezza di poter contare su ogni membro della famiglia come unità lavorativa disposta ad essere scarsamente remunerata e a sostenere ritmi di lavoro molto lunghi e intensi.

Tale caratteristica è ampiamente sfruttata da alcune imprese italiane che spesso affida alle imprese cinesi parti del proprio processo di produzione, in outsourcing, riuscendo così a contenere i costi di produzione evitando allo stesso tempo un irrigidimento della loro struttura produttiva (Ceccagno, 1999).

Ma come specificato, gli imprenditori cinesi tendono a realizzare la propria produzione attingendo alla manodopera cinese, l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro viene regolata dai *laoban* (il datore di lavoro), che non si limita solo ad offrire un'opportunità lavorativa, ma pre-organizza l'arrivo del migrante cinese consentendo subito l'ingresso in un contesto lavorativo.

Il *laoban*, soprattutto per i clandestini, è molto più di un semplice datore di lavoro o intermediario. Infatti, in molti casi, l'accordo per svolgere un lavoro contiene condizioni accessorie che in altri casi potrebbero essere definiti "benefit aziendali" come un alloggio e il vitto – anche se poi l'alloggio è spesso lo stesso fabbricato dove si svolge l'attività produttiva –, un consistente aiuto a regolarizzare la propria posizione ed eventualmente ad organizzare il ricongiungimento familiare – che spesso vuol dire altra manodopera – e a gestire per conto suo tutte le altre procedure burocratiche che spesso costringerebbero l'immigrato a dover imparare la lingua Italiana, mentre così l'immigrato, vivendo e lavorando nello stesso contesto ha, spesso, rapporti molto limitati con il mondo esterno.

Circa gli aspetti più direttamente legati alla produzione, come ampiamente risaputo, le attività che vedono coinvolti gli imprenditori cinesi sono quelle della produzione di beni a basso valore aggiunto, spesso del "pronto moda", e l'import di una serie di prodotti fabbricati in Cina e commercializzati in Italia.

In molti casi l'avvio di una attività imprenditoriale nel "pronto moda", però, nasconde delle doti spesso trascurate quando si parla di questo settore: la disponibilità di un piccolo capitale iniziale necessario ad acquisire tutte le attrezzature per avviare la produzione e la conoscenza della lingua necessaria per intrattenere i rapporti con i committenti italiani.

Altri aspetti che invece tornano più spesso alla ribalta, sono la concorrenza sleale e la produzione, importazione e commercializzazione di prodotti falsi, ponendo la questione come una contrapposizione tra le imprese legali italiane e quelle illegali cinesi.

La realtà è però molto più complessa e articolata su diversi piani. Infatti, esiste un piano di concorrenza tutto cinese fatta dalla concorrenza stessa che le imprese cinesi operanti sul

territorio italiano si fanno tra di loro, cercando di produrre a prezzi sempre decrescenti il che costringe a turni di lavoro molto più lunghi, oppure, ad una riduzione del costo della forza lavoro quasi sempre pagata a cottimo.

L'altro aspetto è quello già accennato dall'affidamento, in outsourcing, di produzioni di aziende Italiane, ad aziende cinesi. In questo caso è la stessa azienda italiana che sfrutta il vantaggio, illegale ma competitivo, della contraffazione o dell'utilizzo di materie prime non di qualità, per produrre a prezzi più bassi alimentando la domanda di produzione delle imprese cinesi.

Proprio per le caratteristiche descritte e per il tipo di settore che non ha potenzialità di sviluppo per la tipologia di prodotto a basso valore aggiunto, le imprese cinesi hanno un alto tasso di mortalità ed una durata media non superiore ai tre anni.

Conseguenza, ma soprattutto determinate di ciò è che i *laoban*, in realtà, non sono imprenditori abituati a ragionare in contesti competitivi ma piuttosto artigiani e ciò li rende impreparati nella gestione della crisi aziendale e le uniche leve su cui sanno intervenire è l'utilizzo della forza lavoro familiare a basso costo, mentre sconoscono altri aspetti come l'innovazione di prodotto o di processo.

La realtà economica cinese, in Italia, sembra in parte riproporre gli stessi schemi di funzionamento cinesi: utilizzo della manodopera in maniera intesa e quindi produzioni a bassa intensità di capitale proprio per poter tenere i costi di produzione bassi ed eventualmente comprimerli ancora di più quando è necessario, e quindi produzione a basso valore aggiunto. Il modello produttivo cinese è quindi ancora un modello piuttosto arretrato e scarsamente orientato alla produzione ad alto valore aggiunto e all'innovazione, aspetti questi peculiari per consentire, al di fuori dei confini cinesi, la continuità aziendale.

Una ricerca psicologica: i pregiudizi dei cinesi

Sulla base di tali conoscenze, la Cattedra di Psicologia di Comunità dell'Università degli Studi di Palermo in collaborazione con l'Associazione Empowerment Sociale, ha promosso una ricerca di tipo esplorativo che ha indagato gli effetti del pregiudizio e del metastereotipo sulle emozioni e sulle intenzioni di contatto con i siciliani in un gruppo di cinesi residenti nelle province dell'isola.

Sono stati coinvolti 1820 soggetti attraverso la somministrazione di un questionario, fra essi sono stati poi individuati 602 soggetti (273 uomini, 329 donne) che hanno ottenuto un punteggio superiore alla media teorica della scala sul pregiudizio. I soggetti sono autoselezionati attraverso le scuole elementari e medie e le associazioni di immigrati cinesi, per questo motivo il campione non può essere considerato rappresentativo della popolazione cinese in Sicilia. Gli strumenti utilizzati sono stati:

la scala di Pettigrew e Meertens (1995) (20 items, punteggio su scala Likert a cinque punti, α di Cronbach=.89);

una scala sulla preoccupazione per la valutazione ("Quanto è importante per te l'immagine che i siciliani hanno dei cinesi?" - 1=nessuna importanza, 6=molta importanza)

e il valore del meta-stereotipo ("Quale credi sia l'immagine che i siciliani hanno dei cinesi?" - 1=molto negativa, 6=molto positiva — Klein, Azzi, 2001);

una lista di emozioni legate ai siciliani (7 negative: odio, fastidio, repulsione, insicurezza, diffidenza, rigetto, rabbia; 7 positive: attrazione, allegria, compassione, ammirazione, stima, solidarietà, aiuto — Dovidio et al. 1996) [α di Cronbach=.83 1=nessuno, 6=pienamente];

una scala sulla disponibilità al contatto ("A che livello saresti disposto ad avere contatti con i siciliani?" - 1=nessuna disponibilità, 6=piena disponibilità);

una scheda socio-demografica.

Analisi dei dati

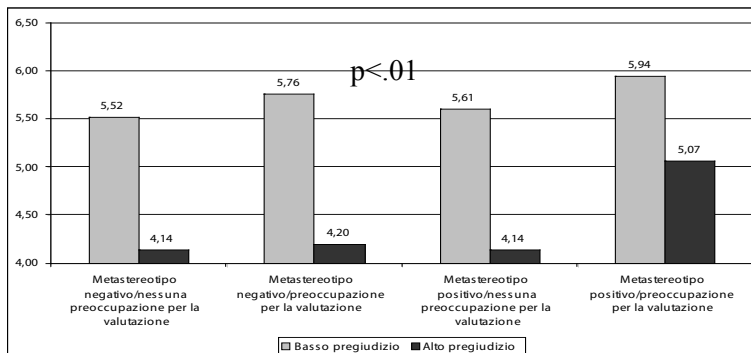
Per l'analisi dei dati è stato utilizzato un disegno fattoriale con tre variabili indipendenti: livello di pregiudizio, preoccupazione per la valutazione e valore del meta-stereotipo; e per esse è stata realizzata una ANOVA.

Emozioni positive. L'ANOVA ha mostrato un effetto principale del livello del pregiudizio $F(1,584)=135.06$, $p<.001$. I soggetti con un pregiudizio basso mostrano più emozioni positive nei confronti dei siciliani ($X=3.46$) di quelli che hanno un pregiudizio più alto ($X=2.5$). Un secondo effetto principale per quel che riguarda la preoccupazione della valutazione $F(1,584)=46.67$, $p<.001$, che i cinesi più preoccupati della valutazione dei siciliani hanno maggiori emozioni positive ($X=3.25$) di quelli che sono meno preoccupati ($X=2.71$). Infine un terzo effetto principale è stato rilevato per quanto attiene il metastereotipo $F(1,584)=8.73$, $p<.01$, a conferma che i soggetti con metastereotipo positivo hanno maggiori emozioni positive ($X=3.11$) di quelli con un metastereotipo negativo ($X=2.86$).

Emozioni negative. Anche in questo caso l'ANOVA ha mostrato un effetto principale del livello di pregiudizio $F(1,591)=162.8$, $p<.001$: i soggetti che hanno un basso pregiudizio mostrano meno emozioni negative ($X=1.74$) di quelli con un alto pregiudizio ($X=2.83$). Anche nel caso della preoccupazione per la valutazione dei siciliani è stato rilevato un effetto principale $F(1,591)=11.83$, $p<.001$: i cinesi che si preoccupano di più della valutazione da parte dei ciliari hanno meno emozioni negative ($X=2.14$) di quelli che se ne preoccupano meno ($X=2.43$). Infine, l'effetto principale sul metastereotipo $F(1,591)=7.63$, $p<.01$, conferma che i soggetti che hanno un metastereotipo positivo hanno meno emozioni negative nei confronti dei siciliani ($X=2.17$) rispetto ai cinesi con un metastereotipo negativo ($X=2.4$).

Disponibilità al contatto con i siciliani. I cinesi che hanno un basso livello di pregiudizio, secondo l'ANOVA che ha mostrato un effetto principale $F(1,599)=161.89$, $p<.001$, hanno una maggiore disponibilità al contatto ($X=5.7$). Un effetto principale per quanto concerne la preoccupazione per la valutazione dei siciliani $F(1,599)=13.81$, $p<.001$, mostra che i soggetti più preoccupati della loro valutazione hanno maggiore disponibilità al contatto ($X=5,25$). Infine che l'effetto principale sul metastereotipo $F(1,599)=7.86$, $p<.01$ mostra che i cinesi con metastereotipo positivo hanno maggiore disponibilità al contatto con i siciliani ($X=5.19$). In questo caso è possibile anche mostrare un effetto di interazione fra livello del pregiudizio, valore del metastereotipo e preoccupazione per la valutazione $F(1,599)=3.53$, $p<.05$ (il Grafico 3 include le medie di queste interazioni): come si può vedere i cinesi più preoccupati di avere un contatto con i siciliani sono anche quelli che hanno un metastereotipo positivo ed una maggiore preoccupazione per la valutazione.

Grafico 3 – Confronto fra le medie.



Una considerazione

La ricerca confermerebbe le ipotesi che un basso pregiudizio favorisca emozioni positive e intenzioni di contatto e che i cinesi – in quanto gruppo fortemente chiuso – spesso rinuncino ai contatti con i siciliani nutrendo nei loro confronti un alto pregiudizio ed emozioni negative.

Nel corso dei circa vent'anni di presenza in Italia, i nuovi migranti cinesi sono andati differenziandosi gli uni dagli altri tanto da dare vita ad una comunità che è sempre più complessa ed articolata, fatta di persone che godono di livelli differenziati di inserimento linguistico, lavorativo, economico e sociale nella realtà in cui abitano.

Quando si parla di seconda generazione, si ha in realtà in mente situazioni tra loro diverse. Vi è da un lato la seconda generazione 'nativa' o 'primaria', quella cioè composta da minori nati in Italia che, quindi, fin dalla nascita hanno sviluppato i loro rapporti con l'ambiente sociale circostante; vi è poi la seconda generazione cosiddetta 'impropria', cioè quella composta da minori che sono nati in un altro paese e sono emigrati in un'età fra uno e sei anni, per cui iniziano nel paese di emigrazione il loro ciclo scolastico. Quando un minore arriva nel paese di emigrazione interrompendo il ciclo scolastico o dopo averlo completato nel paese di origine, si parla di seconda generazione 'spuria': in termine di età, si fa riferimento soprattutto alla fascia d'età compresa fra gli undici e i quindici anni, intendendo con questo che i meccanismi fondamentali di socializzazione hanno già sviluppato la loro azione in un contesto sociale e culturale diverso da quello attuale.

I giovani cinesi sono maggiormente scolarizzati dei loro genitori e in generale possono contare su competenze linguistiche e livelli di familiarità con il territorio e le sue norme culturali che non hanno equivalente tra gli adulti.

In questa seconda generazione si dovrà lavorare per ridurre un pregiudizio che spesso è separazione ed incomunicabilità

Riflessioni conclusive

Nella comunità cinese vi sono giovani che vivono in famiglie agiate, magari con contatti familiari ed amicali in tutta Europa oltre che in Cina, che parlano un ottimo italiano, che studiano all'università e che si sono recati in paesi anglosassoni per studiare la lingua inglese e sono quindi all'altezza degli altri giovani rampolli della diaspora che si assicurano un curriculum che permetta loro di accedere a posizioni lavorative a livello internazionale. E vi sono giovani cinesi approdati da poco in Italia, in attesa di accedere alla regolarizzazione, spesso vittime di abusi e speculazioni da parte di italiani e cinesi.

Sono giovani che non parlano una parola della lingua italiana e che percepiscono che il loro sogno di diventare lavoratori in proprio, anche a livelli modestissimi, difficilmente si avvererà. L'unica cosa che questi due tipi di giovani cinesi hanno in comune è l'accesso a una dimensione internazionale legata alla loro condizione di migranti, alla diffusione della diaspora cinese in tutta l'Europa e alla crescente presenza e importanza della Cina nel contesto internazionale.

Un importante elemento che comunque bisogna sempre tenere sotto controllo è quello del contesto sociale e familiare in cui gli adolescenti cinesi vivono. In tutte le comunità cinesi è forte un senso di insicurezza, legato a diversi fattori, dalla rivalsa nei confronti delle proprie famiglie fino ad un bisogno di integrazione sociale che fa loro dimenticare perfino la lingua madre.

Bambini e ragazzi, inoltre, fungono quotidianamente da interpreti per le famiglie, che dipendono da loro anche per le pratiche burocratiche di ordinaria amministrazione. La conseguenza più grave di ciò è che si capovolgono i ruoli gerarchici interni alla famiglia, fatto che aumenta tra gli adolescenti l'insicurezza e in certi casi sfocia nell'abbandono scolastico.

Nei molti paesi toccati dalla diaspora cinese, il numero di ragazzi di questa etnia che portano a termine con successo gli studi superiori o addirittura universitari è piuttosto elevato, anche quando si tratta della prima generazione di emigranti, cioè di bambini che sono nati

in Cina e che sono arrivati nel paese d'accoglienza all'inizio degli studi o a studi avviati. In Italia, invece, i primi allievi di origine cinese che arrivano alle scuole superiori sono percentualmente pochissimi e nella maggior parte dei casi abbandonano gli studi durante i primi mesi dell'anno.

Le condizioni di vita della famiglia incidono anche in altri modi sullo sviluppo, sulla socialità, sulla costruzione dell'identità e sul successo scolastico dei figli; dalla famiglia i ragazzi assorbono modelli di riferimento che strutturano l'orizzonte dei valori di base.

In alcuni casi, la famiglia sembra costituire un ambiente tutto sommato poco accogliente e distratto, dove gli incontri sono rari, brevi, ridotti all'essenziale, un ambiente dal quale raramente si ricavano indicazioni di vita, soprattutto nella delicata fase dell'adolescenza. Questo avviene per una varietà di ragioni. Perché i genitori spesso mancano degli strumenti e delle cognizioni per aiutare i figli: non conoscono il sistema scolastico italiano, non sanno leggere adeguatamente il contesto nel quale sono inseriti e quindi non sono in grado di capire quali percorsi siano più indicati per i figli. Molti genitori cinesi vedono la scuola come l'istituzione che si fa carico in maniera prevalente se non totale del compito di impartire valori e regole ai ragazzi. Questi genitori quando portano a scuola i figli operano una delega totale nei confronti della scuola, e si aspettano che ogni difformità dai valori e dalle regole che i ragazzi dovrebbero introiettare debba essere affrontata e risolta dalla scuola e non all'interno della famiglia. Queste aspettative in parte coincidono con modi prevalenti di percepire l'istituzione scolastica in Cina; in parte vengono accentuate da quei genitori che per basso livello culturale e/o perché pressati dalle condizioni di vita e di lavoro non riescono ad occuparsi in prima persona e con assiduità dell'educazione dei figli.

Talvolta invece i genitori pensano di non disporre di strumenti conoscitivi e di non essere quindi in grado di indirizzare i figli con la necessaria autorevolezza; ciò sta ad indicare come in alcuni casi emerga una percezione di inadeguatezza dei genitori che potremmo definire la 'percezione di inadeguatezza del migrante', di chi cioè, consapevole dei limiti che gli impone la condizione di migrante, ritiene di non incidere abbastanza sulla realtà, compresa quella della sua propria famiglia, anche quando le cose non stanno così.

In un contesto in rapida evoluzione, però, le aspettative dei genitori e dei figli finiscono sempre più per divergere: come spesso accade per la seconda generazione, e per quella cinese in particolare, non tutti i ragazzi hanno spinte sufficienti per desiderare di emulare i genitori, prospettando per se stessi lo stesso futuro di privazioni e di accumulazione di denaro. Inoltre l'equazione semplicistica di tanti migranti di prima generazione che prevedeva che i figli si sarebbero integrati con facilità nel nuovo contesto perché hanno accesso alla lingua italiana appare in tutta la sua ingenuità ai figli che si percepiscono invece, nella maggior parte dei casi, come destinati a non uscire dalla comunità, e questo non certo per loro scelta. Di conseguenza, quindi, per questi giovani cinesi il presente sembra essere il portato di una condizione di attesa, di passaggio, il prodotto di un tempo di vita che percepiscono come zona franca, più o meno come succede per i giovani italiani. Ma ciò che sembra distinguere nettamente la percezione del presente presso i ragazzi cinesi rispetto ai ragazzi autoctoni sembra essere la percezione che questo tempo sia l'unico disponibile lungo l'intero arco dell'esistenza per sfuggire al destino di isolamento etnico e alla prospettiva di seguire le strade dei genitori. Questa consapevolezza di abitare per poco tempo una zona franca e carica di potenzialità, tuttavia, invece che avere come conseguenza un giovanile attivismo eccitato che cerca sbocchi e opportunità, sembra risolversi al contrario (prevalentemente) in un immobilismo pressoché totale.

La scuola potrebbe essere il punto di riferimento e valorizzazione dei giovani di seconda generazione e l'ambito in cui stemperare il clima poco rassicurante che i ragazzi vivono in città facilitando la socializzazione con il gruppo dei pari autoctoni. Ma la quantità di impegni, richieste e aspettative che vengono riversate sulla scuola in tema di migrazioni e ripercussioni

sociali di questo fenomeno appaiono davvero soverchianti. L'impegno appare ulteriormente oneroso se si tiene presente che la scuola italiana opera perlopiù in condizioni di mancanza di fondi e di competenze adeguate.

Dalle politiche degli anni passati si è ereditato un alto numero di ragazzi cinesi iscritti ad anni scolastici molto indietro rispetto a quello di appartenenza per età; nonostante la legge lo permetta, nessuno dovrebbe essere iscritto a classi di oltre un anno indietro rispetto a quello di appartenenza per età, perché al di là delle competenze linguistiche è fondamentale rispettare nei ragazzi la crescita complessiva. Con la motivazione che frequentando le scuole per un maggiore numero di anni i bambini possono imparare meglio l'italiano, sussiste una certa tendenza a tenere i bambini cinesi almeno due o più classi indietro rispetto alla loro età. Ma i problemi di inserimento e di socializzazione diventano sempre più pesanti con l'aumentare dell'età e determinano un forte abbandono allo scadere dell'età dell'obbligo. Molti dei ragazzi troppo grandi si ritirano alla vigilia dell'esame di terza media, non sopportano lo stress di correre il rischio di fallire, consci dei propri limiti linguistici e delle difficoltà di esposizione anche in materie extralinguistiche. Il senso del ridicolo, poi, li colpisce durante l'anno scolastico quando si tratta di materie quali disegno, musica, ginnastica, tecnica, che sembrano loro infantili o in cui provano vergogna a misurarsi con compagni di classe più piccoli: per un ragazzo di quindici anni è spesso insostenibile l'idea di poter subire un'umiliazione di fronte ad un ragazzino di undici anni. Gli insegnanti, non abituati ad avere differenze di età così elevate fra i loro allievi, faticano a riconoscere in questo problema l'origine di un atteggiamento poco positivo degli allievi cinesi nei confronti di materie da loro considerate un po' futili per la quotidianità della vita quasi da adulti che fanno. Un ulteriore elemento per capire il ritardo scolastico viene anche da un atteggiamento frequente fra i genitori cinesi, che a loro volta sottovalutano la tensione psicologica dei figli. Molti genitori richiedono pressantemente che questi vengano trattenuti alle scuole elementari per avere il tempo di acquisire il bagaglio linguistico indispensabile per proseguire poi con successo gli studi.

Un elemento di quello che potremmo definire "pregiudizio del migrante" è individuabile nel fatto che molte famiglie hanno poi cominciato a rimandare in Cina i propri figli per proseguire gli studi. Ciò è reso possibile dal fatto che in Cina i figli degli emigranti non sono soggetti alle stesse regole dei coetanei che non hanno i genitori all'estero e possono quindi frequentare le scuole anche se appartengono a famiglie numerose. La scelta di rimandare nella madrepatria i figli, dimostra, ancora una volta il desiderio dei genitori di garantire loro il successo scolastico sino ai livelli più alti.

Quello che non sanno i genitori cinesi che rimandano in patria i figli, è che i titoli di studio che questi conseguiranno in Cina non avranno valore in Italia, se le legislazioni correnti non cambiano, dato che ad oggi non è prevista l'equipollenza dei titoli di studio cinesi con quelli italiani. Un quadro su quale nel futuro sarà necessario lavorare con ricerche-intervento mirate.

Bibliografia

- Campani, G., Carchedi, F., Tassinari, A. (a cura di) (1994). *L'immigrazione silenziosa. Le comunità cinesi in Italia*. Torino: Fondazione Giovanni Agnelli.
- Ceccagno A. (2002). Prime Riflessioni sulla Mobilità Economica e Sociale dei Cinesi a Prato. *Atti Del Pomeriggio di studio l'imprenditoria degli immigrati cinesi "Conoscere per capire": l'immigrazione e l'imprenditoria cinese a Vicenza e in Italia*, 5 marzo 2002.
- Ceccagno, A. (a cura di) (1997). *Il caso delle comunità cinesi. Comunicazione interculturale ed istituzioni*. Roma: Armando.
- Ceccagno, A. (a cura di) (1998). *Cinesi d'Italia. Storie in bilico tra due culture*. Roma:

Manifestolibri.

- Ceccagno, A. (a cura di) (1999). Nei-Wai: interazioni con il tessuto socioeconomico e autoreferenzialità etnica nelle comunità cinesi in Italia. *Mondo cinese*, 101, maggio-agosto.
- Cologna, D. (a cura di) (2002). *La Cina sotto casa. Convivenza e conflitti tra cinesi e italiani in due quartieri di Milano*. Milano: Franco Angeli.
- Favaro, G., Fumagalli, M. (a cura di) (2004). *Capirsi diversi*, Roma: Carocci editore.
- Kwok Bun C., Chiang See Ngoh C. (1996). Valori culturali e imprenditoria degli immigrati: i cinesi a Singapore. *La critica sociologica*, 117-118, 39-53.
- Lavanco, G., Novara, C. (2006, 2nd ed.). *Elementi di psicologia di comunità*. Milano: McGraw-Hill.
- Losi, N. (a cura di) (2000). *Vite altrove: migrazione e disagio psichico*. Milano: Feltrinelli.
- Ma Mung, E. (1992). Dispositif économique et ressources spatiales: éléments d'une économie de diaspora. *Revue Européenne des Migrations Internationales*, VIII, 3, 186-187.
- Negrini, A. (a cura di) (1997). *Migrazioni in Europa e formazione interculturale. L'educazione come rapporto tra identità e alterità*. Bologna: E.M.I.
- Pettigrew, T.F., Meertens, R.W. (1995). Subtle and blatant prejudice in Western Europe. *European Journal of Social Psychology*, 25, 57-75.
- Pinto Minerva, F. (a cura di) (2002). *L'intercultura*. Roma-Bari: Laterza.
- Sarason, S.B. (1974). *The Psychological Sense of Community: Prospect for the Community Psychology*. San Francisco: Jasssey-Bass.
- Seifert W. (1997). Occupational and Economic Mobility and Social Integration of Mediterranean Migrants in Germany. *European Journal of Population*, 13, 1-16.
- Tassinari A., Tomba L. (1996). Zhejiang - Pechino e Zhejiang - Firenze. Due esperienze migratorie a confronto. *La critica sociologica*, 117-118, 27-38.
- Taylor, C. (a cura di) (1998). *Multiculturalismo*. Milano: Feltrinelli.
- Thomas, W. I. (a cura di) (1928). *The Child in America*. New York: Knopf.
- Vorauer J., Hunter A.J., Main K. J., Roy S.A. (2000). Meta-Stereotype Activation: Evidence from indirect Measures for specific Evaluative concerns Experienced by Members of dominant Groups in intergroup Interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 690-707.
- Wells J. (1996). Labour migrant and international construction. *Habitat Intl*, 2, 295-306.
- Zincone G. (2007). Ineguali opportunità per ineguali stranieri. *Lavoce.info*, 26 febbraio 2007.

Sperimentazione di un intervento di assistenza domiciliare post-partum per le donne immigrate

*E. Forcella^{a,b}, M. Affronti^c, S. Asole^b, G. Baglio^{a,b}, Salvatore Geraci^d, Elisabetta Giorgi^e,
Patrizia Madoni^f; L. Mondo^g, M.G. Pellegrini^h, R. Rusciani^g, M. Sartoriⁱ, A. Spinelli^{a,b}*

^a Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Reparto Salute della donna e dell'età evolutiva, Istituto Superiore di Sanità, Roma

^b Laziosanità, Agenzia di Sanità Pubblica della Regione,
AO Tutela della Salute della Donna e del Bambino, Roma

^e Servizio di Medicina delle Migrazioni, Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "P. Giaccone", Palermo
^d Area Sanitaria Caritas, Roma

^c Coordinatrice aziendale delle ostetriche, ASL RMB, Roma

^f ASL Città di Milano, Servizio Famiglia Infanzia Età Evolutiva

^g Servizio Regionale di Epidemiologia ASL TO3 Regione Piemonte

^h Fondazione Internazionale Fatebenefratelli, Roma

*ASL TO3 Regione Piemonte

La salute riproduttiva rappresenta un'area critica della salute degli immigrati: le donne straniere provenienti da Paesi a forte pressione migratoria (Pfp) che partoriscono nel nostro Paese mostrano un rischio più elevato di esiti negativi alla nascita e maggiori difficoltà nell'assistenza in gravidanza. La fase del puerperio rappresenta una condizione particolarmente vulnerabile per la coppia madre-bambino. A partire da tali criticità, Laziosanità-Agenzia di Sanità Pubblica della Regione sta coordinando, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, un progetto per la sperimentazione di un intervento di assistenza domiciliare post-partum per le donne immigrate.

Il progetto, condotto in Piemonte, Lombardia, Lazio e Sicilia, ha come obiettivo principale quello di sperimentare un intervento di assistenza post-partum per le donne straniere, basato sulla presa in carico delle puerpere e in particolare sull'offerta di una visita domiciliare ostetrica a 7-10 giorni dal parto. Obiettivi specifici sono: a) raccogliere informazioni sulla salute della popolazione immigrata nella fase perinatale e sui maggiori problemi per l'accesso ai servizi sanitari; b) valutare l'impatto dell'intervento di assistenza proposto sulla salute delle donne immigrate e dei loro bambini.

La popolazione in studio è costituita da donne immigrate provenienti da Pfp che hanno partorito, in un determinato periodo, presso gli ospedali selezionati nelle 4 regioni partecipanti al progetto. Le donne vengono arruolate al momento della dimissione ospedaliera e attribuite a due diversi gruppi: intervento e controllo. Al momento dell'arruolamento, a tutte le donne (intervento e controllo) viene somministrato un questionario. A circa 40 giorni dal parto tutte le donne ricevono una visita di controllo presso una struttura sanitaria. Ciò che contraddistingue i due gruppi è che solo le donne intervento ricevono una visita domiciliare da parte di un'ostetrica a circa 10 giorni dal parto (o, in alternativa, viene loro prenotata una visita gratuita presso il consultorio). Durante questa visita, le ostetriche valutano gli esiti di salute della donna e del neonato e forniscono indicazioni per la cura del bambino e della mamma; registrano l'eventuale insorgenza di problemi (sorveglianza attiva); valutano l'umore/depressione della mamma; osservano i neonati durante la poppata e forniscono eventualmente consigli per l'allattamento; indagano l'eventuale ricorso al pronto soccorso e il motivo dell'accesso; valutano il grado di conoscenza e orientamento rispetto ai servizi;

informano le donne circa la contraccezione da adottare in puerperio; forniscono indicazioni sui riferimenti territoriali e sulle opportunità assistenziali offerte agli immigrati dal SSN o da associazioni di volontariato, anche attraverso la consegna di materiale informativo.

Per valutare il modello di assistenza proposto, i due gruppi di donne (intervento e controllo) saranno confrontati in base a una serie di indicatori di esito di salute e di comportamenti assunti.

È stata condotta un'analisi preliminare su 204 donne, corrispondenti a circa il 20% del campione atteso: tale casistica non intende riflettere l'immigrazione femminile nel nostro Paese in quanto le donne sono state selezionate in base alla numerosità dei parti avvenuti nei centri partecipanti alla sperimentazione.

Un terzo del campione è composto da donne provenienti dall'Europa dell'Est (principalmente dalla Romania, che rappresenta da sola il 22%), dall'Africa (30%, in particolare dal Marocco e dall'Egitto), dall'Asia (25%) e dall'America Latina (12%). Si tratta per lo più di donne coniugate/conviventi con il partner in Italia (86%) e di casalinghe (48%). Quasi tutte (91%) sono in possesso di permesso di soggiorno, in particolare per motivi di ricongiungimento.

Per quanto riguarda l'intervento proposto (visita domiciliare gratuita da parte dell'ostetrica a circa 10 giorni dal parto), è stato accettato dalla maggioranza delle donne a cui è stato offerto (96%); tra queste, l'11% ha però preferito essere visitata presso una struttura sanitaria (consultorio o ospedale) piuttosto che ricevere in casa l'ostetrica.

È stato effettuato un confronto tra i due gruppi (99 donne appartenenti al gruppo "intervento" e 105 al "controllo") al momento della visita di controllo a circa 40 giorni dal parto per una prima valutazione del modello di assistenza proposto, in base ad alcuni indicatori relativi ai comportamenti assunti.

Solamente il 64% delle donne arruolate nella sperimentazione si è presentato alla visita di controllo, le restanti sono state intervistate telefonicamente. È risultato significativamente superiore il numero delle donne "intervento" che si sono presentate alla visita.

Per quanto riguarda il ricorso ai servizi sanitari, tra le donne in possesso di permesso di soggiorno, è emersa un numero maggiore di iscrizioni al pediatra di libera scelta nel gruppo "intervento"; tale differenza si mantiene statisticamente significativa anche dopo aver aggiustato per scolarità, occupazione, parità e motivo di soggiorno ($P < 0.0001$). Un numero significativamente superiore di donne "intervento" è a conoscenza dei tempi e delle modalità delle vaccinazioni.

I dati relativi all'allattamento mostrano che le donne "intervento" allattano esclusivamente al seno (a 40 giorni dal parto) in proporzione maggiore rispetto alle donne "controllo" (67% vs 56%), ma tale differenza non risulta significativa; le donne appartenenti al gruppo "intervento" lamentano inoltre meno difficoltà nell'allattamento (13% vs 27%) e tale differenza rimane significativa anche in seguito ad aggiustamento per parità, scolarità, occupazione e status giuridico.

Per quanto riguarda la contraccezione da adottare in puerperio, le donne "intervento" risultano aver ricevuto maggiori informazioni al riguardo (87% vs 42% dei controlli); mostrano maggiori conoscenze (l'86% sa di poter rimanere incinta anche allattando, in confronto al 46% delle donne "controllo") e pensano di utilizzare un metodo contraccettivo alla ripresa dei rapporti sessuali (71% vs 36%). Queste differenze, di conoscenza e atteggiamenti nei confronti della contraccezione, permangono statisticamente significative anche in seguito ad aggiustamento per scolarità, occupazione, parità e status giuridico.

Dall'analisi preliminare sembra emergere un impatto positivo dell'intervento proposto, in relazione alle conoscenze sui comportamenti favorevoli a una buona salute della mamma e del bambino e sulle opportunità di utilizzo dei servizi sanitari.

La medicina narrativa e i bambini

M. A. Muroi, F. Ena

Asl Sassari-Asl Olbia

Ho sentito parlare di medicina narrativa da Luisa, l'amica e collega che dirige l'ambulatorio degli immigrati a Sassari, Luisa mi parlava di come fosse importante lasciare che il paziente parli, che tutto quello che ci dice entri dentro di noi e ci attraversi lasciandoci diversi e un po' nuovi.

E i bambini? Come narrano le loro vicende? Il narrare accompagna la crescita dei bambini, leggiamo loro le storie sin da piccoli, e loro chiedono a noi di raccontarle; il mondo delle fiabe parla loro delle emozioni positive e negative che popolano il nostro mondo interno, parlano della rivalità tra fratelli, della gelosia verso le madri ed i padri, della paura di essere abbandonati, della paura della crescita. Attraverso la narrazione il sentire diventa più pensabile e tollerabile. I bambini chiedono di raccontarle e raccontarle ancora, un numero infinito di volte fino a ripeterle a memoria, ma in questo ripetere all'infinito vi è anche un assimilare ed un elaborare contenuti di sé.

Il mio lavoro coi bambini mi porta quotidianamente ad ascoltare le loro narrazioni, i bambini si raccontano in mille modi: attraverso il gioco, assisto ogni giorno a scontri epici dove ogni bambino affronta i suoi mostri e le sue paure e li rappresenta ripetutamente fino a che essi non sono chiari a me e a lui. Attraverso i disegni, dove il segno grafico si anima di colori diventando la raffigurazione di legami e relazioni interne. Altre volte sono gli stessi genitori la voce narrante dei bambini., attraverso loro raccolgo le storie, le vicende familiari, e spesso assisto ad una integrazione di registri comunicativi differenti.

Per le famiglie che vivono il progetto migratorio, la narrazione avviene diversamente a seconda del percorso in cui la famiglia si trova: agli inizi è di solito una narrazione concreta dove è più spesso il corpo a parlare, le famiglie portano la loro difficoltà di integrarsi nel nuovo anche attraverso una ricerca di cure e accadimenti fisici, non c'è spazio per la metafora e per l'elaborazione ancora. Il nuovo ha fatto irruzione e ha compenetrato ogni cosa, le esperienze pregresse sono invase da nuovi odori, sapori, idee, le memorie stesse sono a rischio di sfilacciamento e oblio.

La irregolarità della immigrazione agli inizi sembra stigmatizzare anche gli incontri: essi sono irregolari nella frequenza, anche la relazione è spesso saltuaria e incostante, complessa e in divenire.

Più avanti, quando la famiglia ha intrapreso un percorso di integrazione all'interno del nuovo, i bambini iniziano la scuola, le donne e gli uomini iniziano ad avere contatti e comprensione di ciò che li circonda, allora nasce una nuova possibilità di narrazione, allora la mente mostra una potenzialità descrittiva diversa che parla di una nuova costruzione identitaria dell'intera famiglia, costruita su momenti di crisi e su spinte evolutive importanti. La sfida è accettare il nuovo senza dimenticare il vecchio.

Porto la narrazione di due bambini, uno figlio di due genitori immigrati, e uno figlio di una coppia mista. Essi sono nati in Italia, e portati dalle loro famiglie per sintomi differenti, narrano entrambi attraverso il disegno i loro vissuti proponendo le tematiche migratorie di se stessi e dei loro genitori.

Francisco

Francisco è figlio di due genitori argentini, ha sei anni quando lo incontro per la prima volta. Entrambi i genitori sono di origine sarda, i loro bisnonni emigrarono in Argentina molti anni fa, loro si sono incontrati in Sardegna in occasione di un viaggio premio, organizzato per i

discendenti dei sardi da un circolo culturale argentino, Il viaggio aveva lo scopo di non far dimenticare la propria storia. Si sono incontrati ed innamorati e a coronamento dei loro sogni essi hanno poi scelto di vivere in Sardegna. Hanno avuto due figli ma è col secondogenito che sono sorti i problemi, il bambino è legato alla madre, ha delle vere e proprie crisi di ansia se lei lo lascia, richiede attenzioni e cure come fosse un bambino piccolo. Il linguaggio inoltre presenta delle imperfezioni, delle note dislaliche che lo hanno portato ad una logoterapia. E' appunto la logoterapiste a segnalare le difficoltà psicologiche di Francisco. Incontro il bambino per una valutazione psicodiagnostica. Da subito porta il problema della doppia identità ed appartenenza, si sente Argentino e vuole andare a vivere là " il mio posto è l'argentina -dice- Lo capisco più dell'italiano, lo sai che là io non sbaglio neanche una parola?" La terra di origine è rappresentata nel disegno come un castello, abbarbicato su una montagna, un posto ideale verso cui quattro stelle volano. In un altro incontro propone la storia di Gesù, anche lui è nato il 25 dicembre, e come lui è nato lontano da casa, i genitori hanno affrontato un viaggio faticoso, a Betlem, dice, per farlo nascere e poi sono tornati a Nazareth. Ora anche i suoi genitori sono venuti via dalla Argentina per farlo nascere qua e poi lui tornerà in Argentina, nella loro casa. Francisco sembra avere dentro di sé il mandato del ritorno e del recupero del passato. Il tema del recupero della memoria sembra emergere anche nella coppia dei genitori, sebbene in maniera molto differente. Negli incontri, mentre il padre propone un vissuto di perfetto adattamento, la madre mantiene una nascosta nostalgia, ha una costante preoccupazione per i propri genitori che ha lasciato oramai anziani, ma allo stesso tempo non riesce ad esprimere apertamente la propria ambivalenza rispetto al progetto migratorio intrapreso. Francisco diviene quindi in modo inconsapevole il portavoce della nostalgia materna, il ruolo che si è assunto è di supportare la parte fragile della madre a discapito della propria crescita.

Dopo alcuni mesi la madre parte in Argentina per accudire il padre, che si è ammalato, Francisco vive con dolore il distacco, ma gradualmente assistiamo ad una sua crescita e ad una acquisizione di maggiori autonomie, il rendimento scolastico migliora drammaticamente, anche il linguaggio appare più fluido e corretto. Sembra che libero dalle proiezioni materne abbia potuto in qualche modo integrarsi maggiormente e riattivare il suo percorso evolutivo.

Luisa

Luisa è una preadolescente figlia di una donna rumena e di un uomo italiano, di un paese dell'interno della Sardegna. La coppia si è costruita attraverso il bisogno. Il signor M. orfano di madre sin da piccolo, ha sperimentato ben presto una situazione di abbandono, è cresciuto in un Istituto poiché il padre non aveva i mezzi per sostenere il carico familiare. Questi si è poi risposato ma la nuova famiglia non ha mai restituito o riparato il fabbisogno affettivo. Dopo un fallimento scolastico si è rifugiato in campagna dove ha fatto il pastore per tutta una vita. Poche relazioni sociali, nessuna relazione affettiva importante. Ormai cinquantenne ha ricevuto da un compaesano l'invito a recarsi in Romania, là avrebbe trovato con facilità una moglie. Affronta il viaggio durante l'inverno e si scontra subito con la difficoltà del nuovo posto e con la realtà della situazione. Non si trovano facilmente le mogli ma solo ragazze disposte a fare un po' di compagnia. Si ammala e la padrona della pensione che lo ospita lo presenta ad una famiglia di sua conoscenza, viene accudito e all'interno di questa casa conosce una figlia di questi. La signora ha una buona cultura, è sempre stata curiosa del mondo ma la situazione economica in cui essi versano le ha sempre impedito di realizzare il suo sogno di cambiamento. Prova pena e tenerezza per questo uomo ammalato e sprovveduto, e si prodiga per aiutarlo. Tra i due nasce un rapporto fatto di gentilezza, e poco dopo lei raggiunge il signor M. in Sardegna e accetta di sposarlo. Tutto avviene in tempi brevi. Nasce

una bambina, e con questa nascita anche una serie di problemi. Lui propone un modello severo, fatto di privazioni economiche e di controllo sociale. Non vuole che la madre e la bambina vadano spesso in giro, pensa stiano facendo spese eccessive. Lei prova a ribellarsi e a proporre il suo modello più evoluto e paritario, ma tutto questo aumenta enormemente il conflitto. Si può forse ipotizzare che la relazione affettiva intensa ed esclusiva della madre con la bambina abbia riacutizzato un vissuto di esclusione di lui.

Luisa arriva alla nostra struttura subito dopo una drammatica separazione dei genitori, il padre ha più volte maltrattato la madre in sua presenza e le ha poi cacciate di casa. Attualmente la madre e la bambina vivono in un appartamento in un'altra città. Sono aiutate economicamente dal Servizio sociale e la signora è alla ricerca di un lavoro. Luisa viene segnalata dalla madre perché aggressiva, a casa è intrattabile, non le si può rivolgere la parola, lamenta inoltre cefalea, non ha relazioni amicali significative. La madre appare depressa e scoraggiata.

La consultazione parallela che facciamo con la madre con la bambina porta alla luce una forte delusione della madre: essa sente di aver fallito in qualche modo il suo percorso migratorio, non vorrebbe rimanere in Italia ma tornare in Romania, ben sapendo comunque che anche là troverà delle difficoltà.

La ragazzina appare durante i colloqui chiusa ad ogni tentativo di iniziare una relazione, racconta solo in modo frammentario della difficile situazione logistica e dello spostamento di città e di scuola, ha difficoltà con le compagne di classe, coi programmi scolastici. Sembra più che altro portare il tema dei genitori, quello di una integrazione impossibile. Se però appare riservata nell'eloquio è col disegno che manifesta il suo potenziale comunicativo. Disegna due isole, con due palme, il mare e ad unirle un sole. Commento di come lei abbia forse in questo modo voluto rappresentare i suoi genitori, le due isole appunto, che richiamano alla mente le isole dei naufraghi, e questo sole ponte che le unisce forse sta ad indicare la sua condizione, la funzione di scaldare ed unire queste due solitudini.

Conclusioni

Questo lavoro nasce dalla tesi del Master in Medicina della Cooperazione, effettuato presso la Università di Sassari, nell'anno 2007. Ho desiderato ripercorrere le esperienze maturate in questi anni di attività, di incontri, anni in cui sono stata spesso testimone di percorsi individuali e familiari unici e coraggiosi. Sono stati i bambini a parlare, a narrare le loro vicende familiari a volte dolorose, a volte terapeutiche per i loro stessi genitori. Lo spazio di accoglienza e di ascolto ha permesso loro la costruzione di uno spazio terzo, una terza riva di approdo, "altra" rispetto alla riva lasciata e a quella raggiunta. Mi fa pensare ad Ulisse e al suo approdo intermedio nella terra dei Feaci, in cui poter iniziare la narrazione del suo viaggio e delle sue esperienze. Ulisse riparte rinfrancato, e lascia i Feaci arricchiti di nuove emozioni. La medicina narrativa forse può essere questo, un modo di incontro e di ascolto tra uomini che provengono da esperienze e che hanno conoscenze differenti, utili gli uni agli altri.

L'incontro e la cura con donne cinesi migranti

G. Lesi

U.O. Consultori, Programma DIA- AUSL di Bologna¹

Oggi in Italia, migrano giovani donne che vengono da una Cina in grande trasformazione in cui convivono grandi aree rurali e grandi città modernissime. Le contraddizioni interne del paese si rispecchiano nella domanda di salute. Se l'accesso ai servizi sanitari del nostro paese è caratterizzato in senso occidentale, nella relazione terapeutica in ambulatorio emergono, però, di quando in quando, brandelli di conoscenze e richieste che molto hanno a che fare con la medicina cinese tradizionale o con usanze del paese d'origine. Sono domande espresse sottovoce, che richiedono una decodifica e soprattutto tempo e fiducia, perché la donna racconti di se della sua vita e delle sue aspettative

I sistemi di cura altri sono diffusi tra i migranti ed in particolare sono le donne portatrici di tradizioni relativamente alla cura di se dei figli e della famiglia. Alcune medicine tradizionali (una di queste è la Medicina Tradizionale Cinese) di altri paesi sono in uso tra la nostra popolazione e sottoposte al vaglio della ricerca scientifica per validarne l'uso nel nostro paese, secondo le indicazioni OMS: *"The scientific, safe and effective use of traditional medicine will certainly further promote the development of traditional medicine and traditional medicine will undoubtedly make more and more contributions to human health in the 21st century"* (Zhang Xiaorui WHO Coordination Officer december 2000(1,2)).

La relazione con i servizi, (contraccezione, IVG, gravidanza) è vissuta in modo uguale e diverso e questo gioco di opposti può essere difficile da interpretare.

Chi sono?

Questa comunità, a Bologna, è presente fin dagli anni '20 anche se oggi i nostri concittadini cinesi provengono quasi tutti da alcuni distretti rurali e dal capoluogo – Wenzhou – della provincia del Zhejiang, nella Cina centro-orientale. Se il capoluogo ha conosciuto negli ultimi venti anni un certo progresso, le aree rurali sono considerate ancora come culturalmente e economicamente piuttosto arretrate. L'ultimo decennio ha visto un forte incremento dell'immigrazione cinese verso l'Europa, un'immigrazione che ha forti peculiarità rispetto a quella di altre etnie: dalla Cina arriva qui solo chi può sostenere un progetto migratorio di lunga durata, che in genere prevede la creazione di un'impresa artigianale o commerciale. Emigra insomma chi ha saperi, mezzi e sostegno della famiglia, che è la base del sistema socio-economico delle comunità cinesi all'estero. L'investimento, non solo economico, è così alto che non permette di tornare indietro, e tutta l'intelligenza e la laboriosità della famiglia vengono assorbite nello sforzo di raggiungere il successo. Come un microcosmo in cui si riflette l'intera società cinese, la famiglia – di tipo patriarcale – è fondata su un preciso ordine gerarchico, che conferisce autorità prima agli anziani, poi ai giovani uomini e infine alle donne. L'armonia nelle relazioni interpersonali passa per il grande rispetto di quest'ordine. Valore fondante della famiglia per i cinesi è la pietà filiale dettata da Confucio. Enorme è il senso di responsabilità nei confronti degli antenati ed enorme lo sforzo di onorarli avendo successo negli affari e generando una prole numerosa. In un contesto migratorio, naturalmente questo sentire può provocare forti tensioni e grandi dilemmi: molte donne si sentono in dovere di dare un maschio all'anziano suocero che ha solo nipotine, ma al tempo stesso, non potendo permettersi un altro figlio, devono essere assolutamente sicure del sesso del feto. Una giovane coppia emigra in Italia e poco tempo dopo i genitori decidono di seguirla

¹ Ringrazio Simona Sgarzi (mediatrice di cinese) per le preziose informazioni relativamente agli aspetti storico culturali

perché rimasti soli: come dir loro che in Italia la Questura richiede agli stranieri di dimostrare un reddito molto alto per mantenere due persone a carico senza sembrare al contempo di non essere stati all'altezza delle aspettative e mostrarsi indegni dei propri genitori? Molto forte è quindi il senso della responsabilità di fronte al gruppo familiare, delle convenzioni sociali, del decoro personale come riflesso della propria dignità di membro di una comunità. I cinesi all'estero molto pragmaticamente tendono ad assumere costumi di vita (come l'abitudine a darsi subito un nome italiano) che formalmente li pongano in armonia con la società ospitante. Se il pensiero cinese, da un lato ha una forte connotazione morale, dall'altro è essenzialmente pragmatico e assolutamente sganciato da influenze religiose (in particolare, cattoliche), nelle idee di bene e di male o di vita e di morte e nelle scelte che ne discendono. Scelte che spesso in campo sanitario si pongono con grande drammaticità, la decisione di non proseguire una gravidanza, ad esempio, è gravata dalla consapevolezza di mancare a uno dei dettami più forti della morale tradizionale, pur se essa non ha nessuna connotazione religiosa, come in occidente.

La provenienza da un'area omogenea per tradizioni e cultura non impedisce però le differenze all'interno della comunità. Per ragioni socio-economiche, uomini e donne che in Cina erano contadini o impiegati, piccoli commercianti, insegnanti o addirittura quadri locali del PCC o militari, affrontano naturalmente con diversi strumenti e diverso atteggiamento una realtà così complessa come la nostra, e vi rispondono con diverse modalità di adattamento. Ad esempio i ragazzi nati negli anni '80, che hanno già una certa familiarità con la cultura occidentale, sono ormai molto lontani dai giovani uomini cresciuti durante la Rivoluzione culturale dei primi anni '70, in una situazione di grande isolamento internazionale per la Cina (3,4,5)

La medicina tradizionale cinese

È un corpus di conoscenze molto complesso e articolato, nei testi antichissimi che descrivono questo sapere si affronta il concetto di salute come armonia globale dell'individuo e con l'ambiente di vita. Vi sono, inoltre, molto presenti consigli sullo stile di vita e suggerimenti di medicina preventiva e le gravidanze ravvicinate e l'aborto ripetuto, sono più volte citati tra le cause di "disarmonia", quindi di malattia. Vi si trovano, numerosi consigli sull'alimentazione in gravidanza e in puerperio, insieme a prescrizioni erboristiche e dietetiche per favorire il benessere della mamma e del bambino.(5,6,7)

La salute riproduttiva

Lo Stato mette in atto un programma di pianificazione familiare e facilita l'uso dei metodi contraccettivi in molti modi: favorendo la contraccezione orale nelle donne giovani, lo IUD dopo il primo figlio e la diffusione dell'educazione sanitaria, a scuola. L'educazione, proveniente dalla famiglia, non è però in sintonia con l'azione dello Stato Cinese, essa si lega alla tradizione Confuciana, in cui i figli sono importanti, perché sono l'*onore degli antenati, in quanto garanzia di discendenza, perciò "più figli si fanno e meglio è"*. Come già detto, si tratta di un'educazione che non corrisponde al nostro concetto occidentale di religione, ma di un "culto della famiglia". Questa tradizione è più sentita nelle aree rurali, specie nei villaggi più isolati. La limitazione delle nascite è, viceversa, molto diffusa nelle città, dove la rete sociale è più coesa. Per una parte di queste donne rimane forte il legame alle cure tradizionali in cui il concetto di prevenzione relativo alla salute materno/infantile è fondamentale, ma difficilmente applicabile nelle prime fasi di migrazione, quando i ritmi di lavoro sono molto pressanti. Per quel che riguarda le scelte contraccettive, prevale senz'altro la richiesta di IUD che nella nostra esperienza è preferito alla pillola. Questa preferenza è correlata, al tipo di contraccettivi orali usati in Cina, che presentano effetti collaterali frequenti e alla diffidenza tradizionale verso le medicine "chimiche". Per ciò che riguarda l'IVG, come già accennato

esiste la consapevolezza di fare qualche cosa di sbagliato per la propria salute e di contraddire la tradizione familiare.

Gravidanza

Come per molte 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, in relazione prevalentemente a difficoltà di accesso e alla barriera linguistica. I controlli emato/chimici in gravidanza possono incontrare resistenze da parte della donna cinese sia per motivi culturali. (Secondo la tradizione, il sangue è elemento fondamentale per il buon andamento della gravidanza) sia per la diversità di organizzazione tra i servizi italiani e cinesi. Orientarsi nel nostro sistema sanitario è complesso e rappresenta una delle barriere principali all'accesso alle cure. Un esempio a questo riguardo è il percorso medico di base-visita specialistica-impegnativa-farmacia, percorso che in Cina si risolve tutto in ospedale, compreso l'acquisto dei farmaci. Tra i cinesi, solo gli abitanti delle città, abituati a una certa complessità e varietà delle strutture sanitarie, riescono in poco tempo a comprendere il nostro percorso, mentre agli altri l'apprendimento risulta faticoso e difficilmente gestibile.

Le modalità di lavoro possono essere un ulteriore ostacolo alle cure, ad esempio: una ragazza piuttosto timida chiede di essere seguita in gravidanza, insistendo moltissimo per essere subito visitata nonostante lo stato ancora iniziale di gravidanza e le buone condizioni generali. Successivamente, però, manca al secondo controllo e non si fa più viva per due mesi. Quando si ripresenta, ci dice di lavorare a Firenze in un ristorante e di dovere parecchio denaro al titolare, per cui rimanda il più possibile la richiesta di un permesso per le visite, considerando che deve ritagliarsi il tempo anche per i prelievi e le ecografie. In questo caso è stato necessario raggiungere una mediazione tra i protocolli e la realtà della donna.

L'alimentazione, specie durante la gravidanza, è fondamentale e per molte donne si fonda su principi diversi da quelli della dietetica occidentale. Gli alimenti sono raggruppati in categorie utili per curare le malattie in base alle caratteristiche del "sapore" o della "temperatura". Le categorie "freddo/caldo" non si riferiscono, però, alla temperatura reale, ma alla natura intrinseca del cibo, ad esempio, il latte è un cibo "freddo" e quindi non si usa nei disturbi dovuti al freddo. Nell'alimentazione delle donne cinesi, inoltre, mancano quasi completamente i derivati del latte, in relazione ad una caratteristica costituzionale, che ne ostacola la digestione (carenza di lattasi) (6,7).

La malattia come tabù

Esistono poi caratteristiche culturali, che possono rendere problematica la normale raccolta anamnestica, della prima visita. Spesso le storie cliniche sono, inizialmente, molto povere di informazioni, solo durante il secondo o terzo colloquio emergono dati rilevanti, perché è considerato inopportuno esporre i problemi di salute della famiglia, almeno fino a quando non s'instaura un rapporto di fiducia.

La comunicazione

In Ambulatorio, a volte il professionista può trovarsi a disagio, perché percepisce incongruenze tra la comunicazione verbale e corporea. Infatti laddove manca la lingua, a volte si tende a supplire con il non-verbale, che però è sempre necessario leggere in chiave culturale per evitare grossi fraintendimenti: in Cina, occhi bassi e tono sommesso indicano rispetto per l'interlocutore, mentre il sorriso e il riso non sono segnali di scherno, ma nascondono spesso situazioni molto complesse o imbarazzanti difficili da spiegare a noi italiani. Se si crea il giusto clima di accoglienza, non è infrequente che le donne più giovani chiamino, la mediatrice linguistico culturale, con l'affettuoso e rispettoso appellativo di "zia materna". A volte l'utente

viene accompagnata da una donna che già frequenta il Centro è da più lungo tempo in Italia: in questo caso, è suo il ruolo di “zia materna” e glielo si deve riconoscere, se nel colloquio si sente che però questa “zia” prevarica, confonde o semplicemente non è in sintonia con l’utente, è bene limitare il suo accompagnamento a questioni secondarie (comunicazione di indirizzi o appuntamenti etc.), in modo da non creare scontento o frustrazione in chi ha speso tempo e energie per l’accompagnamento, né imbarazzare l’utente che si era esposta in tale richiesta.

L’espressione del sintomo

Un punto saliente della comunicazione con la donna cinese, che richiede un ascolto attento e decodifica, nella quasi totalità dei casi, attraverso la mediazione culturale professionale, riguarda le modalità di espressione della malattia. Queste che alla medicina occidentale paiono metaforiche, secondo la tradizione cinese rimandano a una precisa sintomatologia. Se una donna dice “sono calda/sono fredda”, non parla di temperatura corporea ma di quel che in parallelo da noi rappresenta l’“essere riscaldati/essere raffreddati”, se dice “mi ha soffiato il vento” significa “ho preso un colpo d’aria”....

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, possa danneggiare la gravidanza e il bambino. La signora esprime così i suoi sentimenti di disagio per l’interruzione di gravidanza e un concetto preciso della Medicina Tradizionale, che considera l’aborto fonte di malattia, perché indebolisce l’energia dell’apparato urogenitale (rene). Il “freddo” diviene, così, metafora di un agente esterno, che penetrando nell’organismo, può danneggiare la salute della madre e del nascituro. Un’altra donna esprime la nausea gravidica, come “ho dei catarrhi in bocca”, utilizzando, una modalità d’espressione del sintomo legata alla sua tradizione culturale e quindi difficilmente decodificabile senza l’aiuto della mediatrice culturale e senza una particolare attenzione all’ascolto.

Una giovane mamma si presenta al Centro riferendo che la sua bambina rigetta tutto quel che mangia, latte materno – ormai pochissimo dice la mamma – o in polvere che sia. La pediatra si fa mostrare come la bambina mangia e notando che è un po’ “frettolosa” suggerisce di addensare il latte con della crema di riso. Alla terza visita ancora il problema persiste anche se la bambina ha un peso regolare e cresce bene. Indagando più a fondo, si scopre che l’idea di integrare i pasti col latte artificiale era stata della nonna in Cina, che avendo visto in foto una bimba “brutta e smagrita”, si era persuasa e aveva persuaso la nostra utente che il suo latte non era sufficiente (5)

Un caso di fraintendimento culturale

Una giovane donna di 32 anni, in Italia da un anno, conosce la lingua cinese e il dialetto regionale, è coniugata e il marito è in Cina con il figlio (esempio di migrazione al femminile dove sempre più le donne diventano l’apri-pista per la famiglia). Nel nostro paese è operaia, vive con la sorella e la cognata. La famiglia ha mandato lei per lavorare in Italia e ha investito su di lei denaro e prospettive future (senso del dovere nei confronti della famiglia, rispetto degli impegni e delle aspettative riposte in lei). Nessun problema di salute, riferito, salvo i cicli mestruali oligo-amenorroidici, una precedente gravidanza regolare. Quando si presenta al servizio, non ha mestruazioni da circa 6 mesi (questa data è poco prima della partenza per l’Italia), teme di essere in gravidanza, chiede IVG. La richiesta è formulata con un sorriso determinato, cortese e disarmante senza apparenti emozioni. La visita conferma una gravidanza, oltre il sesto mese...

Con l’aiuto della mediatrice informo la signora, la reazione è incomprensibile, come se non avesse capito mi ripete con lo stesso sorriso, che vuole interrompere la gravidanza. Dopo

alcuni colloqui su questo tono e dopo aver proposto soluzioni alternative (adozione, supporti alla nascita...), ci racconta finalmente la sua storia. Ci parla del senso dell'onore rispetto alla famiglia d'origine che ha investito quasi tutti i risparmi sul suo viaggio e del timore di tradire le aspettative riposte in lei. Ci parla delle diverse modalità dell'IVG in Cina (fino al 6 mese) e fatica ad accettare le leggi Italiane rispetto a questo. Di fronte a lei i professionisti del servizio, hanno avuto momenti di difficoltà a causa delle modalità comunicative: la ripetitività della richiesta di IVG, l'apparente mancanza di emozioni, l'incongruenza tra l'atteggiamento della donna e la comunicazione verbale, il sorriso, che in questo caso significa imbarazzo per il tema, molto intimo, di cui non è opportuno parlare in modo esplicito di fronte ad una persona fuori dalla famiglia e contemporaneamente rispetto per l'autorità, ovvero gli operatori del servizio.

Finalmente con l'aiuto della cognata, si confida con la mediatrice, comprendiamo il problema: il foglio era del marito rimasto in Cina, ma la lunghezza del viaggio (era arrivata via terra) e i cicli irregolari non le hanno permesso di rendersi conto della gravidanza e del periodo della stessa. Il figlio sarebbe desiderato, ma la famiglia aveva investito sulla sua migrazione e lei non può mancare al mandato. Alla fine, riusciamo attraverso la mediazione della cognata a convincerla a telefonare alla famiglia in Cina per informarli della gravidanza. La donna si rasserenava solo quando la famiglia dalla Cina la rassicurava e la incitava a proseguire.

Il problema comunicativo si ripresenta alla nascita del figlio, quando, al momento del riconoscimento in ospedale, le viene chiesto il nome del marito che lei non sa scrivere e con il solito sorriso, non risponde e cerca di prendere tempo. Tenta di dire che sta aspettando un fax dalla Cina, con il nome del marito e indicazioni dalla famiglia sul nome del bambino. La scelta del nome è una questione importante e squisitamente culturale. L'operatore, però, non capisce e interpreta la mancata risposta alla sua domanda e l'apparente distacco emotivo, come rifiuto del figlio e inizia le pratiche per l'esposizione. La signora, giustamente, preoccupata chiama la mediatrice, che chiarisce il problema e aggiunge un ulteriore elemento che spiega la confusione nei dati anagrafici del marito, la diversità del calendario cinese che è un anno indietro al nostro.

Per concludere

La migrazione è momento di rottura per il migrante, in questo caso per la donna, soprattutto se proviene da paesi culturalmente molto distanti dall'occidente. I protocolli diagnostico-terapeutici, validati attraverso la metodologia EBM, sono difficilmente applicabili perché quello che sarebbe meglio fare, in relazione alle evidenze scientifiche, si scontra con quello che la donna cinese migrante è in grado di fare (barriera linguistica, condizioni di vita, possibilità o meno di accedere ai servizi, regolarizzazione). L'analisi del contesto e l'ascolto della storia secondo le modalità della medicina narrativa, facilita la comprensione del problema e la ricerca di strategie che permettano di applicare linee guida riconosciute e condivise ai problemi di salute reali delle persone, siano esse cinesi o italiane.

Bibliografia

1. *O.M.S. Il ruolo delle medicine tradizionali nel sistema sanitario, valutazioni scientifiche e antropologiche.* Edizioni red 1984
2. [Http://www.who.int/medicines/areas/traditional/en/index.html](http://www.who.int/medicines/areas/traditional/en/index.html)
3. *Cinesi d'Italia. Storie in bilico tra due culture* Antonella Ceccagno Heini Huang Ed. Manifesto libri
4. *Il Caso delle Comunità Cinesi* Antonella Ceccagno Armando editore
5. *L'Albero della Salute -Laboratori pubblici -2003- La salute della donna e del*

bambino: visioni della Medicina Tradizionale Cinese esperienze dei servizi pubblici :

- “Esperienze di medicina integrata nei servizi sanitari pubblici per le donne cinesi e italiane nell'ambito della ASL Bologna”. Grazia Lesi
 - “La mediazione culturale cinese in ambito sanitario”, Simona Sgarzi
6. L’Albero della Salute–Laboratori pubblici -2002 La cura nelle società multiculturali: salute etica responsabilità politica Liu Ming
7. Il Drago e la Fenice *La nascita dei bambini cinesi a Reggio-Emilia*, Sun Shuyan, Marina Sparano, Laura Panna, Pieara Bevolo, Mara Manghi

Le emozioni che seguono l'evento possono essere talmente forti da ostacolare la ripresa di una vita normale e impediscono alla donna di parlarne: *rabbia prolungata, senso di vergogna e colpa, problemi sociali e relazionali o di rendimento sul lavoro, problemi sessuali, abuso di alcool e droga*(3,4,5). Spesso alcuni dei comportamenti, precedentemente citati, possono ridurre la credibilità della donna. Per le donne migranti l'ostacolo linguistico, la differenza culturale, la

maggior dipendenza dal partner, riducono ulteriormente le possibilità di comprendere. Il partner, specie se italiano, può avere comportamenti coerenti che suscitano negli operatori sentimenti di affidabilità, aggravando la situazione della donna. Esistono degli indicatori comportamentali che possono indurre a sospettare il maltrattamento o violenza: visite mediche frequenti e ripetute, ritardo agli appuntamenti, dimenticanza degli appuntamenti, fretta eccessiva e abbandono immotivato e precipitoso dell'ambulatorio sintomi di disagio psicologico o emotivo (nervosismi, soprassalti, pianti, inquietudine, disagio, imbarazzo, confusione, ansia e stati di depressione), incoerenza nel raccontare i fatti, rifiuto di spiegare l'origine delle ferite o dei sintomi, lungo intervallo di tempo tra l'incidente e la richiesta di cure, dipendenza assoluta dal marito in ambulatorio, (lo guarda prima di parlare). Spesso l'autore della violenza controlla continuamente la sua partner, anche durante le consultazioni, e chiede sempre di essere presente.

I sintomi della violenza

Recentemente alcuni lavori, sia in ambito nazionale sia internazionale, sottolineano l'associazione tra alcune patologie ginecologiche, ed episodi di violenza in atto o pregressa. Dagli studi analizzati (6-17) si evidenzia, in primis, che la violenza contro le donne ha costi sia fisici che emotivi: gravidanze indesiderate, aborti spesso tardivi, gravidanze ad alto rischio, malattie a trasmissione sessuale, disturbi ginecologici persistenti e problemi psicologici. Gravi episodi di depressione affliggono circa un terzo delle donne picchiate, inoltre, le donne vittime di abusi sessuali infantili, tendono ad avere rapporti caratterizzati da abusi e corrono un rischio più elevato di prostituirsi o far uso di droghe. Situazioni di questo tipo si trovano frequentemente nelle donne dell'Est Europa, che raccontano spessissimo di violenze infantili o maltrattamento in famiglia, sia diretto che assistito (es della madre). In letteratura troviamo delle correlazioni tra patologie uro-ginecologiche ed esperienze di maltrattamento o abuso (vulvodinia, cistite interstiziale, dispareunia, vaginismo secondario, anorgasmia, incontinenza da stress, ritenzione urinaria). Uno Studio multicentrico scandinavo, ha correlato l'abuso sessuale & salute (6) a dolore pelvico cronico($p<0.00$), abortività ($P 0,05$), pregressa chirurgia laparoscopica ($p: >0,00$), affermazione di scarsa salute ($p<0.00$), numero di visite mediche ($p<0.00$), molte assenze per malattia ($p<0.00$).

Nel mondo, "24 mila donne, provenienti sia dalle zone rurali che urbane di dieci Paesi del mondo (Bangladesh, Brasile, Etiopia, Giappone, Namibia, Perù, Samoa, Serbia e Montenegro, Tailandia e Tanzania) sono state intervistate per realizzare il primo studio mondiale OMS che analizza le conseguenze delle violenze domestiche sulla salute delle donne. I risultati dello studio, condotto in collaborazione con la London School of Hygiene and Tropical Medicine, diversi istituti di ricerca nazionali e associazioni di donne, parlano chiaro: il 30-50% delle donne che hanno subito un abuso ne portano le conseguenze a lungo termine. Le donne che hanno subito violenza sono più soggette ad avere una salute fragile, sia fisicamente che mentalmente. Spesso, anche anni dopo, sono soggette a pensieri suicidi, sviluppano forme depressive, soffrono di dolori cronici, confusione mentale e disturbi vaginali. Inoltre, sono più alte le probabilità che contraggano malattie sessualmente trasmissibili e che sperimentino un aborto".(3)

L'OMS ha esplorato anche la percezione di salute tra la popolazione femminile correlandolo

con eventi violenti nella vita della donna. Nella maggior parte delle aree geografiche studiate, le donne che si erano confrontate con la violenza fisica o sessuale di un partner si collocavano, molto di frequente nell'ambito del gruppo con salute cattiva o molto cattiva. Le donne che erano state maltrattate riferivano, più frequentemente, dolori, perdite di memoria, vertigini, leucorrea cronica o perdite ematiche vaginali, nel corso delle quattro settimane precedenti l'intervista. Tutto questo in relazione a esperienze di violenza anche non recenti nel corso della vita. Questo suggerisce che gli effetti sulla salute della violenza perdurano per molto tempo dopo l'evento traumatico e se la violenza è prolungata le ripercussioni sulla salute sono molto più gravi.

Questa è una ulteriore importante conferma che suggerisce di porre attenzione al sintomo, per andare poi oltre e approfondire il problema della donna attraverso il racconto della sua storia. La narrazione, quindi, facilita la comprensione e la messa a punto di una strategia di aiuto che comprenda risposte specialistiche e complessive allo stesso tempo (18).

Due storie

La donna adulta che accetta il suo destino

E' grande dice di se (anni 45), viene da un paese dell'Est Europa è laureata, vedova con un figlio che studia nel paese d'origine. E' in Italia per fare la badante, viene per la prima volta nel 2003. Si presenta perché ha disturbi della sfera genitale e teme di avere contratto una patologia a trasmissione sessuale da un rapporto a rischio, perciò si propongono i test MTS. Due settimane più tardi si presenta, molto angosciata e dice di avere subito una violenza sessuale, alcuni mesi prima e che da allora si sente male. Non ha fatto gli accertamenti e non vuole essere visitata, la si informa della possibilità di una denuncia, che non coglie. Torna alcuni mesi dopo chiede una visita ginecologica, lamenta problemi genitali e dolore in "tutto il corpo" dolore a livello del cavo orale, non si sente curata. A questo punto racconta di avere subito più episodi di violenza sessuale sul luogo di lavoro, ma dice anche che "lei è grande", quindi "non è, non deve essere" un problema, perché "si sa che queste cose succedono quando si parte per cercare lavoro"...dice che è successo alle sue amiche che erano venute in Italia per fare le badanti e che lo aveva messo in conto quando è partita...." Dice che lei deve essere forte perché, ripete è una donna grande, se fosse più giovane sarebbe giusto farsi sconvolgere ma lei sa come è la vita e non deve farsi abbattere da queste cose...." ma intanto piange. Torna ancora dopo due mesi, lamenta dolore pelvico rettale, mastodinia. Sembra accettare la proposta di fare colloqui psicologici e di proseguire gli accertamenti medici. Nel frattempo, però, di sua iniziativa ha fatto una visita oncologica senologica, risultata negativa, un controllo endocrinologico per problemi tiroidei, una gastroscopia. E' andata al PS ostetrico, per sospetta cisti ovarica, ma ha rifiutato il ricovero. Successivamente non accetta neppure le proposte di aiuto del nostro servizio, sembra non trovare una risposta.

Durante i numerosi accessi all'ambulatorio comincia a raccontare, che aveva trovato lavoro presso una famiglia dell'Italia del sud, doveva assistere un anziano. Quasi subito, dice che si dovuta difendere dalle richieste sessuali dell'anziano assistito e che successivamente ha subito violenze ripetute da parte del figlio di lui. Il racconto, comunica impotenza, terrore ma ha avuto bisogno di molti accessi al servizio per esprimere, forse solo una parte di ciò che ha vissuto. L'impressione è che, il corpo divenga il terreno di un disagio più globale della persona. Il corpo è però, al tempo stesso negato dalla donna stessa, che si sottopone a visite e esami alla ricerca di una causa organica, che non sembra emergere chiaramente. Si presenta quando è al massimo della sofferenza senza appuntamento, chiede soluzioni d'emergenza, ma non le accetta fino in fondo, al punto che rifiuta il ricovero proposto al pronto soccorso ostetrico. La violenza ha generato un dolore globale così forte che è difficilmente accettabile. Emerge inoltre, l'idea dell'ineluttabilità della violenza nel percorso migratorio, che unito al

bisogno reale di guadagnare per mantenere il figlio, sembra alla base dell'accettazione di contesti violenti di vita pur di lavorare. In questo e in altri casi uno degli elementi facilitanti è lo stereotipo donna straniera prostituta o badante e/o comunque "disponibile", così radicato nella mentalità comune. La reazione di chi l'assiste prima è via via che si svolge il racconto sempre più complessa. All'inizio la prima risposta è pragmatica (visita medica e prescrizione degli esami) ma nel tempo, l'incoerenza del racconto, la mancata esecuzione degli esami, la modalità e la numerosità delle visite fa sì che gli operatori oscillino tra la difficoltà a crederle e la sensazione di impotenza. Si giunge al paradosso che la donna, che soffre, può sembrare poco credibile e la presa in carico e la messa in atto di strategie è veramente difficile.

La ragazza che assiste alla sua vendita

Al primo contatto con il servizio, dice di essere Rumena, molto giovane, istruzione superiore, di religione ortodossa osservante, dice di essere in Italia per lavorare come colf. L'anamnesi personale e ginecologica è assolutamente negativa. Si presenta per chiedere IVG accompagnata da un'amica, perché non parla la lingua italiana, non ha documenti ma torna alcuni giorni dopo con il passaporto e ci conferma la sua richiesta di IVG.

Torna da sola, dopo circa un anno, in quella occasione (parla italiano) rivela la vera nazionalità (Moldavia) e lamenta disuria e dolori addominali per i quali è stata operata di appendicectomia. In quell'occasione viene fatta diagnosi di policistosi ovarica. Il motivo principale della visita è la comparsa di perdite ematiche intermestruali prolungate nell'ultimo mese e da alcuni mesi dismenorrea. Durante la visita si propongono gli accertamenti del caso (ecografia, esami ormonali, test MTS e Pap test), si approfondisce la storia personale. Alla domanda "ci sono stati problemi di recente, nella sua vita di cui mi vuole parlare" inizia un lungo colloquio, in cui dice di avere tentato il suicidio un mese prima (è da allora che sono comparse le perdite ematiche) e prosegue quindi con il racconto della sua migrazione in Italia, racconta senza fermarsi mai, parlando *tutto di seguito*, moltissimo, al punto che il colloquio prosegue fino all'orario di chiusura del servizio, ma manca il coraggio di fermarla. Di questa ragazza colpisce la modalità del racconto, è *apparentemente serena*, distaccata, senza alcuna emozione o partecipazione, *sembra che parli di un'altra persona, non di sé*. A prima vista, si potrebbe addirittura pensare che non racconti una storia vera. In Moldavia studiava psicologia, ha accettato di emigrare per le condizioni economiche della famiglia. Riferisce che aveva conosciuto in casa di una famiglia "per bene" della sua città (una famiglia con un bambino piccolo, sottolinea) un signore che le aveva proposto di venire in Italia per ballare, in quanto, lei aveva studiato danza classica. Viene portata in Romania dove capisce la verità, dice di avere assistito alla sua vendita per 3.000 dollari ad un uomo, che la porta nel nord Italia e cerca di farla prostituire, qui, subisce violenze di ogni tipo. A causa della sua resistenza a prostituirsi subisce molte altre violenze ma riesce a fuggire e va alla polizia per denunciare i suoi sfruttatori. Trova un lavoro in un bar, della nostra città, insieme ad un'altra ragazza straniera. Qui però l'incubo non è finito, perché riceve pressioni quotidiane per prostituirsi con i clienti del bar: *Il cliché della donna straniera prostituta aggiunge violenza a violenza*.

La ragazza riferisce uno stato di confusione e disperazione tale, che tenta il suicidio con farmaci imprecisati (sedativi?), è a questo punto che iniziano le perdite ematiche intermestruali. Dimessa dal pronto soccorso, dice di avere vagato per la città per alcuni giorni prima di trovare "una persona gentile" (sono le sue parole), che la accompagna al commissariato. Trova poi lavoro in casa di un'anziana signora invalida e ci tiene a dire che è molto buona, ma non ha un momento libero, fa fatica persino ad allontanarsi per venire alle visite mediche o per i colloqui psicologici.

In questa ragazza il dolore, non espresso a parole, emerge come disturbo fisico (i problemi mestruali in una ragazza con cicli sempre regolari) e dolori addominali, senza causa accertata.

Il sintomo nasconde, qui, una richiesta di aiuto più complessa e il racconto permette di comprendere il contesto e di offrire strategie di aiuto più ampie del semplice farmaco.

Per concludere

“Molte persone che sono state seriamente malate hanno esperienze multiple di violenza: l’indifferenza degli operatori, l’abbandono da parte degli amici, l’imbarazzo dei familiari e, troppo spesso, il biasimo della equipe medica quando le cose vanno male. Queste ferite – reali o immaginate – richiedono una storia che le renda esplicite, pubbliche, perché, finché rimangono chiuse nella loro immaginazione, suppurano e avvelenano” (Frank 1995).

Durante la migrazione, donne, sono più frequentemente a rischio di maltrattamento, a questa sofferenza si aggiunge, a volte, la violenza di non essere riconosciute dai servizi a cui chiedono aiuto. L’ascolto della donna e della sua storia permette di comprendere e di prendere in cura: la persona, la sua malattia (disease), la percezione soggettiva della malattia (illness) e di evitare di aggiungere ulteriore violenza a quella subita. La violenza, a sua volta, genera malattia, perciò, riconoscerla attraverso i sintomi e ascoltare il dolore attraverso le storie è già di per sé cura e punto di partenza per dare risposte mirate al problema della singola donna e ove ci fossero, dei suoi bambini.

Bibliografia

1. Gadamer Hans G- *Dove si nasconde la salute*. 1994 ed. Cortina Raffaello
2. <http://www.antiviolenzadonna.it>
3. Claudia García-Moreno [et al.] - *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women : initial results on prevalence, health outcomes and women's responses* WHO Library Cataloguing-in-Publication Data -2005
4. *Violenza e salute nel mondo Rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità* Organizzazione Mondiale della Sanità- Quaderni di sanità pubblica, 2002 CIS editore
5. <http://www.casadonne.it>
6. Hilden M, Schei B, Swahnberg et al A history of sexual abuse and health: a nordic multicentre study. *British Journal Obstetrics Gynaecology* 111:1121-27, 2004
7. Mezey G, Bacchus L, Bewley S, White S Domestic violence, lifetime trauma and psychological health of childbearing women. *British Journal Obstetrics Gynaecology* 112:197-204, 2005
8. Baccini F, Pallotta N, Calabrese E et al Prevalence of sexual and physical abuse and its relationship with symptom manifestations in patients with chronic organic and functional gastrointestinal disorders. *Dig Liver Dis* 35(4): 256-61, 2003
9. Swahnberg K, Wijma B, Wingren G et al Women's perceived experiences of abuse in the health care system: their relationship to childhood abuse. *British Journal Obstetrics Gynaecology* 111:1429-36, 2004
10. Campbell J C Health consequences of intimate partner violence *Lancet* 359:1331-36, 2002
11. Cold J, Petruckevitch A, Chung WS et al Abusive experiences and psychiatric morbidity in women primary care attenders. *Br J Psychiatry* 183:332-9, 2003
12. Leserman J, Drossman DA, Li Z et al Sexual and physical abuse history in gastroenterology practice: how type of abuse impact health status. *Psychosom Med* 58(1):4-15, 1996
13. Ulrich YC, Cain KC, Sugg NK et al Medical care utilization patterns in women with diagnosed domestic violence, *Am J Prev Med* 24(1): 9-15, 2003

14. Davila GW, Bernier F, Franco J et al Bladder dysfunctioning in sexual abuse survivors. J Urol 170(2 pt 1): 476-9, 2003
15. Leonard LM, Follette VM Sexual functioning in women reporting a history of child sexual abuse: review of the empirical literature and clinical implication. Annu Rev Sex Res 13:346-88, 2002.
16. Janicki T I Chronic pelvic pain as a form of complex regional pain syndrome. Clin Obstet Gynecol 46(4): 797-803, 2003
17. Milburn A, Reiter RC, Rhomburg A Multidisciplinary approach to chronic pelvic pain, Obstet Gynecol Clin N Am 20:643-61, 1993
18. Meaning and coherence of self and health: An approach based on narratives of life events Isabelle Villea, Myriam Khlatab
aNational Institute of Health and Medical Research, Cermes, France
bNational Institute of Demographic Studies, France
Available online 22 November 2006

Malattia tubercolare: nuove tecniche diagnostiche; nuove terapie? Nuove strategie di prevenzione?

D. Lucia

U.O. di Pneumologia Osp. Villa Sofia – CTO, Palermo.

Introduzione

La Tuberculosis è una malattia infettiva con una storia naturale assolutamente specifica. Infatti, per la lentezza dei processi biologici che stanno alla base della infezione e dello sviluppo della malattia (bassa contagiosità, lungo periodo di latenza etc.), la curva dell'infezione tubercolare nella popolazione umana ha come unità della variabile tempo i secoli. Dall'analisi di questa curva emergono due importanti considerazioni:

- 1) Tutti gli interventi di politica sanitaria sono programmabili con largo anticipo e non farlo costituisce una grave colpa di un sistema sanitario.
- 2) L'efficacia di ogni intervento di politica sanitaria può essere valutata solo dopo decenni.

Così l'incremento della malattia tubercolare degli anni 90' nei paesi industrializzati è stato conseguente allo smantellamento di tutte le strutture di controllo della malattia avvenuto negli anni 70' ed 80'. Fra l'altro l'incidenza della TB era in aumento anche prima dell'inizio di fenomeni migratori da paesi in via di sviluppo. Così ad esempio in Sicilia, la TB si incrementava già sul finire degli anni 80', quando l'immigrazione era un fenomeno assolutamente irrilevante, meno rilevante certamente del fenomeno dell'emigrazione che ancora era in corso. Analizzando i casi di ricoveri per TB nel nostro ospedale si rileva un aumento del loro numero ma non si rinviene un cognome straniero fino al 1992.

L'unico strumento conoscitivo utile ad una corretta programmazione sanitaria è l'Indice tubercolinico, proprio perché esso precede di decenni la clinica e l'epidemiologia.

Esso ci consente di prevedere il numero di casi futuri di TB bacillifera e di programmare in largo anticipo numeri e costi di un intervento sanitario.

L'indice tubercolinico di una popolazione non è certamente un dato costante e la legislazione italiana prevedeva sia la sua rilevazione nelle scuole che i provvedimenti sanitari da intraprendere ove si rilevasse un suo incremento. Con legge finanziaria del 2000 il suo utilizzo è stato abrogato.

Evoluzione dei piani di controllo della TB

I paesi che hanno già un efficace programma di controllo della TB (diagnosi e trattamento di almeno l'80% dei malati), si sono dati come obiettivo futuro quello della eradicazione della Infezione Tubercolare.

È stato anche creato un nuovo termine: Tuberculosis latente, sulla cui esattezza e necessità semantica si potrebbe discutere a lungo, ma che certamente ha il merito di sottolineare i rapporti temporali e di causa – effetto fra la malattia e l'infezione tubercolare.

Sono state individuate le categorie più a rischio di evoluzione verso la malattia e per queste sono stati proposti cicli di terapia antitubercolare con 4 farmaci.

Il lavoro fondamentale in tal senso è quello di Horsburgh del 2004: *Priorities for the Treatment of Latent Tuberculosis Infection in the United States*. Viene proposta, una volta rilevata l'infezione, la stratificazione dei pazienti secondo classi di rischio e per i livelli più alti di rischio viene consigliata la Terapia antitubercolare.

Proprio in vista di una decisione così drastica come la terapia con quattro farmaci per sei mesi, viene proposto per l'identificazione della infezione l'uso dei nuovi test biologici "in vitro".

Nuovi tests clinici

Gli ultimi anni hanno visto l'introduzione nella pratica clinica di nuovi tests immunologici "in vitro" per la diagnosi dell'infezione tubercolare. Tali tests presentano numerosi vantaggi rispetto alla Intradermoreazione alla Tubercolina (IT):

1. Elevata specificità per mancata risposta a BCG ed Atipici
2. Buona concordanza col test tubercolinico
3. Nessun effetto boosting
4. Minore variabilità legata all'operatore
5. Presenza di un controllo positivo che, in caso di risposta negativa, fa sospettare immunodeficienza
6. Presenza di un controllo negativo che, in caso di risposta positiva, fa sospettare un errore tecnico
7. Esecuzione del test in unica seduta

L'unica limitazione al loro utilizzo è rappresentata dal loro elevato costo.

Sono state pertanto elaborate alcune strategie per il loro utilizzo da diversi gruppi di studio:

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) USA 2005
2. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) U.K. 2006
3. Gruppi di Studio Infezioni e Tubercolosi AIPO e SIMeR con il contributo dell'Associazione di Microbiologia Clinica Italiana (AMCLI) e della Federazione Italiana per le Malattie Polmonari Sociali e la Tubercolosi (FIMPST)

In mancanza di studi certi che ne documentino il rapporto costo – beneficio, il fattore chiave nella scelta della strategia di utilizzo dei test è la prevalenza dell'infezione tubercolare nella popolazione generale:

1. Se la prevalenza è inferiore all'8% nessuna strategia di impiego ha un rapporto costo beneficio accettabile
2. Ove la prevalenza superi l'8% l'uso del test cutaneo seguito, nei casi positivi dal test immunologico appare la strategia più vantaggiosa
3. Ove la prevalenza superi il 40% l'impiego diretto dei tests in vitro appare il più vantaggioso

Le strategie elaborate sono fondamentalmente tre:

Strategia A: uso del test tubercolinico ed utilizzo del test immunologico solo in gruppi di popolazione o di pazienti a rischio.

1. Rapporto costo – beneficio sfavorevole secondo gli analisti britannici
2. Presenta tutti gli aspetti negativi del test cutaneo
3. Al costo del test cutaneo vanno aggiunti i costi alle indagini effettuate ai soggetti falsamente positivi

Strategia B: utilizzo del test immunologico per la conferma dei test cutanei positivi o con

risultato non affidabile.

1. Considerata dalle linee guida NICE la migliore, almeno in situazioni di prevalenza di infezione tubercolare non elevata
2. Riduce sia il costo del test che quello dei trattamenti inutili
3. Gravata da problemi organizzativi per il mantenimento di entrambe le metodiche

Strategia C: sostituzione totale del test cutaneo

1. Buon rapporto costo – beneficio solo in situazioni di elevata prevalenza di infezione tubercolare
2. Altrimenti elevatissimi sono i costi

Nella situazione epidemiologica italiana appare più indicata la strategia B, utilizzando la strategia C solo in gruppi di popolazione ad alta incidenza o in pazienti immunodepressi. Si ribadisce comunque che anche in questo caso è la conoscenza dell'indice tubercolinico la discriminante nella scelta della strategia più opportuna e che proprio a tale conoscenza abbiamo rinunciato.

Programmi di controllo della tb in soggetti provenienti da paesi ad alta endemia

Nel Giugno 2008 tutte le associazioni italiane coinvolte nella elaborazione di politiche per l'immigrazione e nella gestione della malattia tubercolare hanno redatto un documento congiunto di linee guida.

In esso è data la necessaria rilevanza alla necessità del controllo sanitario dei soggetti immigrati da paesi ad alta endemia, migliorando l'informazione sanitaria, facilitando l'accesso alle strutture sanitarie, elaborando programmi di screening e di ricerca attiva dei casi ed evidenziando la loro necessità ed utilità.

Viene proposto di utilizzare tutte le occasioni di contatto, dall'ingresso, alla richiesta di asilo, all'intervento nei posti di lavoro per proporre screening tubercolari.

Non viene però presa in considerazione l'esecuzione dei test tubercolinici a scuola poiché il suo utilizzo solo in soggetti appartenenti ad alcuni gruppi etnici sarebbe evidentemente vissuta come discriminatoria, mentre l'esecuzione "a tappeto" viene ritenuta inutile e dispendiosa.

Considerazioni finali

Certamente adesso è possibile la distinzione tra popolazioni di paesi a bassa ed alta endemia, ma nessuno può predire oggi quale sarà l'evoluzione futura della nostra società, poiché l'integrazione sociale è già in atto da tempo nelle famiglie, nelle scuole, nei posti di lavoro, e così è "l'integrazione sanitaria". La diffusione futura della TB non sarà né quella in atto fra la popolazione italiana né quella della popolazione immigrata, ma avrà nuovi aspetti epidemiologici che chi ha il compito di governare deve conoscere e prevedere.

E poiché, come già detto, la TB è una malattia la cui diffusione può essere conosciuta con decenni di anticipo, non ci si può privare del più importante strumento di sorveglianza della "circolazione ambientale" del germe.

Si propone pertanto di ripristinare l'esecuzione del test tubercolinico "a tappeto" nelle scuole medie almeno con cadenza quinquennale.

Senza questa conoscenza non possono essere programmati l'utilizzo delle nuove tecniche diagnostiche, interventi terapeutici ed epidemiologici.

Equal opportunities for health: action for development

G. Maciocco*, A. Stefanini[§], S. Foresi[^], E. Bertotti, C. Reali[§], A. Martino[§], C. Bodini[§],
A. Fabbri[§], C. Di Girolamo[§]

[^]Doctors with Africa-CUAMM

*Italian Observatory on Global Health

[§]Centre for International and Intercultural Health, University of Bologna

Context

Health is a fundamental and universally recognised human right, essential in order to achieve human beings' full potential, as well as for the physical, intellectual and emotional growth of each individual. It is also crucial for the development of the productive and learning abilities needed to guarantee personal economic well-being and social progress – both essential to avoid the rising of inequities and consequential social conflicts. Differences and inequities in health, both within societies and between States, are significant indicators of the lack of fulfilment of this right. This appears to be incompatible with today available knowledge and resources, and neither politically nor ethically acceptable.

Education has proved to be one of the most effective investments in tackling the obstacles hindering the achievement of the right to health. Indeed, informed health workers can be effective opinion makers and “global health advocates” to promote equity, justice, development and peace.

Objective

Considering these premises, the EU funded project “*Equal opportunities for health: action for development*” aims to raise awareness on global health and health equity as strategies to establish more equitable North-South relations and in turn reduce poverty and social exclusion in developing countries. The two-year project (May 2007 – April 2009) is implemented by 29 partners² and associates³ representative of the health community from 6 European Member States (Italy, Germany, Poland, United Kingdom, Spain, Belgium), in order to promote effective sharing of knowledge, experiences and good practices. In fact another aim of the project is to create the necessary consensus to promote political and institutional support for more equitable health policies.

A key aim of the project is to improve the level of awareness about international and global health of health professionals by improving the quality of medical education and updating the current *curricula*, so that health workers can better face current globalization challenges and fully respond to their role as global health advocates. The target of this project is represented by the wide health community: teachers and students of the Faculties of Medicine, representatives of local health institutions and authorities, research centres, scientific societies, representatives of non-governmental organizations and health workers. In fact, the health community is the main moving spirit behind health policies and activities and should be more aware of the importance of a global health equity approach and therefore educated

² *Partners*: Department of Public Health, University of Florence (IT), Department of Medicine and Public Health, University of Bologna (IT), Italian Global Health Watch (IT), Italian Secretary of Medicine Students (IT), Nuffield Centre for International Health and Development, University of Leeds (UK), Foundation of Humanitarian Aid “Redemptoris Missio” (PL), action medeor e.V. (DE)

³ *Associates*: Prince Leopold Institute of Tropical Medicine (BE), Medicus Mundi Spain (ES), National Observatory of Paediatrics attending Specialisation Schools ONSP (IT), College of Nurses, Healthcare Assistants and Children Supervisors IPASVI (IT), Padua Medical Association (IT), Padua Hospital Authority (IT), Department of Environmental and Public Health, University of Padova (IT), Department of Public Health and Microbiology, University of Turin (IT), Department of Internal and Specialistic Medicine, University of Catania (IT), Department of Experimental and Environmental Medicine and Medical Biotechnologies, University Milano Bicocca (IT), Paediatric Institute IRCCS Burlo Garofolo (IT), Doctors with Africa Cuamm Supporting Groups.

accordingly. The modern healthcare workers should have a clear understanding of social, cultural and environmental determinants of health and should be aware of medicine ability and responsibility to influence them. Healthcare workers - both as individuals and as members of public or private organizations - are increasingly asked to promote healthcare globally and to become real “health advocates” worldwide, not only by improving citizens’ life styles but also having an impact on health policies. Present and future health workers are directly involved in this project, whose aim is to develop and strengthen their expertise and abilities in order to face the challenges, both social and professional, imposed by the global world organization. On the other hand, due to their social and professional role, and to their involvement in different contexts, health workers can play the important role of opinion makers and multipliers of information. In other words, they can act to promote a global approach to health and influence the development of fairer health policies, becoming advocates for the promotion of the right to health.

At the same time, other specific objectives of the project are:

- establishing and strengthening strategic partnerships among universities, scientific societies, research and education centres, health institutions, non governmental organizations and public institutions in order to create a public national and international consensus to promote the definition of more fair and effective health policies.
- Improving the level of awareness about global health equity within the civil society.

Activities

The activities implemented by the project are related to education, public awareness, lobbying, advocacy and communication.

Concerning training activities, the first step of the project has been a survey on global health and health equity teaching in the Italian Faculties of Medicine. Particularly, from June to September 2007, 40 Italian Universities offering medical degrees carried out a mapping of undergraduate courses in Global and International Health. The survey was conducted through the Faculties websites or other resources (for example Students’ associations). The eligible courses were:

2. Courses with a clear component of international health
3. Courses offered in undergraduate degree programmes of Medical Faculties
4. Courses of at least 1 university credit⁴

Having identified the courses, the responsible Professors were contacted and provided with mapping tools (a questionnaire regarding course organization, teaching and evaluation methods, programme, training material, etc.) and the related instructions. Finally the questionnaires were collected and the data were transferred to the computer-based platform.

The mapping activity confirmed that the Italian medical students curriculum does not presently include international health and related subjects, and teaching in this field is left to the good will of few professors, often as optional or extra-curricular activity.

⁴ A university credit is the unit of measure used to evaluate the amount of individual work completed.

In general 1 credit corresponds to 25 hours of individual work, depending on the faculty. A full year of study leads to an average gain of 60 credits.

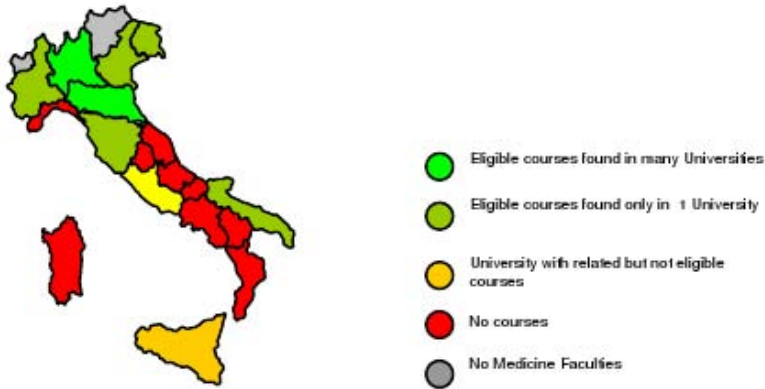


Fig. 1 Geographical distribution of courses on Global Health, Italy
2007

27 eligible courses were found in 11 Universities (27,5% of the sample) particularly in Northern and Central Italy. 26 of the 27 mapped courses were optional activities. Classroom lessons were the primary teaching method except in one case of a residential course. 20 of the 27 mapped courses were still available in Academic year 2006/2007; 4 started in a.y. 2007/2008. The oldest course started in a.y. 1995/1996 in the University of Bologna Nursing School. There was a high variability in the number and the age of students accepted in each course. 19 University Professors were titular of the courses and 8 of these belonged to the Hygiene and Public Health sector.

Through the mapping activity, it was possible to assess ongoing training experiences and to highlight possible openings for future activities. Moreover, training needs and objectives were identified. Through active collaboration between project partners and associates a standard curriculum on global health was defined, with the aim to harmonize training on global health and to promote the inclusion of these topics into the *core curriculum* of the Faculties of Medicine.

The training objectives of the standard curriculum are:

1. To identify distal and proximal determinants of health in a national and local context.
2. To describe the historical evolution of health systems identifying the constitutive elements of major models of health organization.
3. To assess the impact of globalisation on health by identifying the main links between health and development.
4. To describe inequalities in health and in health assistance.
5. To delineate the actual migration trends by identifying the main implications for health.
6. To show the potentialities of international health cooperation in contrasting inequities in health.

On the basis of the curriculum developed, the project has promoted training courses and educational activities: a training of trainers course, optional courses within the Faculties of Medicine, a distance learning course, training seminars at local health institutions and dedicated sessions in scientific societies' congresses.

In order to harmonize training on global health in accordance with the proposed curriculum and to stimulate sharing of information and experiences as well as identification of good practices, a training of trainers was realized on September 2008. The training was attended by 40 participants, among whom 24 University teachers involved in global health courses and 10 Doctors with Africa CUAMM trainers responsible for delivering the module in International

health and development. The training focused on contents included in the standard curriculum, namely: Globalization and health; Health systems; Inequalities in health; Health as a Human Right; Health and Migration. Besides plenary sessions, participants were also involved in working groups and in a roundtable on global health.

Based on the standard curriculum, which was validated within the project, 21 new optional undergraduate courses on global health and health equity will start in the academic year 2008/2009 and some Universities, which are already delivering courses on global health, will harmonize their contents in accordance with the standard curriculum.

Moreover, other activities foreseen by the project concern public awareness, lobbying, advocacy and communication. Awareness raising activities include: training of local promoters, organization of workshops and advocacy activities in the community, and organization of a “*Global Health Equity Day*” in the Faculties of Medicine. Finally, in order to spread information about the project and to facilitate the sharing of knowledge among partners and associates, a web page was created on the website of Doctors with Africa CUAMM and awareness materials and reports were produced and published.⁵

Conclusions

The project “*Equal opportunities for health: action for development*” was born with the aim to improve the level of awareness and quality of education about international and global health within medical community. The project is based on the involvement of the target population in order to better identify training needs, teaching materials and methods useful to improve the competences of health professionals on global health issues.

In particular, the project uses a bottom-up strategy in order to sensitize health professionals about the importance of introducing global health and health equity items into the *core curriculum* of the Faculties of Medicine, in order to offer a comprehensive training. At the same time, partnerships with national and international experts in the field of global health create the fundamental consensus in order to implement effective and radical innovations in university education and health policies.

Moreover, an international conference on global health is being organized for creating and strengthening synergies, partnerships, networks within the health community and outline a plan of action to advocate and teach global health. The event will take place in Padua on April 2009 and bring to the elaboration a commitment paper for future actions, initiatives and partnerships to promote global health.

Bibliography

- Commission on Social Determinants of health Final Report “Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health.” www.who.int/social_determinants/final_report/en/
- Editorial “Educating doctors for world health”. *The Lancet*, 2001; 358: 1471
- General Medical Council “Tomorrow's Doctor: Recommendations on undergraduate medical education”. London, 1993.
- Bateman C, Baker T, Hoornenborg El, Ericsson U. Bringing global issues to medical teaching. *The Lancet*, 2001; 358: 1539-42.
- Shaywitz DA, Ausiello DA. Global Health: A Chance for Western Physicians to Give-and Receive. *American Journal of Medicine*, 2002; 113: 354-357.
- Editorial Academic medicine and global health responsibilities. *BMJ*, 2004; 329: 752-753.

⁵ Update information on the activities of the project, together with useful links and bibliographical suggestions may be found on the website page related to the project www.mediciconlafrica.org/globalhealth.

Indagine sulla condizione sociale e lavorativa degli immigrati nel territorio vicentino.

Marisa Pacchin

Ufficio di Valutazione Epidemiologica Azienda Ulss 6 Vicenza

Premessa

Indicatori di integrazione

Il Veneto si pone al 2° posto in Italia (dopo il Trentino-Alto Adige e prima della Lombardia) nella graduatoria relativa all'indice sintetico di "integrazione sociale e lavorativa" degli immigrati e la provincia di Vicenza si trova al 4° posto tra le province italiane dopo Trento, Brescia e Prato. *L'indice di stabilità sociale colloca Vicenza al primo posto in Italia.*

L'indice di stabilità sociale è definito, oltre che da altri indicatori, dall'inserimento delle donne nel mercato del lavoro, dalla percentuale di permessi per ricongiungimento familiare, dall'incidenza dei nati stranieri e dalla scolarizzazione dei minori (1).

L'evoluzione del fenomeno migratorio presenta in misura sempre più significativa carattere di *stabilità* e si configura di dimensioni sempre più rilevanti con implicazioni culturali e socio-economiche molteplici.

Si è passati da una immigrazione a forte connotazione individuale a una di carattere prevalentemente familiare: il progetto migratorio iniziale, da *temporaneo*, di breve durata, è divenuto *definitivo*.

Indicatore sensibile di stabilizzazione è la variazione consistente della componente femminile in Italia (2), passata da 575.887 nel 2000 a 1.720.000 nel 2008 (46% del totale immigrati nel 2000, 50% nel 2008); nella Provincia di Vicenza da 15.406 a 38.176 (dal 42% al 48% del totale); e nell'Ulss 6 da 5.529 a 14.210 (dal 45% al 48%).

Questi dati attestano il verificarsi di un sostanziale riequilibrio di genere, anche se si ravvisano peculiarità in alcune etnie; si sono ricomposti i nuclei familiari divisi dalla migrazione; si sono formate *nuove famiglie* come effetto del processo di stabilizzazione e di inserimento sociale ed economico nel paese di accoglienza.

L'immigrazione è divenuta strutturale per l'alta percentuale di coniugati (50% nel 2000 in Italia, 56% nel 2008); per l'aumento dei permessi per ricongiungimento familiare (dal 25% al 35%); per l'incremento dei nati da genitori stranieri: nel 2008, l'11% (63.555) dei nati in Italia; il 18% (8.816) dei nati nel Veneto e il 21% (1.914) nella Provincia di Vicenza (erano il 10% nel 2000); per l'aumento dei minori stranieri 0-17 anni: nel 2008, il 7,5% (760.733) del totale minori in Italia, nel Veneto il 12% (98.187) e il 14% (21.558) e nella Provincia di Vicenza (erano il 5% nel 2000).

Inserimento scolastico

Le iscrizioni scolastiche sono passate in Italia da 181.767 nel 2001/2002 a 574.133 nel 2007/2008 e nella provincia di Vicenza da 4.409 a 15.247.

Gli alunni stranieri incidono nel 2007/2008 sulla popolazione scolastica per il 6,4% in Italia e per l'11% nella provincia di Vicenza (erano il 4% nel 2001-2002).

Il progetto migratorio si ridefinisce sulla base di nuove aspirazioni, di aspettative per la riuscita dei figli e per un inserimento meno provvisorio.

La scuola è *fattore protettivo* del processo di sviluppo, della formazione dell'identità e dell'adattamento sociale del minore: a tal fine deve intervenire affinché la *condizione migratoria* non determini o stabilizzi situazioni di marginalità e di svantaggio culturale e relazionale(3).

La "*pedagogia dell'accoglienza*" presuppone da parte delle istituzioni scolastiche un lavoro non soltanto sugli alunni stranieri, ma *sull'intera comunità civile* (4) (5).

Gli alunni stranieri nati in Italia

A conferma del significativo grado di integrazione si rileva il numero degli *alunni stranieri nati in Italia*, il 34% (199.120/574.133). Sono nati in Italia il 71% (879.113) dei bambini stranieri che frequentano la scuola materna e il 41% (89.442) di quelli presenti nella scuola elementare.

Tali valori sono confermati sostanzialmente anche nella *provincia di Vicenza*: 77% (2.503) nella scuola materna e 48% (2.939) nella scuola elementare (6).

Inserimento lavorativo

Altro indicatore di stabilizzazione è rappresentato dall'integrazione nel mondo del lavoro.

In Italia il tasso di occupazione degli stranieri in età 15-64 anni è pari al 66% e il tasso di disoccupazione è 9,5%, di 3 punti percentuali superiore a quello degli italiani; tra le donne l'occupazione è al 52% e la disoccupazione è del 14%, valore doppio rispetto alle italiane (Istat 2007).

Nel Veneto, nel 2007, il 27% (124 mila / 448 mila) delle nuove assunzioni ha riguardato residenti stranieri e i lavoratori stranieri autonomi hanno raggiunto il 4% del totale (7).

Nel 2008 il 6% degli occupati in Italia e l'8% nel Veneto sono stranieri: in particolare nel Veneto sono il 10% degli occupati nel settore manifatturiero e il 19% nelle costruzioni (7).

In Italia il lavoro degli immigrati contribuisce al 8,8% del PIL nazionale e al 10,8% del PIL del Veneto (Rapporto Unioncamere 2007).

Uno studio dell'Ufficio di Valutazione Epidemiologica sulle proiezioni della popolazione in età lavorativa 2003-2023 ha stimato che nel Veneto i soggetti in età 15-64 anni aumenteranno del 7% (+226.679; da 3.079.739 a 3.306.418): gli italiani avranno una diminuzione del 17% (- 489.535; da 2.889.095 a 2.399.560), mentre gli stranieri passeranno da 190.644 a 906.856 (+716.214).

L'incidenza degli stranieri sulla popolazione in età lavorativa dal 6,2% nel 2003 passerà al 27% nel 2023 (8).

L'Italia e il Veneto sono caratterizzate da bassa natalità, alto indice di vecchiaia, declino della popolazione adulta più giovane: sono, questi, indicatori di potenziale destabilizzazione dell'economia e di diminuzione della produttività.

I flussi migratori potranno influire nel riequilibrio e nella stabilizzazione della popolazione, con effetti economici, sociali e culturali significativi nel lungo periodo.

Inserimento abitativo

Il Veneto è tra le regioni in cui il disagio abitativo degli immigrati è meno presente: nel 2006 nella provincia di Vicenza il 18% degli acquisti di abitazioni era riferito a immigrati. Peraltro tra gli stranieri di recente immigrazione si segnalano in aumento situazioni di precarietà: alloggi in sistemazioni di fortuna (7)

Paesi di provenienza

1^ comunità nella Provincia di Vicenza e nell'Ulss 6 : Serbia e Montenegro.

Indagine campionaria sulla situazione degli immigrati nel territorio vicentino

Un'analisi approfondita del fenomeno immigrazione nella realtà vicentina ha costituito l'obiettivo primario dell'**indagine**, intesa a definire la condizione sociale, economica e culturale e il periodo di integrazione di alcune comunità al fine di evidenziare situazioni di criticità e programmare interventi specifici.

Metodologia

L'indagine è stata condotta nel gennaio-febbraio 2003 mediante la distribuzione di un questionario anonimo a un campione di popolazione straniera in età >15 anni.

La rilevazione si è avvalsa della collaborazione operativa di 8 mediatori culturali che hanno tradotto in 5 lingue e distribuito il questionario alle comunità di appartenenza: Albania, Paesi

Balcanici (ex-Jugoslavia, Bosnia-Erzegovina), Filippine, Africa Sub-Sahariana (Ghana e Senegal).

L'indagine ha riguardato 207 stranieri. La scheda strutturata in 51 domande raggruppate in 6 aree tematiche ha raccolto informazioni per valutare le caratteristiche e le differenze tra comunità in relazione a: *situazione socio demografica* (paese d'origine, permesso di soggiorno, sesso, età, stato civile, religione, istruzione); *progetto migratorio e dinamiche familiari*, (anno di arrivo, motivo di migrazione, ricongiungimento familiare, progetto di migrazione temporanea/permanente, acquisizione cittadinanza); *condizione abitativa* (tipo di alloggio, necessità o meno di cambiarlo); *condizione lavorativa* (occupato, disoccupato, qualifica, conoscenza lingua italiana, frequenza corsi di formazione, soddisfazione per il lavoro svolto); *relazioni sociali e tempo libero* (rapporto con il vicinato, partecipazione alla vita sociale); valutazione della qualità e dell'*accesso ai servizi sanitari e scolastici*.

Lo studio si è avvalso in parte della collaborazione con la Facoltà di Scienze Statistiche dell'Università di Padova (Progetto di stage presso l'Ufficio di Valutazione Epidemiologica).

Profilo socio demografico del campione

La comunità più rappresentata è quella dei Paesi Balcanici (36%) con 74 immigrati; seguono la comunità filippina (29%; 60), quella proveniente dall'Africa Sub-sahariana (23%; 47) e l'albanese (13%;26). Gli irregolari sono 20, l'11% del campione. Gli intervistati sono residenti per la maggior parte nel Comune di Vicenza (58%).

L'età media è 35 anni.

Il rapporto maschi/femmine è pari a 1,2.

Risultano coniugati il 77% degli albanesi, il 70% dei provenienti dai Paesi balcanici, il 67% degli africani e il 50% dei filippini.

Nel complesso il 68% del campione ha scolarità medio-alta sia nei maschi che nelle femmine (15% laureati e 58% diplomati); il 10% non ha alcun titolo di studio .

L'86% dei filippini professa la religione cattolica; il 92% degli immigrati dai Paesi Balcanici sono cristiani non cattolici, e cristiani sono il 66% dei senegalesi e ghanesi. Il 66% degli albanesi e il 30% dei Sub-sahariani sono musulmani.

Storia migratoria

La ricerca di un **lavoro** e del conseguente miglioramento delle condizioni di vita è per il 70% degli uomini e per il 60% delle donne il motivo prevalente della migrazione; è da segnalare che più del 10% è spinto dalla necessità di sfuggire a guerre e a repressioni politiche.

Il 90% del campione ha regolare permesso di soggiorno ed è in Italia da più di 10 anni: l'età media all'arrivo è di 27 anni.

Degno di nota, a conferma che *Vicenza* è 'polo di attrazione' per la stabilità lavorativa, è che per il 75% degli intervistati l'arrivo in *Italia* coincide con l'arrivo a *Vicenza*.

In merito ai 'progetti per il futuro' il 67% degli albanesi e il 50% dei provenienti dai Paesi balcanici dichiarano la volontà di stabilirsi in *Italia*, intenzione comune a maschi e femmine. Filippini e africani nel 35% dei casi desiderano tornare nel paese di origine, con una netta prevalenza dei maschi sulle femmine.

Una buona parte (30%) non ha ancora progetti precisi.

Relazioni con la comunità di origine

Il 30%, nel complesso, non ha più fatto **rientro in patria**: il 7% degli albanesi, il 25% dei provenienti dai Paesi balcanici, il 34% dei filippini e degli africani.

Inserimento abitativo

Circa l'80% degli intervistati ha un alloggio stabile: il 61% in una camera o appartamento in affitto e il 18% in casa di proprietà.

Il 15% è ospite, non pagante, presso parenti o amici e il 5% alloggia presso il luogo di lavoro; i 'senza fissa dimora' che vivono in una struttura di accoglienza sono meno del 2% del campione. Le maggiori difficoltà riscontrate in relazione all'alloggio sono legate ai 'costi' ritenuti elevati.

Relazioni con la comunità di accoglienza

Le relazioni con i vicini di casa, in prevalenza italiani (70%), sono caratterizzate per il 50% da 'reciproca disponibilità' e definite buone; per il 45% il rapporto si caratterizza per una 'cordiale indifferenza'; trascurabile è la percentuale di quelli che hanno riscontrato 'intolleranza/ostilità', il 2%.

La famiglia

Un indicatore di criticità è il luogo di residenza dei figli: il 60% vivono in Italia con i genitori (il 90% gli albanesi), il 30% nel paese di origine (il 60% i filippini) e l'8% parte in *Italia* e parte nel paese di origine.

Inserimento lavorativo

Il 60% ha occupazione regolare a tempo indeterminato, il 16% a tempo determinato, il 5% svolge un lavoro autonomo, il 2,7% è disoccupato.

Per tutte le etnie la condizione lavorativa prevalente è di operaio generico (50%); gli operai specializzati sono il 13%; le colf/badanti il 22%.

Oltre la metà è occupata nello stesso lavoro da più di 3 anni in modo continuativo.

Qualifica rispetto al livello di istruzione

Si è rilevato che il 46% degli operai generici e il 20% delle colf/badanti hanno un alto livello di istruzione.

Più del 50% manifesta soddisfazione per l'attuale lavoro; tra i motivi di insoddisfazione, che riguardano il 46%, prevalgono 'la bassa qualifica' e l' 'insufficiente remunerazione'; solo il 5% dichiara difficoltà di rapporto nel luogo di lavoro.

Conoscenza della lingua

Il livello della conoscenza della lingua italiana è dichiarato buono per tutte le etnie: il 70% comprende e parla italiano, il 60% legge con sicurezza, solo l'8% non è in grado di leggere (si tratta di stranieri di immigrazione recente).

Tempo libero

Degno di rilievo è che circa un terzo degli immigrati legge stampa italiana (frequentemente il 35%) ed esce con amici italiani (spesso 31%); il 72% guarda regolarmente la televisione italiana.

Accesso ai servizi sanitari e livello di assistenza

La maggior parte del campione ha fruito del Servizio Sanitario: il 75% del medico di base, il 50% del pediatra e del pronto soccorso e il 45% di ricovero ospedaliero.

L'80% ha dichiarato buona/ottima l'assistenza e il 16% discreta.

Le difficoltà di accesso prevalenti sono riferite ad incompatibilità con l'orario di lavoro.

Inserimento scolastico

Significativo indicatore di integrazione sociale è la relazione con la scuola.

I rapporti con gli insegnanti e con i genitori degli alunni sono giudicati ottimi/buoni per il 90% degli intervistati, solo il 4% ha difficoltà di relazione.

Nostalgia del proprio paese

Il pensiero nostalgico e l'attaccamento per il proprio paese sono legati alla lontananza di parenti e amici nel 40% dei casi e alla mancanza di rapporti umani gratificanti (30%).

Non assumono particolare rilevanza le differenti abitudini alimentari e le condizioni climatiche. Una parte (6%) non dichiara motivi di nostalgia.

Conclusioni

La ricerca ha riscontrato un soddisfacente inserimento lavorativo e stabilità sociale della popolazione immigrata nel territorio vicentino (come verificato dal Rapporto CNEL, 2007), con criticità soprattutto per problemi di ricongiungimento familiare e di lavoro dequalificato rispetto al livello di istruzione.

Bibliografia

(1) CNEL (Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro) e Caritas. *V Rapporto "Indice di integrazione degli immigrati in Italia" 2007.*

(2) Caritas / Migrantes. *Immigrazione. Dossier Statistico*, 2008

(3) G. Harrison. *I fondamenti antropologici dei diritti umani*, ed. Meltemi, 2001

(4) *Linee guida per l'accoglienza e l'integrazione degli alunni stranieri*. Ministero dell'Istruzione

(5) *La via italiana per la scuola interculturale e l'integrazione degli alunni stranieri. Osservatorio sull'integrazione*, Ministero dell'Istruzione

(6) *Alunni con cittadinanza non italiana*. Ministero dell'Istruzione, 2008

(7) Osservatorio regionale alle politiche dei flussi migratori (a cura di). *Immigrazione straniera nel Veneto*, Rapporto 2008. ed. F. Angeli.

(8) Pacchin M. Geraci S. *Dinamiche demografiche. Proiezioni 2003/2023*. Salute e sviluppo, 3/2007: 56-63.

(9) G. Zincone (a cura di). *Secondo rapporto sull'integrazione in Italia*, ed. il Mulino, 2001

Indicatori di integrazione. Alunni stranieri nella scuola. Le seconde generazioni

Marisa Pacchin

Ufficio di Valutazione Epidemiologica. Azienda Ulss 6 Vicenza

Premessa

“La comunità scolastica accoglie le differenze linguistiche e culturali come valore da porre a fondamento del rispetto reciproco, dello scambio tra culture e della tolleranza”.

(art. 36, legge 40/1998).

“Il minore deve essere educato al rispetto dei diritti Onu, della propria identità, lingua, cultura e di civiltà diverse dalle proprie” (art. 29. Convenzione Onu, 1989).

“L’istruzione primaria deve essere gratuita e obbligatoria per tutti”.

(art. 28. Convenzione Onu, 1989).

“La legislazione garantisce pieno diritto all’istruzione scolastica, all’integrazione, all’accoglienza dei minori stranieri, anche in condizioni di irregolarità”.

Obiettivi

Valutare la distribuzione degli alunni stranieri e degli alunni stranieri di 2^a generazione nelle regioni italiane per tipo di scuola. Fonte: Ministero della Pubblica Istruzione.

Risultati

Nell’anno scolastico 2007/2008 gli *alunni stranieri in Italia* sono 574.133, il 6,4% della popolazione scolastica totale. Costituiscono il 6,7% (110.044) nella Scuola materna; il 7,7% (219.716) nella Scuola elementare; il 7,7% (116.396) nella Scuola media; il 4,3% (118.977), nella Scuola superiore.

Nell’anno scolastico 1996/1997 erano 59.389, lo 0,7% del totale.

La regione con maggiore incidenza di alunni stranieri è l’Emilia Romagna (11,8%), seguono l’Umbria (11,4%), la Lombardia (10,3%), il Veneto (10,2%).

Nettamente inferiore la percentuale di alunni stranieri nelle regioni meridionali (Campania 1,2%, Sicilia 1,7%) (Tab.1).

Tab.1 . Alunni stranieri. Percentuale sul totale alunni per ordine di scuola. 2007-2008

Le nazionalità rappresentate sono 166. I principali Paesi di provenienza sono: Romania (92.732, 16%), Albania (85.195, 14,8%), Marocco (76.217, 13%), Cina (27.558, 4,8%), Ecuador (17.813, 3%).

Gli *alunni nomadi* sono 12.342, il 55% frequenta la scuola elementare, il 26% la scuola media, il 16% la scuola materna e l'1,5% la scuola superiore.

Alunni stranieri nati in Italia. 2^ generazione

Dei 574.133 alunni stranieri, il 34,7% (199.120) sono nati in Italia.

Sono *nati in Italia* il 71%(79.113) dei bambini stranieri nella Scuola materna, il 41%(89.422) nella Scuola elementare, il 18%(822.474) nella Scuola media e il 7% (8.111) nella Scuola superiore.

La distribuzione nel territorio nazionale è uniforme. **(Tab.2)**

Tab. 2 Alunni stranieri nati in Italia. % sul totale alunni stranieri per ordine di scuola. 2007-2008

REGIONI	va.	% sul totale	% S.Infanzia	% S.Elementare	% S. Media	% S.Superiore
Italia	574.133	6,4	6,7	7,7	7,3	4,3
Piemonte	55.448	9,7	10,1	11,4	10,8	6,7
Valle d'Aosta	1.174	6,8	7,8	8,1	6,7	4,6
Lombardia	137.485	10,3	10,9	12	11,5	7
Trentino	11.975	7,5	8,7	8,4	8,2	4,9
Veneto	70.466	10,2	10,6	12,1	11,8	6,4
Friuli V.G.	13.956	8,9	9	10,1	10	6,8
Liguria	17.555	9	8,5	9,6	10,6	7,6
E. Romagna	65.813	11,8	11,1	13,6	13,2	9,3
Toscana	45.243	9,4	9,3	11,1	11,2	6,6
Umbria	13.688	11,4	12,2	13,6	12,7	7,9
Marche	22.112	9,9	11,1	11,5	11,3	6,9
Lazio	57.732	7	6,4	8,3	8,2	5,3
Abruzzo	9.690	5	5,3	6,2	6	3,1
Molise	987	2,1	2	2,7	2,6	1,2
Campania	13.050	1,2	0,9	1,4	1,5	0,9
Puglia	10.673	1,5	1,5	1,9	1,8	1
Basilicata	1.306	1,3	1,3	1,7	1,8	0,8
Calabria	7.858	2,3	2,1	3,1	2,9	1,4
Sicilia	14.726	1,7	1,7	2,2	1,9	1
Sardegna	3.196	1,3	1,2	1,6	1,9	0,8

Proiezioni della popolazione in età pediatrica dal 2003 al 2023 in relazione ai flussi migratori.

Uno studio dell'Ufficio di Valutazione Epidemiologica ha stimato che, nel 2023, in Italia i minori (0-14 anni) aumenteranno del 7% (da 8.240.055 a 8.852.788): gli italiani diminuiranno del 14% (-1.101.941), mentre gli stranieri passeranno da 430.397 a 2.142.617 (+1.712.220). Il tasso medio annuo di crescita della popolazione pediatrica complessiva sarà di 30.537 minori:

-55.074 gli italiani, + 85.611 gli stranieri.

L'incidenza degli stranieri sulla popolazione pediatrica, da 5,2% passerà a 24% nel 2023.

Conclusioni

La presenza di alunni stranieri nati in Italia, testimonia il grado di stabilizzazione raggiunto dalle famiglie; sulla base delle proiezioni demografiche si prevede un aumento costante di minori stranieri.

REGIONI	v.a.	% sul totale	% Scuola Infanzia	% Scuola Elementare	% Scuola Media	% Scuola Superiore
Italia	199.120	34,7	71,2	41,1	17,8	6,8
Piemonte	19.317	34,8	73,8	40,8	15,2	5,1
Valle d'Aosta	424	36,1	63,8	43,9	15,8	6,7
Lombardia	55.757	40,6	76,3	47,1	21,6	8,4
Trentino	2.619	21,9	42,1	25,5	9,4	2,4
Veneto	26.074	37	74,6	43,1	17	5,8
Friuli V.G.	4.216	30,2	69,3	35,4	13,8	3,9
Liguria	5.019	28,6	73,9	37	8,1	4,3
E. Romagna	24.421	37,1	74,3	46,4	21,2	7
Toscana	14.766	32,6	68,5	39,7	15,6	6,7
Umbria	4.766	34,8	78,1	41,5	14,1	4,1
Marche	8.293	37,5	78,1	45,7	18,4	5,4
Lazio	18.246	31,6	68,8	36,6	20,7	8
Abruzzo	2.569	26,5	62,5	31,5	10,4	3,3
Molise	131	13,3	39,1	14,3	3,8	2,9
Campania	2.401	18,4	45,8	22,3	7,9	7,9
Puglia	3.012	28,2	60,8	33,7	14,9	6,7
Basilicata	198	15,2	38,8	16,7	5,8	6,4
Calabria	1.319	16,8	41,6	16,7	11	6
Sicilia	4.774	32,4	54,2	35,1	26	15
Sardegna	798	25	48,6	32,4	15,8	8

Corsi specialistici come perfezionamento della integrazione nella evoluzione della moderna immigrazione.

**E.Pelargonio, **A.Turriziani, **G.Attanasi, **S.Cogliandolo, **F.Scarcella, *G.Cassinari, *M.A.Moretti.*

*ACISEL (Associaz.Cooperaz.Internaz.Studi E Lavoro),Roma

**Associaz.Culturale "Attilio Romanini", Hospice Oncologico "Villa Speranza" dell'Università Cattolica, Roma

Studio, partecipazione a corsi di formazione, inserimento nel mondo del lavoro qualificato, questi sono gli strumenti dell'integrazione per gli immigrati non comunitari che l'ACISEL si è proposta di utilizzare sin dal suo nascere, oltre ad assistere nei suoi due Centri di accoglienza in convenzione con il Comune di Roma, Ufficio Immigrazione, immigrati in necessità, rifugiati e richiedenti asilo.

Oltre ai vari corsi di formazione professionale ed in particolare per assistente domiciliare all'anziano iniziati con la collaborazione del CEPASG dell'Università Cattolica nel 1999 (1-2), si è voluto migliorare la qualifica lavorativa istituendo un corso di specializzazione per "assistente familiare" per l'assistenza al malato oncologico terminale. Questo è stato effettuato in collaborazione con l'Associazione Attilio Romanini che da tempo è interessata a questi problemi e che opera presso l'Hospice oncologico Villa Speranza, gestito da personale sanitario universitario del policlinico A.Gemelli di Roma. La domanda di questo tipo di assistenza è grande e per questo si è ritenuto ottimale proporre una adeguata preparazione per questa richiesta così delicata.

Materiale e metodo

Il corso è stato bandito per stranieri non comunitari con permesso di soggiorno, titoli adeguati come buona conoscenza della lingua italiana, preparazione scolastica superiore, aver frequentato possibilmente un corso di assistenza domiciliare per l'anziano, possibilmente aver avuto una esperienza lavorativa nell'assistenza domiciliare all'anziano ed attitudine e motivazione per un lavoro richiedente particolare sensibilità. Come è ormai consuetudine a questi corsi partecipano anche italiani che vedono in essi uno sbocco lavorativo qualificante e sicuro anche per loro.

Tra le numerose persone che hanno presentato domanda, corroborata da una intervista per valutarne la conoscenza dell'italiano, la motivazione e l'attitudine, ne sono state selezionate 24 ed ancora scelte soltanto 14 perché si è voluto dare a quest'ultime un corso con solide basi, un serio insegnamento ed una affidabilità del lavoro che avrebbero dovuto svolgere.

Di queste 14 persone 11 (78,57%) erano straniere e 3 (21,43%) italiane: la loro età variava da 25 a 56 anni. Quattro (28,57%) erano maschi e 10 (71,43%) femmine. L'età media era di 48 anni per gli uomini e di 42 per le donne. Sia per gli uomini che per le donne il 50% di essi apparteneva al gruppo dai 25 ai 45 anni ed il 50% al gruppo dai 46 ai 56 anni. Otto di essi (57,14%), 4 maschi e 4 femmine, erano di nazionalità peruviana, 3 (21,45%) femmine erano italiane, 2 (14,29%) femmine ucraine, 1 (7,14%) femmina romena.

Per quel che riguarda i titoli di studio, per tutti conseguiti nelle rispettive nazioni, 8 (57,14%) erano in possesso di una laurea (3 m. 37,50% e 5 f. (62,50%); 5 (37,51%) avevano titoli per studi superiori, 1 m. (20%) e 4 f. (80,00%); 1 f. (7,14%) titoli di studi medi, 1 f. (100%). I titoli di laurea erano stati così conseguiti: in lingua russa, economia e commercio, medicina veterinaria, scienze politiche, ingegneria edile, ingegneria agraria, matematica, educazione fisica. Quattro persone (28,57%) erano anche in possesso di titoli infermieristici o studi sanitari.

Sette candidati (50,00%), di cui 3 m. (21,43%) e 4 f. (28,57%) avevano già frequentato dei corsi di assistenza agli anziani, 1 f. (7,14%) un corso per assistenza a non vedenti ed 1 f. (7,14%) per

mediatrice culturale. Cinque (37,51%), 1m. e 4f., non avevano frequentato alcun corso.

Al momento dell'iscrizione 12 (92,86%) affermavano di avere già un lavoro mentre 2 (14,29%), 1m. ed 1 f. erano disoccupati.

La conoscenza della lingua italiana, data la rigida selezione iniziale, era da buona ad ottima per tutti i soggetti accettati, così come lo erano le motivazioni e l'attitudine ad intraprendere questo tipo di corso quando rilevate dagli intervistatori che li avevano ascoltati.

Il corso è stato articolato in 34 lezioni, 40 ore di teoria ed 80 di tirocinio pratico presso l'Hospice "Villa Speranza" a contatto con i pazienti oncologici, suddiviso in argomenti di clinica, di nursing, di aspetti psico-sociali, di etica e spiritualità ed infine di organizzazione delle cure palliative.

Il corso così come programmato è stato presentato alla Regione che lo ha approvato e finanziato con fondi regionali del dipartimento sociale, direzione generale, pari opportunità e politiche giovanili, aree attuazione ed interventi politiche del lavoro.

Risultati

Il corso è stato seguito con assiduità e profitto da 10 candidati (71,45%) essendosi due di essi (14,29%) ritirati per motivi personali a metà del corso. A 2 (14,29%) di essi è stata concessa una proroga nel tirocinio pratico per gravi motivi di lavoro dando loro la possibilità di terminarlo. Tutti i partecipanti hanno potuto pertanto sostenere con successo più che soddisfacente gli esami scritti a quiz ed orali.

Considerazioni conclusive

L'inserimento progressivo, a volte lento, nella compagine lavorativa italiana favorisce l'integrazione anche qualificata di gran parte di coloro che, lasciata la loro terra per vari motivi di sopravvivenza, hanno scelto liberamente di vivere in Italia, serenamente e con la volontà di progredire e di giungere agli stessi livelli degli italiani nelle varie categorie lavorative. E' necessario però che per soddisfare queste esigenze e questi desideri, vi sia da parte del paese ospitante una apertura all'accoglienza ed alla compartecipazione alle modalità del loro progresso tale da aiutarli a crescere nel rispetto dei loro diritti e dei loro doveri.

L'attività dell'ACISEL continua a concretizzare nel tempo il suo pensiero che "la cultura rende l'uomo libero e la libertà genera lavoro e rispetto dei diritti e doveri umani."

Consci di questo tutto il personale dell'ACISEL ha teso sempre verso questa meta vedendone i buoni risultati nel tempo.

E' ovvio che anche molte altre associazioni, società e cooperative tendono a questo scopo ed anche noi crediamo che nel perseguirlo, l'ACISEL sia riuscita pienamente ad ottenere dei risultati soddisfacenti.

Già dalla fine degli anni '90, anticipando le future leggi che avrebbero facilitato il rilascio del permesso di soggiorno agli stranieri che si dedicavano all'assistenza domiciliare agli anziani, l'ACISEL aveva prospettato ed ottenuto in ambiente "universitario" la preparazione di questa categoria di persone che così potevano essere adeguatamente addestrate e qualitativamente apprezzate e riconosciute (1-2). Era il primo passo della formazione di quel gruppo di persone chiamate in modo inappropriato "badanti" e che risultavano essere poi delle preziose assistenti familiari all'anziano, a persone affette da patologie debilitanti o a persone non autosufficienti.

Dopo questi primi passi che ha visto moltiplicarsi i corsi perché preferiti dalla maggior parte degli stranieri che vedevano un sicuro impiego alla fine del corso, si è passati ad un secondo gradino cercando di offrire una più specialistica formazione per coloro che ne avevano la volontà e le capacità di farla.

Tra la popolazione immigrata che si è andata accumulando negli ultimi anni, non mancano

persone culturalmente preparate nei loro paesi, non mancano i volenterosi di fare sempre meglio e di più, adescati anche dall'idea che tali corsi di perfezionamento li rende ancora più preziosi nella richiesta di personale qualificato.

Sondando le necessità della popolazione italiana, che come si era prospettato riteneva estremamente utile e pertanto richiesta la categoria degli assistenti domiciliari all'anziano ed alle persone in necessità, si è pensato di effettuare un corso per "assistente familiare domiciliare al paziente oncologico terminale". E' questa una figura che si è venuta man mano delineando nell'assistenza al malato oncologico terminale assieme all'esigenza medica di ampliare le conoscenze e l'applicazione delle cure palliative.

Con l'Associazione culturale Attilio Romanini che da tempo utilizza i propri volontari per l'assistenza al malato oncologico ed alla sua famiglia e poiché i medici ed il personale che ne fanno parte lavorano nell'ambito Universitario dell'Università Cattolica di Roma, gestendo l'Hospice "Villa Speranza", l'ACISEL ha prospettato un 1° corso di formazione di questo tipo.

Questa proposta è stata subito accettata e concretizzata dai dirigenti l'Associazione Romanini e l'Hospice, proposta che in realtà era già stata ventilata intorno al 1999 quando poi si iniziarono i corsi per l'assistenza domiciliare all'anziano.

Questo corso lo si è voluto riservare agli stranieri che avevano già delle esperienze documentate nell'assistenza o che avessero già dei diplomi di corsi "qualificati" per l'assistenza domiciliare all'anziano.

Si è voluto cercare un gruppo di persone più specializzato educandole all'assistenza di malati oncologici in particolare ed alla loro famiglia che in questo ultimo periodo della vita del loro caro ha bisogno anche di un supporto di più apparente umanità, comprensione, solidarietà e tatto.

Per questo si è cercato di scegliere tra i candidati i più qualificati per cultura, volontà, attitudine, conoscenza della lingua italiana per poter dialogare con l'assistito e con l'intero gruppo familiare e per gentilezza e delicatezza di modi nell'assistere una persona in condizioni così critiche.

Tutto ciò è stato fatto intervistando i candidati da personale esperto nel campo selezionando alla fine un piccolo numero (14 persone) per offrire un insegnamento più diretto, seguirlo meglio e per poterlo accostare con mansioni responsabili alla cura dei pazienti ricoverati nell'Hospice sotto la sorveglianza di medici specialisti, psicologi, personale infermieristico, a contatto dei vari servizi sanitari e con un gruppo di volontari, tutti facenti parte di uno staff di assistenza e cura al malato oncologico terminale.

Il corso era previsto per una durata di 120 ore, 40 ore di lezioni teoriche tenute nell'aula dell'Hospice ed 80 ore di tirocinio con assistenza diretta al malato terminale. Il corso è stato svolto secondo il programma stabilito comprendendo lezioni di tecniche assistenziali e lezioni di approccio umano e psicologico al paziente terminale ed alla sua famiglia. Il serio impegno posto dai candidati è stata una risposta responsabile agli sforzi compiuti dal personale docente dando dei buoni risultati ed offrendo a tutti la possibilità di inserirsi a tutti gli effetti in questa nuova specializzazione lavorativa.

Poiché come già detto lo scopo dell'ACISEL era quello di condurre alla piena integrazione attraverso lo studio ed il lavoro i suoi assistiti, ha ritenuto opportuno, prima di iniziare il corso, di creare una cooperativa apposta per dare sicurezza, protezione ed ufficialità ai suoi soci che sarebbero stati, se lo avessero voluto, i candidati al corso. Tutto questo è stato discusso con loro ed ora essi fanno parte di questa cooperativa che gestisce il loro inserimento lavorativo quando richiesto dai familiari del soggetto che ne ha bisogno completando in tal modo il loro iter di integrazione. Inoltre l'Associazione "Romanini" ha aperto le sue porte ad una formazione permanente invitando gli operatori assistenziali a frequentare lezioni monotematiche che

vengono tenute periodicamente presso l'Hospice.

La peculiarità che potrebbe sembrare negativa per questa categoria di operatori è la variabilità dell'impegno lavorativo a causa delle condizioni di salute dell'assistito che può variare da un giorno a periodi più o meno lunghi di assistenza e che usualmente termina con l'inevitabile sopraggiungere del decesso. Se questa può frenare la volontà di impegnarsi in questo tipo di attività che offre l'incertezza di un lavoro precario d'altro canto ancor oggi offre una sicurezza data l'alta richiesta per questo personale specializzato. Inoltre, la speranza di ottenere maggiori e facili guadagni per lavorare in questa situazione (onorari più alti), è tarpati dalle condizioni economiche spesso non tanto buone delle persone e delle loro famiglie che sono provate dal carico economico per la gestione della malattia stessa. Per tali seri motivi l'opera di questi assistenti si è dimostrata encomiabile perché essi si sono prefissi di mantenere a livelli di semplice assistenza le loro richieste, venendo incontro alle famiglie che non possono affrontare ulteriori appesantimenti economici. Da ciò si evince la nobiltà di questa professione che oltre alla comune assistenza associa una grande comprensione, solidarietà ed umanità per la persona sofferente e per la sua famiglia.

A questo punto si può dire che il nostro compito, anche se protratto nel tempo, è terminato avendo aiutato gli stranieri non comunitari ad inserirsi con qualifica ed a pieno titolo nel contesto socio-culturale-lavorativo italiano ed a camminare da soli verso il loro avvenire e si è pertanto orgogliosi per aver aiutato a formare un gruppo di "nuovi italiani" che si associano a noi nella costruzione di una nuova società civile nel rispetto della dignità umana e della solidarietà.

Bibliografia

- 1) R. Bernabei, F. Caretta, P. De Sole, G. Pelargonio, M. Petrini, E. Rovella. Analisi di un corso di formazione per immigrati effettuato da una Istituzione esperta nel settore specifico dell'assistenza agli anziani. Atti VI Consensus Conference sulla immigrazione e IV Congresso Nazionale della SIMM; pag. 282; Palermo 25-28 maggio 2000
- 2) M. S. Ricci, A. Ciarmatori, E. Pelargonio, S. Pelargonio. Follow up dei corsi di formazione riservati agli stranieri non comunitari per l'assistenza domiciliare agli anziani: aspettative e risultati. Atti VII Consensus Conference V Congresso Nazionale della SIMM; pag 260; Erice 19-22 maggio 2002

Salute del bambino

Pratiche preventive e stato di salute nel primo anno di vita. Confronto tra cittadinanze sulla base delle schede pediatriche 12 mesi.

S. Piffer^o, L. Battisti^o, E. Cescatti*

^oOsservatorio Epidemiologico,

* U.O. Ostetricia e Ginecologia, Ospedale S. Chiara Trento; Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari - Trento

Introduzione

La provincia di Trento è stata ed è interessata negli anni 2000 da una intensa ondata migratoria, tanto che, la quota di stranieri residenti è passata da 14.380 del 2000 (pari al 3,0% della popolazione) ai 37.967 stranieri del 2007 (7,4% della popolazione). L'area di provenienza prevalente è rappresentata dall'Europa dell'est, con la Romania che fa la parte del leone, rappresentando al 31.12.2007 il 15,8% degli stranieri residenti. All'interno di ogni nazionalità, ma soprattutto in riferimento ai Paesi dell'est Europa, le classi di età preponderanti sono rappresentate da quelle fino ai 39 anni, sia nei maschi che nelle femmine. Questo ha avuto e sta avendo un rilevante impatto sull'attività riproduttiva, sulle nascite ed i servizi sanitari connessi, enfatizzato anche dal fatto che aumentano i matrimoni misti ed aumenta la proporzione di madri straniere. In provincia di Trento la proporzione di madri straniere passa dal 13,1% del 2003 al 19,9% del 2007. La popolazione straniera ed in particolare le donne straniere si portano dietro, nel loro nuovo paese di residenza, i retaggi ed il background culturale proprio del paese di origine. Questo ovviamente riguarda anche l'ambito dei comportamenti connessi alla salute ed all'accesso/pratica delle misure preventive. Basti considerare al riguardo i criteri di ricorso all'interruzione volontaria della gravidanza. In ogni caso, le donne ed i bambini rappresentano delle categorie di popolazione potenzialmente esposte a rischio meritevoli di un monitoraggio allo scopo di verificare i bisogni/problemi esistenti utili ad indirizzare specifici interventi da parte dei servizi sanitari e non sanitari.

I flussi informativi correnti possono aiutarci nel monitoraggio e nell'identificazione dei potenziali problemi. Nel settore materno-infantile un grosso passo avanti è stato rappresentato dall'introduzione del nuovo Certificato di Assistenza al Parto (Cedap) introdotto dal DM 349 16.7.2001 "Regolamento recante modificazioni al certificato di assistenza al parto, per la rilevazione dei dati di sanità pubblica e statistici di base relativi agli eventi nascita, alla natimortalità e ai nati affetti da malformazioni". Questo ha consentito di sviluppare e valorizzare a livello regionale i flussi informativi correnti sull'assistenza in gravidanza, al parto ed al neonato, permettendo di raccogliere anche dati differenziati secondo la cittadinanza. In provincia di Trento si dispone da tempo di un flusso Cedap informatizzato che viene attivato direttamente dalle sale parto e che contiene un patrimonio informativo più ricco rispetto a quanto richiesto dal DM sopracitato. Oltre al Cedap si dispone di altri flussi informativi utilizzabili a valle dell'evento nascita: tra questi in particolare si ricordano i dati sugli accessi in Pronto soccorso, le schede di dimissione ospedaliera ed i dati di mortalità. Da oltre 10 anni è attivo in Trentino un sistema di sorveglianza sullo stato di salute in età evolutiva che integra le informazioni raccolte dai flussi informativi correnti. Il sistema viene attivato tramite la compilazione di una scheda informativa cartacea da parte del pediatra di libera scelta (PLS) in occasione dei "Bilanci di salute" del 12° mese di vita, dei 6 e 13 anni. Dall'anno 2004 le schede cartacee sono inviate da ogni PLS ai distretti sanitari di competenza che provvede al loro controllo, all'informatizzazione ed al conseguente invio annuale, in formato elettronico, all'Osservatorio Epidemiologico. L'Osservatorio Epidemiologico provvede all'elaborazione dei dati ed al ritorno informativo ai distretti ed agli stessi PLS.

Metodologia

Le schede relative ai primi 12 mesi di vita raccolgono le variabili personali del bambino: i dati neonatali, i dati antropometrici, i dati sui controlli preventivi, le misure di profilassi, l'allattamento materno, lo svezzamento e le principali patologie manifestate. Gli ultimi dati disponibili riguardano la coorte di nascita 2004 con 4.121 schede raccolte, per una copertura rispetto ai nati vivi nel 2004 dell'83,3%. Per questa coorte di nascita risultano diraggregabili i dati anche secondo la cittadinanza. Sono stati confrontati, per una serie di variabili traccianti, i dati relativi ai singoli distretti sanitari ed ai bambini di madre straniera verso quelli di madre italiana. Le differenze sono state testate, per la significatività, con il test chi quadrato o il test esatto di Fischer, quando richiesto. Per un recupero di informazioni, assenti/carenti nelle schede pediatriche, si è operato un record linkage con il database del Cedap relativo alla coorte dei nati del 2004; per una valutazione puntuale delle coperture vaccinali si è operato un confronto tra l'archivio delle schede 12 mesi e le anagrafi vaccinali computerizzate. Quando possibile, in relazione alla consistenza della casistica, si è operato un confronto tra le principali aree geografiche di provenienza delle madri dei bimbi stranieri.

Risultati

La proporzione di lattanti con meno di 4 bilanci di salute nel primo anno di vita è complessivamente pari al 15,7%; in due distretti tale proporzione è maggiore rispetto all'atteso ($p < 0,05$); nei bimbi di madre straniera la proporzione di lattanti con meno di 4 bilanci di salute è del 25,1%, maggiore, con una differenza statisticamente significativa ($p < 0,01$) rispetto ai bimbi italiani. In ogni distretto, i bimbi di madre straniera tendono ad avere un numero di bilanci di salute inferiore rispetto ai bimbi italiani. Gli asiatici presentano il valore peggiore (36,4%). Non emergono differenze in relazione all'area urbana o rurale di residenza delle madri straniere oppure secondo il PLS. Non emergono differenze tra distretti e cittadinanze rispetto alle coperture vaccinali: considerando sia le vaccinazioni obbligatorie (oltre il 95% di copertura) che la vaccinazione antimorbillo (85,9% di copertura). Il 75% dei lattanti è sottoposto complessivamente a boel test, a fronte del 65% dell'insieme degli stranieri ($p < 0,05$), con gli asiatici che presentano la copertura minore, pari al 54,4% ($p < 0,01$). L'esposizione a fumo passivo è del 19,5% nei bimbi italiani e del 33,3% negli stranieri; con una differenza che è statisticamente significativa ($p < 0,05$) e con i bimbi di madre/padre di origine centro-sud americana che presentano i valori più elevati (47,2%). La copertura della fluoroprofilassi, raccomandata ed incentivata tramite un'iniziativa pubblica a partire dal 6° mese di vita è del 79,2% negli italiani e del 62,5% negli stranieri, con una differenza statisticamente significativa ($p < 0,05$). Gli Asiatici e gli africani presentano la copertura minore rispetto alla fluoroprofilassi (54,5 e 55,3% rispettivamente). In due distretti complessivamente la copertura è più bassa dell'atteso ($p < 0,05$). Le puerpere allattanti sono complessivamente il 91% (89,2% le italiane e 93,7% le straniere). Risultano allattati al seno per almeno 6 mesi in modo esclusivo, secondo le raccomandazioni dell'OMS, il 40% dei bimbi italiani ed il 42,7% dei bimbi stranieri, in due distretti la proporzione è inferiore al valore atteso ($p < 0,05$). Non emergono però al riguardo differenze statisticamente significative tra bimbi italiani e bimbi stranieri. Parimenti non emergono differenze statisticamente significative tra distretti sanitari e tra bimbi italiani e stranieri rispetto all'assunzione di vitamina D e K, finalizzate rispettivamente alla prevenzione del rachitismo e della malattia emorragica tardiva del lattante. Non emergono differenze statisticamente significative tra cittadinanze e tra distretti sanitari in merito ai criteri e alla tempistica dello svezzamento. Emergono delle differenze tra distretti rispetto alla prevalenza di malattie infettive e respiratorie con i bimbi stranieri che registrano prevalenze inferiori agli italiani.

Discussione

Il flusso informativo corrente attraverso le schede pediatriche informa sullo stato di salute nel primo anno di vita e l'accesso alle misure preventive/profilattiche, opportunamente integrato con i flussi correnti di riferimento: Cedap, SDO e con i dati sulle anagrafi vaccinali, tale flusso può fornire informazioni preziose sullo stato di salute e sullo sviluppo nel primo anno di vita. Certamente i criteri organizzativi del flusso delle schede pediatriche in provincia di Trento dovrà essere perfezionato ed ottimizzato, specie nei passaggi: PLS-Distretti e Distretti-O.Epidemiologico, per consentire un recupero più celere delle informazioni. Il quadro complessivo che esce da questa analisi non configura una particolare situazione problematica che riguardi i bambini stranieri nel loro primo anno di vita. Interventi obbligatori per legge come – in parte- le vaccinazioni, non fanno registrare differenze tra distretti e cittadinanze. Lo stesso dicasi per l'allattamento, dove i dati relativi agli stranieri sono migliori rispetto a quelli relativi ai bimbi italiani. In interventi dove è richiesto un coinvolgimento attivo delle famiglie e/o un atteggiamento di accompagnamento da parte dei servizi territoriali: accesso ai periodici bilanci di salute del primo anno di vita, accesso al boel test, accesso/aderenza alla fluoroprofilassi si registrano differenze tra bimbi stranieri e bimbi italiani, con i primi penalizzati. Emergono comunque, per questi aspetti, delle differenze tra distretti che determinano riduzioni di copertura/ di accesso anche nei bimbi italiani. Non emergono differenze in relazioni alle misure profilattiche personali (vit.D, vit. K, svezzamento) a riprova anche della buona interazione con la rete dei PLS, il cui approccio, al di là della numerosità dei controlli nel primo anno di vita, non determina differenze in relazione alla cittadinanza o nazionalità.

L'Educazione continua in medicina (ECM) svolta in Italia nel periodo 2002-2008 sui temi della Salute dei Migranti

S. Pizzuti*, D. Di Thiene*, A. Di Nicola^o, G. Baglio^o, S. Geraci[#], M. Marceca*

* Dipartimento di Scienze di Sanità Pubblica, Sapienza Università di Roma

^o Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali – Settore Salute, Roma

[#] Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), Roma
Istituto Superiore di Sanità

Introduzione

Il tema della formazione/aggiornamento degli operatori sociosanitari nell'ambito della salute dei migranti sta registrando una crescente attenzione, in modo sostanzialmente parallelo alla visibilità dell'utenza di origine straniera presso i servizi sociosanitari.

Si sottolinea come, tra le Raccomandazioni finali del 1° Rapporto che la Commissione intergovernativa per le Politiche di Integrazione degli Immigrati ha pubblicato nel 2000 si può leggere: *“Sulla base di quanto esposto: si propone di incoraggiare la formazione e l'aggiornamento del personale operante nei servizi sanitari pubblici, attraverso lo stanziamento nazionale e regionale di fondi ad hoc od il pieno utilizzo di quelli già previsti; ...omissis...”*

Anche l'attenzione del mondo medico è andata aumentando, come ben rappresentato da quanto contenuto nel *“Manifesto di Padova sul Multiculturalismo in medicina e sanità”* approvato dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO) il 24 novembre 2007, a proposito della formazione del medico: *“La formazione del medico deve essere improntata al superamento delle concezioni dogmatiche e riduttive in medicina. Il medico in formazione deve acquisire nozioni di ordine psicologico, antropologico, etnologico e conoscenze relative alle concezioni di vita e della morte, della salute e della malattia che gli permettono di inquadrare il paziente. La formazione professionale permanente deve porre particolare attenzione allo sviluppo di conoscenze, competenze e comportamenti che adeguino le capacità del medico di interpretare ed affrontare situazioni cliniche diverse collocandole nel loro contesto esistenziale e sociale”*.

Su tali premesse, abbiamo ritenuto importante studiare quanto e come si sia investito in questi anni in Italia sul tema della specifica formazione continua in medicina. Oggetto del presente contributo è pertanto l'analisi dei Corsi ECM che si sono svolti in Italia nel periodo 2002-2008 (primi sei mesi). E' infatti dal 2002 (conclusasi la fase sperimentale) che è partita la fase ufficiale del Progetto ECM del Ministero della Salute per l'aggiornamento del personale sanitario: da allora è stato possibile registrarsi come organizzatori di attività formative (corsi) attenendosi alle istruzioni descritte in un apposito manuale. I soggetti coinvolti a vario titolo nel progetto ECM sono: il Ministero della salute; le Regioni e PA; la Commissione nazionale per la formazione continua che si avvale della collaborazione di esperti delle professioni coinvolte e di osservatori; la segreteria della Commissione; gli organizzatori di eventi; gli operatori sanitari cui è destinata l'offerta formativa; gli Ordini e i Collegi professionali; le Società scientifiche; le Associazioni professionali; le Organizzazioni sindacali.

I corsi ECM si distinguono in 'Eventi' e 'Progetti Formativi Aziendali (PFA)'.

L'Evento è *“una singola, programmata attività di formazione continua residenziale o a distanza, finalizzata all'aggiornamento e al miglioramento professionale del personale sanitario”*. Il PFA *“è un insieme coordinato e coerente di singoli eventi formativi, attinenti ad uno specifico ed unitario obiettivo nazionale o regionale, organizzato da una (o più di una) Azienda sanitaria pubblica o privata per il proprio personale dipendente o convenzionato appartenente ad una o più categorie professionali”*. Il PFA è diretto quindi a favorire la

formazione in ambito aziendale ed interessa tutte le Aziende sanitarie pubbliche (Aziende sanitarie locali ed ospedaliere, Policlinici universitari, IRCCS, Istituti di cura pubblici o equiparati) e private (Case di cura e strutture sanitarie private). Il PFA è articolato in una o più tipologie di attività formative, può essere anche di durata annuale, è destinato ad una o più categorie professionali operanti nell'azienda e, per garantire la continuità assistenziale e consentire la partecipazione a tutto il personale, può essere ripetuto in più edizioni.

L'ambito di ricerca qui presentato è parte di un Progetto finanziato dall'ex Ministero della Salute dal titolo "Migrazione: sistema di accoglienza verso la popolazione immigrata dei servizi sanitari e verifica dell'osservanza del diritto alla salute di queste popolazioni", che ha avuto formale avvio nell'aprile 2008.

Impianto metodologico

Obiettivo principale della presente ricerca è rappresentato dall'analisi e dalla descrizione, sulla base dei dati disponibili, delle caratteristiche fondamentali dei percorsi formativi già effettuati in Italia nel periodo indicato, in ordine di trarne successivamente criteri ed indicazioni utili a suggerire raccomandazioni metodologiche di qualità.

È stata preliminarmente richiesta ed ottenuta formalmente la collaborazione del *Ministero della Salute* (attualmente divenuto *Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali*); è stato quindi possibile interrogarne, previa definizione di espliciti 'termini di ricerca' che consentissero l'individuazione dei Corsi di interesse (vedi Box 1), la Banca dati ECM per il periodo gennaio 2002 - giugno 2008. I risultati e le ulteriori elaborazioni sono stati archiviati in una griglia che ne schematizza alcune variabili: titolo del Corso, numero di edizioni, data di inizio e fine, luogo di svolgimento, nome e tipo di *provider*, destinatari del Corso (target), crediti ECM riconosciuti.

Box 1 – Termini di ricerca utilizzati per interrogare la banca dati del Ministero della Salute

stranieri, straniera, popolazione straniera, popolazione non italiana, popolazione mobile, immigrati, extracomunitari, migranti, immigrazione, migrazione, rifugiati, richiedenti asilo, vittime di tortura, rom, nomadi, zingari, esclusione, multiculturale, interculturale, transculturale

Risultati e discussione

L'interrogazione della Banca dati ECM ha generato complessivamente 997 iniziative di formazione, di cui 657 'Eventi' e 340 'PFA' (Progetti Formativi Aziendali); sottraendo le edizioni ripetute dello stesso Corso, sono emersi 301 Eventi e 119 PFA (vedi Tabella 1). L'analisi preliminare dei dati, disaggregata per luogo di svolgimento, ha permesso di risalire alla distribuzione territoriale delle iniziative svolte, assegnando ad ogni Regione/PA un rango per ordine decrescente di frequenza dei corsi effettuati. Le Regioni maggiormente attive sono risultate: la Lombardia (21,9% con 92 corsi complessivi), il Lazio (13,6% con 57 corsi), il Piemonte (13,1% con 55 corsi), il Veneto (11,4% con 48 corsi) e la Sicilia (7,1% con 30 corsi).

Con riferimento agli *Eventi*, l'analisi temporale ha evidenziato che il numero di iniziative formative svolte per ciascun anno è stato: 32 (2002); 81 (2003); 153 (2004); 162 (2005); 97 (2006); 94 (2007); 38 (primi sei mesi 2008).

Riguardo la durata degli *Eventi*, desunta dalla data di inizio e fine riportata nella Banca dati ECM, sono emersi 384 corsi (58,4%) svolti nell'ambito di una giornata e 80 corsi (12,2%) svolti in due giorni consecutivi; la restante percentuale di *Eventi* (29,4%) può essere stata articolata in due giorni non consecutivi o essere durata più di due giorni.

Tabella 1 - Eventi e Progetti formativi aziendali (PFA) accreditati (2002-2008) forniti dalla banca dati ECM del Ministero della Salute

Regione/ P.A.	Eventi	%	PFA	%	Totale	Rango
Abruzzo	4	1,3	8	6,7	12	10
Basilicata	0	0	0	0	0	18
Bolzano	1	0,3	0	0	1	17
Calabria	4	1,3	1	0,8	5	15
Campania	13	4,3	9	7,5	22	7
E. Romagna	24	8,0	1	0,8	25	6
Friuli VG	10	3,3	3	2,5	13	9
Lazio	45	15	12	10,1	57	2
Liguria	10	3,3	7	5,9	17	8
Lombardia	73	24,2	19	16	92	1
Marche	6	2,0	0	0	6	14
Molise	0	0	0	0	0	18
Piemonte	30	10	25	21	55	3
Puglia	7	2,2	2	1,7	9	12
Sardegna	7	2,2	0	0	7	13
Sicilia	18	6,0	12	10,1	30	5
Toscana	10	3,3	1	0,8	11	11
Trento	4	1,3	0	0	4	16
Umbria	3	1,0	3	2,6	6	14
Val d'Aosta	0	0	0	0	0	18
Veneto	32	11,0	16	13,4	48	4
TOTALE	301	100,0	119	100	420	----

Le regioni che sono risultate aver effettuato il maggior numero di *Eventi* sono: Lombardia (73), Lazio (45), Veneto (32), Piemonte (30); invece in Basilicata, Molise, Val d'Aosta non ne è stato effettuato alcuno.

Con riferimento ai *provider* degli *Eventi* sono risultati, in ordine decrescente di frequenza:

società / casa editrice: 142

altro soggetto privato: 130

azienda sanitaria locale: 84

scuola di formazione: 84

azienda ospedaliera: 42

ordine professionale: 40

società scientifica: 25

altro ente pubblico: 23

Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS): 22

università: 18

società o associazione professionale: 18

fondazione: 10

provincia autonoma: 7

regione: 2

ministero / regione / PA (tutti): 1

casa di cura privata: 0

istituto zooprofilattico (IZS): 0

Riguardo al *target* cui sono rivolti gli *Eventi* sono stati individuati, in ordine decrescente di frequenza:

medici chirurgici: 230

infermieri: 105

psicologi: 76

tutte le professioni: 58
farmacisti: 48
ostetriche: 43
assistenti sanitari: 21
educatori: 19
infermieri pediatrici: 14
fisioterapisti: 9
tecnici della prevenzione ambientale: 4
terapisti della neuro-psicomotricità: 4
logopedisti: 4
veterinari: 2
dietisti: 2
tecnici sanitari laboratorio biomedico: 1
tecnici di neuro-fisiopatologia: 1
 manca dato: 21

Considerando il numero complessivo di *crediti ECM* riconosciuti per categoria professionale (genericamente è stato riconosciuto 1 credito per ora di formazione, fino a 50 ore), sono emersi i seguenti dati in ordine decrescente (tra parentesi il contributo percentuale sul totale dei 6.067 crediti assegnati):

medici chirurghi: 1.258 (20,7%)
psicologi: 1.060 (17,5%)
tutte le professioni: 1.052 (17,3%)
infermieri: 1.022 (16,8%)
farmacisti: 445 (7,3%)
ostetriche: 422 (7,0%)
assistenti sanitari: 202 (3,3%)
infermieri pediatrici: 127 (2,1%)
fisioterapisti: 124 (2,0%)
educatori: 115 (1,9%)
terapisti della neuro-psicomotr.: 94 (1,6%)
tecnici prevenz. ambientale: 47 (0,7%)
logopedisti: 39 (0,6%)
veterinari: 27 (0,4%)
dietisti: 16 (0,3%)
tecnici san. laboratori biomed.: 13 (0,2%)
tecnici neuro-fisiopatologia: 4 (0,06%)

Con riferimento ai *PFA*, l'analisi temporale ha evidenziato che il numero di iniziative formative svolte per ciascun anno è stato: 23 (2002); 33 (2003); 80 (2004); 62 (2005); 82 (2006); 47 (2007); 10 (per i primi sei mesi del 2008).

Sono risultate inoltre: 76 edizioni singole, 25 edizioni ripetute per due volte, 39 edizioni ripetute per più di due volte. Riguardo la durata dei *PFA*, anch'essa desunta dalla data di inizio e fine riportata nella Banca dati ECM, è stato possibile individuare con certezza esclusivamente i corsi che si sono all'interno di in una giornata (99/340) o in due giorni consecutivi (36/340). Come evidenziato in tabella 1, le regioni che sono risultate aver effettuato il maggior numero di *PFA* sono risultate: Piemonte (25); Lombardia (19); Lazio e Sicilia (12 ciascuna). Invece, in Basilicata, Marche, Molise, Sardegna, Trento, Val d'Aosta e nella PA di Bolzano non si è tenuto alcun corso del tipo *PFA* nel periodo esaminato.

La tipologia di *provider* di questi corsi è così rappresentata in ordine decrescente: Azienda USL (271 corsi); Aziende ospedaliere (64 corsi); IRCCS (5 corsi). Il numero di ECM totali riconosciuti per i 340 corsi di tipo *PFA* è pari a 4.230; non è stato possibile disaggregare i crediti per tipologie di destinatari poiché la banca dati ECM del Ministero non ha fornito tale informazione.

Nella distribuzione tra *Eventi* e *PFA* si evidenzia come vi siano Regioni (come l'Emilia Romagna, la Toscana e, in parte, il Lazio e la Lombardia) che hanno la tendenza ad accentrare la formazione piuttosto che a delegarla al livello aziendale (quello proprio dei *PFA*). È stata rilevata anche una certa corrispondenza tra territori solo marginalmente interessati, da un punto di vista demografico, dal fenomeno migratorio, e assenza di attività formativa specifica nel periodo di tempo considerato (Basilicata, Molise e Val d'Aosta).

Per quanto riguarda il trend temporale complessivo della formazione ECM riconoscibile come specificamente dedicata al tema della salute ed assistenza dei migranti, stando ai nostri dati si registrano due fasi distinte: una prima, relativa al periodo 2002-2005 (per i *PFA*, 2002-2004), di crescita rilevante dei corsi proposti sul territorio nazionale; una seconda, nel periodo 2006-2008, di forte decremento dell'offerta formativa. Risulta difficile interpretare questa inversione di tendenza, in assenza di dati di confronto generali. Non ci è possibile cioè affermare se essa sia dovuta ad un calo effettivo dell'interesse sul tema da noi studiato, o piuttosto sia riferibile - da una parte - ad una minore richiesta di formazione generale, legata ad una minore esigenza/attenzione dei professionisti o - dall'altra parte - ad una minore offerta di formazione legata ad una più ridotta disponibilità di risorse complessivamente destinate all'educazione continua in medicina.

Con riferimento ai soggetti proponenti i corsi (*provider*), per quanto sia discutibile assegnare una natura pubblica o privata ad alcuni soggetti (ad es., Società scientifiche, Scuole di formazione, Associazioni professionali), si evidenzia una discreta competizione tra soggetti privati (preponderanti) e pubblici nel settore degli *Eventi* ed un sostanziale, e d'altronde inevitabile vista la natura del corso), monopolio del soggetto pubblico nel settore dei *PFA*. La scelta dei destinatari dei corsi (*target*), in assenza di una possibilità di confronto tra le due tipologie di eventi, evidenzia, come prevedibile, una quasi totalità di figure sanitarie; piuttosto confortante è però la discreta articolazione delle figure coinvolte, con un netto interessamento, oltre che di medici ed infermieri, degli psicologi, dei farmacisti, delle ostetriche.

Concludendo, il nostro paese sembra aver complessivamente registrato l'esigenza di adeguare l'aggiornamento del personale sociosanitario dei servizi ad una delle più rilevanti trasformazioni sociali avvenute, quella dell'immigrazione; purtroppo, dopo un avvio deciso, ha mostrato una difficilmente spiegabile inversione di rotta. Alcune regioni, molte delle quali significativamente interessate dal fenomeno migratorio, hanno mostrato una certa prontezza e vitalità nel collocare il tema nell'agenda della educazione continua in medicina. Altre sembrano meno reattive, e non sempre ciò è correlabile ad una scarsa presenza di immigrati. Pur non avendo dati specifici a supporto, la nostra esperienza ci dice che, vista l'entità del fenomeno migratorio nel nostro paese e le sue ripercussioni sul sistema sanitario, il numero complessivo di corsi professionalizzanti realizzati sul tema in questi ultimi anni sembrerebbe essere inferiore alle necessità. In particolare, vi sono territori ove la formazione specifica in questo settore non è mai sostanzialmente stata effettuata. Al di là del dato quantitativo, i dati attualmente disponibili sembrano prefigurare una difficoltà oggettiva a procedere ad una valutazione qualitativa analitica dei corsi, in assenza dei relativi programmi didattici; risulta quindi difficile valutare la congruenza tra numero di crediti ECM riconosciuti ai corsi e qualità degli stessi. Ciononostante, l'indagine per la prima volta consente di caratterizzare l'entità e le tipologie di iniziative ECM in Italia negli ultimi anni e di effettuare una serie di

valutazioni circa i criteri e le caratteristiche da privilegiarsi nella loro formulazione.

Bibliografia e sitografia

Marceca M. *La salute*. In: Commissione per le Politiche di integrazione degli immigrati (a cura di Zincone G.), *Primo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia*. Bologna, il Mulino, 2000; 273-315.

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni. *Le Linee Guida sulla Formazione*. In: Atti VIII Consensus Conference SIMM, Lampedusa, maggio 2004; scaricabili da: http://www.simmweb.it/fileadmin/simm/documenti/simm_formazione_04.pdf

Marceca M, Geraci S, Mazzetti M. *Itinerari formativi sulla medicina delle migrazioni. Note a margine di una decennale esperienza*. Studi Emigrazione 2005; 157: 105-116.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations Resources. *Providing culturally and linguistically competent health care*. Oakbrook Terrace, Illinois, Joint Commission Resources, 2006.

Benato M. *Alcune riflessioni sulla formazione del medico*. *laProfessione*. Medicina, scienza, etica e società (*iQuaderni*) 2007; 1-2: 10-14

FNOMCeO. *Manifesto di Padova sul Multiculturalismo in medicina e sanità*. In: Atti del Convegno FNOMCeO "Medicina e sanità a confronto con la multiculturalità". Padova, 23-24 novembre 2007. *laProfessione*. Medicina, scienza, etica e società (*iQuaderni*) 2008; 2: 213-216, www.ministerosalute.it (settore salute ECM)

Pazienti di qui venuti da Altrove

M. Provasi

Centro di Salute Internazionale e Medicina Transculturale - ASL Brescia

Nell'attività di ricerca socio-antropologica attiva presso il Centro di Salute Internazionale e Medicina Transculturale dell'Asl di Brescia è presente l'esigenza e la volontà di coniugare l'attività di ricerca sperimentale con l'opportunità di offrire alla pratica clinica nuovi strumenti e differenti prospettive capaci di sviluppare approcci adatti alla presa in carico di pazienti provenienti da altre culture.

In quest'ottica si è scelto di raccogliere vere e proprie "storie di malattia" con l'intento di offrire un'opportunità per ampliare la propria visione culturalmente definita in modo da poter superare una relazione con il paziente focalizzata e basata unicamente su aspetti biomedici. Questa strategia ha permesso quindi di fare dei passi avanti per avvicinarsi in maniera più approfondita a quei vissuti del paziente che spesso sono in grado di aiutare a trovare quelle risposte capaci di soddisfare anche le differenti realtà interpretative che i pazienti danno della loro malattia.

Infatti come sostiene Howard Brody *"La sofferenza è prodotta e alleviata dal significato che un individuo attribuisce alla sua esperienza. Il meccanismo umano fondamentale per attribuire significato a particolari esperienze è quello di raccontare una storia"*.

La medicina narrativa valorizzando la storia del paziente, che diviene così fondamentale strumento di approfondimento e di conoscenza della malattia, risulta fondamentale per poter attuare un efficace progetto terapeutico soprattutto per quei pazienti che provenendo da culture diverse sono portatori di universi di senso e di cornici di significato, sugli aspetti inerenti le dimensioni di salute e malattia, differenti rispetto a quelle a noi familiari che avremmo pensato di trovare.

"Dire e narrare questo mio vissuto è il modo che ho per condividere ciò che mi ha plasmato e ciò che mi sta a cuore", con queste parole Enzo Bianchi riconsegna ai suoi lettori il senso ultimo della narrazione, poter raccontare se stessi agli altri, creare una relazione per condividere il significato e le emozioni a noi più care. E' questa competenza che la medicina deve imparare a riacquisire e coltivare per ritrovare maggiore efficacia nel suo rapporto con il paziente, per essere in grado di individuare e di gestire anche quegli *"stati di sofferenza"* che a noi paiono ancora salute, ma che per altri possono essere già una malattia.

Qui si vogliono presentare nello specifico tre "storie di malattia" co-costruite con tre utenti che hanno avuto accesso all'ambulatorio medico del CSI nel 2008. La metodologia utilizzata rispecchia le caratteristiche e le attività che Launer (2002) definisce come tecniche qualificanti la pratica clinica narrative-based tra cui il far emergere le ipotesi del paziente sul suo problema, analizzare il significato che un paziente attribuisce a un disturbo, utilizzare domande circolari e riflessive, lasciar emergere le proprie espressioni empatiche, sviluppare strategie educative, costruire degli spazi di riflessione, dare potere al paziente.

La prima narrazione è la "storia di malattia" di un paziente egiziano arrivato da poco in Italia che si presenta la prima volta nel nostro ambulatorio lamentando con molte difficoltà linguistiche e comunicative un forte dolore che partendo dalla spalla destra gli si irradia lungo tutto il braccio. Molto sofferente e visibilmente preoccupato indicandosi il polso sollecita la nostra attenzione continuando insistentemente a ripetere: "no qui, anche mano male". "Se fino a qui no problema, ma anche mano allora si, anche mano"...

Riportando questa prima storia l'intento è quello di illustrare molto semplicemente come l'ostinazione dell'utilizzo dell'approccio evidence-based medicine possa a volte annullare la possibilità di reale presa in carico del paziente che non sentendosi sufficientemente compreso si chiude nelle sue convinzioni rifiutando le pratiche cliniche che gli vengono proposte ostinandosi sulle sue posizioni in modo aggressivo e controproducente per un progetto terapeutico efficace e condiviso.

“Grande dolore. No qui” mostrando il polso, *“anche mano male”*

Emerge evidente lo stato di forte preoccupazione. Nonostante l'enorme difficoltà linguistica cerca con rabbia e disperazione di far emergere il suo stato di ansia penetrante.

“Si fermi un momento, venga mi racconti...”

Con poca convinzione riesco a trattenerlo e lo faccio accomodare in un posto tranquillo e appartato.

“Male. Molto male. No qui, anche mano male”

“Penso di aver capito, le fa molto male il braccio e la mano, ha un forte dolore proprio dove mi sta indicando vero? Ho capito bene? Ha appena visto la dottoressa. Che cosa le ha detto di fare?”

“Si molto male, lei medicina” mi mostra una ricetta medica. *“No medicina. Anche mano così vedi?”* esibisce la sua mano speranzoso di comprensione.

“La dottoressa le ha scritto qui la medicina che deve comprare in farmacia. Vedrà che dopo averla presa si sentirà meglio. Prenda la medicina poi ci rivediamo e ci racconta come si sente, va bene?”

“No medicina. anche mano così, vedi?” muove la mano simulando un tremore emettendo un verso con la voce *“br, br, br. Vedi? Così?”*

“Mi sta dicendo che non vuole prendere la medicina? Vedo la sua mano (ferma senza alcun tremore apparente), capisco che le fa male. Sai che è possibile che il dolore con la medicina poi passi? Lo sai? Forse il dolore ti passerà, prova? Se non passa torni da noi subito, va bene?”

“Se fino a qui (si indica polso) no problema, ma anche mano allora si. Anche mano problema. No medicina no”

“Vuoi spiegarmi perché non vuoi la medicina?”

“Anche mano. Così, br, br, br, vedi?” simulando un tremore inesistente.

“No medicina. Io fotografia. Dottora dice no foto. Medicina”

“La fotografia non vede tutte le malattie, a te adesso non serve, prova a prendere le medicine, semmai torni, va bene?”

“No medicina” urla ostinato e fermo sulle sue posizioni.

A questo punto, il paziente viene congedato in modo brusco con la terapia da prendere.

“Se non vuoi le medicine, noi non possiamo aiutarti”.

“Fotografia”

“Se vuoi la fotografia devi farla a pagamento”.

Al paziente vengono forniti i recapiti per poter fare un RX a pagamento.

Il paziente si ripresenta altre due volte senza aver preso terapia insistendo per voler fare l'RX.

La quarta volta all'ingresso dell'ambulatorio.

“Stai meglio? Come va il tuo dolore. E'servita la medicina?”

“No fino a qui (polso). No qui stop male. Anche mano. No medicina. Fotografia”

“Adesso ascoltami. Il dottore sa come guarire, non è che non vogliamo farti fare fotografia, è

che non serve adesso per il tuo male. Prova la medicina vedrai che un po' passa il male"

Il paziente viene nuovamente congedato.

Il problema non è risolto, il paziente si presenta ancora ostinato sulle sue posizioni non pare voler ascoltare, ma è visibilmente preoccupato continua a evidenziare il problema, non ci è dato modo di risolverlo fatta salva la scelta di non accontentare ostinazioni riguardo alle scelte terapeutiche anche per non creare precedenti. E' il medico che prende le decisioni.

"Io malato. Male"

"Non ti fai aiutare a guarire. Se vuoi guarire devi fare come ti diciamo"

"Anche qui, dopo (indica polso). Mano. Fotografia"

"Vuoi fare la fotografia perché ti fa male anche la mano e non solo il polso? Ho capito bene?"
"per braccio medicina si"

"Se il male si fermava al braccio allora la medicina la prendevi?"

"Si problema anche dopo qui, vedi, brr, brr, brr. No medicina. Fotografia"

"Vuoi spiegarmi perché la medicina sa guarire il braccio e non la mano?"

"Mano non guarisce, poi muori. Anche nella testa, vedi? Brr;brr. Male nella mano e testa, muori. Fotografia vede"

"Sei preoccupato di morire"

"Si. Mano, brr, brr, vedi? Testa poi muori"

"Perché?"

"Io visto morto papà"

"Hai visto morire tuo papà questo mi stai raccontando, mi dispiace molto sai per il tuo dolore. Tu sei preoccupato di dover morire perché tuo papà è morto? Sai tutti noi lo siamo quando qualcuno a cui vogliamo bene muore subito noi pensiamo che prima o poi anche noi moriremo. Poi la preoccupazione passa se non continuiamo a pensarci. Adesso non pensare a questo. Hai ancora questa preoccupazione? Prova a prendere la medicina, ti farà bene"

"No No. Fotografia se no morto. Male testa questo vedi? Brr, brr, brr. Questo è male testa"

"Mi stai dicendo che hai un dolore anche alla testa?"

"Male mano viene testa. Fotografia vede"

"Tu pensi che l'origine del tuo male sia nella testa?"

"Si mio papà morto. Io no. Io fotografia. No medicina"

"Hai voglia di raccontarmi la malattia di tuo papà?"

"si. Lui mani br;br;br;br tanto così (simula un tremore ad entrambe le mani), dottore ospedale solo medicine, no foto, no visto male, lui morto"

"Mentre era malato al tuo papà tremavano le mani mi stai dicendo questo?"

"si ospedale no capito, morto. Detto malattia della testa, brr, brr, brr, mani medicina no guarire, morto"

"Allora tu hai paura di morire come tuo papà? Pensi di avere la stessa malattia? Credi che noi non abbiamo capito di che malattia si tratti?"

"io malato mani, testa, no morire"

"tuo papà era malato e gli tremavano le mani ed è morto. Vuoi sapere di non avere la stessa malattia, vuoi la foto perché pensi che quella possa vedere la malattia di tuo papà perché lui con le medicine è morto"

"Fotografia vede. Io paura. No morire"

"Ora la dottoressa ti farà un'altra visita, così ti potrà dire se hai la malattia di tuo papà, sei d'accordo? Non preoccuparti, la dottoressa cercherà bene la malattia che ha fatto morire tuo papà".

Al paziente viene fatto un esame obiettivo neurologico per allontanare qualsiasi sospetto di malattia neurologica (del tutto assente) e gli si chiede di portare la documentazione medica del padre per capire meglio di quale malattia si è trattato. Ora, finalmente sollevato e compreso, il paziente sa di essere ascoltato e capito, una buona compliance terapeutica ora avrà luogo. Tranquillizzato sul fatto di non avere la stessa malattia del padre, con fiducia e serenità avvia il suo piano terapeutico prendendo la terapia prescritta.

La seconda esperienza che si vuole presentare è la “storia di malattia” che si fonda a una “storia di vita” di un utente senegalese che racconta l’avventura del suo male “ho forse la malattia del vento?” ridando, attraverso la narrazione, un senso e una logica a tutti quegli eventi che gli si sono riversati addosso uno dopo l’altro inesorabilmente “e ora è arrivata anche la malattia” come cornice di un tutto denso di significati e connessioni leggibili solo all’interno di quegli universi di senso di cui la comunità senegalese è portatrice e artefice.

Come riuscire ad ancorare l’Altro in una relazione terapeutica profondamente interconnessa tra lui e noi se non si è in grado di dare alle sue esperienze lo stesso senso che egli stesso è in grado di attribuirgli? Come condividere significati ed emozioni se non attraverso una medicina capace di ascoltare il racconto del suo paziente? Come poter instaurare un rapporto empatico per creare una relazione dove la fiducia reciproca e il pieno riconoscimento del pensiero vengano valorizzati e perseguiti? L’approccio che la medicina narrativa propone,” prova qui, attraverso questa “storia di malattia, a dare riposte ad alcuni interrogativi ai quali la medicina transculturale deve tentare di offrire risposte.

Questa è la storia di Astou, così come lei ce l’ha raccontata. Un fiume ininterrotto di parole capace di trasmettere quanto sia importante condividere con il paziente il significato e l’interpretazione che egli stesso sa attribuire alla sua malattia e alla sua storia di vita riconsegnando un senso a ciò che come capitato sembrava inspiegabile.

“Io sono una donna fortunata, in Senegal ho sempre lavorato, ho creato la mia fortuna commerciando stoffe e abiti. Con molto lavoro e molti sacrifici sono riuscita a risparmiare dei soldi e ad avviare una mia attività di phone center. Ha subito preso piede e questo mi ha permesso di fare affari molto buoni nonostante ci fossero nella stessa via altri negozi con gli stessi servizi. Il mio phone center era il più frequentato e il più bello. Velocemente si diffuse la voce della mia fortuna, i commercianti miei concorrenti iniziarono a provare invidia per la mia fortuna e i miei soldi. Si recarono dal marabut e gli chiesero di fare una fattura, un malocchio per portare Astou nella sventura.

A pagamento i marabouts fanno quello che gli viene chiesto, l’importante è pagare, non si fanno problemi a rovinare la vita a una persona, se uno paga si fa tutto. In Italia i marabouts non esistono, però esiste la mafia, è un po’così che funziona, con i soldi. Però il marabout ha anche i poteri per portare la sfortuna sia economica che altra sfortuna, la sfortuna quella vera. Esistono sfortune così, che accadono perché dovevano accadere, sarebbero accadute lo stesso per loro corso, altre invece te le ha mandate qualcuno anche grazie all’attività del marabut.

E così a me è andato tutto male per l’invidia che avevo provocato!! In Africa si dice meglio fare come serpente piccolo perché se si è in due e lo si chiude in una stanza si riesce a catturarlo da soli senza dover chiamare aiuto e coinvolgere gli altri. Se un serpente è grande o molto grande invece bisogna per forza chiamare aiuto fuori e tutti sanno che c’è il serpente grande. Non bisogna farsi vedere serpenti grandi, ma nascondere un po’ e fare come serpente piccolo perché se no gli altri lo scoprono e quando lo sanno poi ti mandano sfortune.

La sfortuna è arrivata da me, nel mio negozio e nella mia vita. Prima le attività economiche

hanno iniziato ad andare male, poi sempre più male fino ad andare malissimo. Non ho avuto più soldi, ho dovuto chiudere il negozio e l'attività, vendere la casa. Ho perso tutto. Una donna sempre stata abituata a lavorare e ad avere soldi, attività e affari si sente persa davanti a tutta questa sventura. Non sapevo più che cosa fare in Senegal, così ho deciso di tentare e per riconquistare la fortuna ho deciso di partire per l'Italia, di emigrare via dal paese che mi aveva prima dato e poi tolto la fortuna.

Io ho pensato che l'Italia fosse un Eldorado. Un paese ricco, con tanto lavoro, soldi, attività e affari, capace di ridarle la fortuna a chi è stata tolta. Grazie all'aiuto di parenti, conoscenti e amici sono riuscita a racimolare il denaro necessario per partire, ma per due volte ho incontrato sulla sua strada persone cattive che mi hanno truffano e ora la sfortuna sta colpendo ancora. Alla fine con 14 mila euro sono riuscita a raggiungere la tanto sognata Italia. Ma purtroppo anche la vita in Italia non è proprio uguale a come un africano se l'aspetti.... Purtroppo il lavoro non si trova, la vita è molto difficile, ci sono tante spese da affrontare e come si fa senza soldi! Io non voglio andare a lavorare in strada e vendere il mio corpo, ho deciso di resistere e con coraggio e con tanta forza ho cercato disperatamente un lavoro. Un lavoro è molto difficile trovarlo oggi, non è più come una volta, tanti anni fa quando gli africani trovano diversi lavori, l'ambulante/il venditore in strada lo potevi fare sempre, oggi ci sono tanti africani in Italia e tantissimi altri stranieri, il lavoro per me non c'è più. E se non hai il permesso di soggiorno altri lavori non li puoi fare, i lavori quelli veri, non di nascosto, non in nero e io saprei fare tanti lavori belli alla luce.

Mi piace lavorare, ho sempre lavorato. E se non hai il lavoro alla luce non ti danno il permesso, io non so che cosa fare. La mia sventura mi ha seguito anche in Italia purtroppo e mi si sono ammalati gli occhi è per questo che sono venuta dal dottore, è arrivata anche la malattia. Ho forse la malattia del vento?

Chi è stato invidioso di me mi ha portato tutto questo attraverso la magia, il marabut mi ha dato il malocchio e la mia vita è cambiata!! Non posso nemmeno tornare in Africa, non ho il permesso e ritornare vorrebbe dire non vedere mai più l'Italia, non avrò mai ancora nella vita i soldi per pagare chi può riportarmi in Italia. E poi chi torna in Africa non può chiedere di lavorare a nessuno, io non ho più nemmeno la casa, perché è lui che fatta fortuna e soldi in Italia DEVE dare lavoro agli africani. Quando in Africa si vede tornare qualcuno che è emigrato all'estero ci si aspetta da lui molte cose!! Lavoro, prestiti e ospitalità, i fratelli chiedono di condividere la fortuna fatta e le ricchezze messe da parte soprattutto nei paesi. A volte si può tornare a casa, per salutare i cari, ma bisogna avere il permesso di soggiorno per poi rientrare in Italia. Se qualcuno torna senza permesso e senza fortuna è meglio che non torni proprio. A me poi, anche se sono poverissima, piace sempre cambiare i pochi vestiti che ho, tenermi bene perché quando avevo le stoffe mi piacevano tanto, mi lavo e cerco di tenere il mio corpo bene. Allora dicono gli altri africani in Italia che io sto bene e ha fatto fortuna, solo per due brutti vestiti, ma io non ho soldi e nemmeno fortuna. Ho la malattia del vento. Il vento segue me, scappo della sventura, ma il vento arriva. Allora sono venuta a curarmi in Italia perché qui vedete, se c'è malattia dentro. Se dottore non vede malattia, allora io torno in Senegal a far curare la malattia del vento. Dai marabut loro la sanno curare.

Infine, il terzo racconto vuole portare un'ulteriore spunto di riflessione. Si vuole tentare di illustrare come, proprio grazie alla narrazione e quindi facilitando e favorendo la messa in luce del punto di vista del paziente attraverso una prospettiva narrative-based, sia possibile, in alcuni casi, aprire nuove vie capaci di aiutare e sostenere il normale svolgimento della bio-medicina basata sulle evidenze scientifiche. Ad un primo approccio bio-medico, un giovane paziente pakistano, che lamentava un continuo movimento (formicolio) sotto la pelle lungo tutto il

corpo, non presentava nessun disturbo riconoscibile e catalogabile. “Pareva sanissimo”, eppure lui continuava a ripetere: “Sento che si muove sempre, qualcosa non va, sotto; ho qualcosa che cammina sotto la pelle”. Nessun accertamento diagnostico riuscì a dare spiegazione al problema. Finché un giorno, il dargli la possibilità di confidarsi liberamente, senza falsi pudori, riuscì ad aprire una possibilità di chiarimento. Un'interpretazione personalissima dei motivi del proprio male da parte del paziente fu capace di spostare l'attenzione del medico su nuovi sospetti mai indagati prima e la visita alla luce dei nuovi elementi narrati seppe scoprire un problema fisiologico reale fino ad allora assolutamente tenuto nascosto. Seppur senza nessun collegamento diagnostico, l'estirpazione del “problema fisico” (che la bio-medicina sapeva riconoscere e spiegare), seppe “uccidere quel qualcosa che camminava” (faccenda per la quale la bio-medicina ancora non sa trovare causa e rimedio).

Il paziente pakistano mi viene segnalato da una dottoressa che presenta il caso sottolineando che il paziente *“pare sanissimo”*. Dopo una lunga serie di accertamenti non riesce a capire che cosa possa avere, lui continua a lamentare *“Sento che si muove sempre, qualcosa non va, la sotto; ho qualcosa che cammina sotto la pelle”*.

“Per aiutarti a guarire abbiamo bisogno che tu ci racconti che idea ti sei fatto sull'origine del tuo male”.

“Ho detto al dottore. Sotto la pelle qualcosa cammina. Sempre, dappertutto. Qualcosa la sotto non è giusto. No giusto così”.

“Là sotto dove?”

“Sotto la pelle e sotto al buio dove non si vede. Io uomo”.

“Prova a spiegarmi bene. Per me è molto importante cosa pensi. Ci tengo a sapere come ti senti e perché, come mai senti qualcosa che si muove?”

“Sai, io qualcosa non giusto. Io uomo, ma.... Forse in mia terra, no qui capire”

“Che cosa non possiamo capire? Sai che con me puoi parlare liberamente anche di cose che riguardano la tua terra. Se tu mi spieghi, forse io posso capire, prova”

“E' che in mia terra uomo, forte, maschio con donna, forte grande, deve figlio, forte. Io....”

“Raccontami pure, ti ascolto, a volte non è semplice confidarsi, capita anche a me, ma se capiamo poi possiamo aiutarti meglio. Tu, che cosa?”

“Anche io vorrei... Grande, maschio e figlio, ma...”

“Se vuoi raccontami perché tu non ti pensi forte, vorresti un figlio che non arriva?”

“Io si, no è che, non so, io no donna. Sempre la sotto buio, si muove qualcosa...”

“Tu sai che cosa c'è là sotto al buio che si muove?”

“Io no uomo, io tre, no due come uomini. No giusto, altri uomini due”

“Vediamo se ho capito bene quello che mi stai dicendo, tu pensi di non essere uomo perché hai un problema agli organi genitali?”

“Si, io tre. Forse qualcuno a messo a me, io prima no. Da quando nato si. Allora da quando so, io ho qualcosa che da li si muove”

“Pensi che quello che senti camminare sotto la pelle sia collegato con il fatto che tu ne hai tre (con probabilità riferimento ai testicoli) e altri uomini due?”

“Credo, io prima no, quando non sapevo, non sentivo niente muoversi, da quando ho visto, no giusto, ma no male, io sento sotto pelle però”

“Perché la dottoressa possa aiutarti devi farti visitare di nuovo e mostrarli quello che mi hai raccontato, quello che hai visto tu, quello che sai tu, va bene?”

“Si, io no fatto vedere perché io sento sotto pelle, solo sotto pelle muovere. Qualcosa cammina, no giusto. Li guarire”

La rimozione completa della tumefazione (concepita come un terzo testicolo) è la scomparsa completa di ogni altro sintomo.

Si è tentato di illustrare, attraverso la presentazione di queste tre “storie di malattia”, come un approccio ispirato alla medicina narrativa possa essere in grado anche di offrire:

1) la possibilità di creare le condizioni per avviare un progetto terapeutico efficace e condiviso (I narrazione). Aspetto da non sottovalutare e da non considerare scontato quando la presa in carico riguarda un paziente proveniente da un'altra cultura, le cui difficoltà linguistiche e comunicative impediscono spesso una reale comprensione e condivisione del problema.

2) l'opportunità di venire a conoscenze e di entrare all'interno delle stesse cornici di senso di cui i pazienti sono portatori quando si riferiscono ai significati che attribuiscono alle dimensioni della loro salute e della loro malattia (II narrazione)

3) la ricchezza dell'integrazione di informazioni aggiuntive che la prospettiva della narrative-based medicine può creare (III narrazione) a beneficio delle prassi cliniche della medicina delle evidenze fornendo nuovi sospetti da sondare e informazioni utili alla diagnosi altrimenti taciute e celate.

Quelli qui illustrati sono solo alcuni spunti che introducono sintesi delle narrazioni raccolte. Per il testo completo e per maggiori approfondimenti sulla metodologia e sugli argomenti sollevati contattare l'autore per i lavori completi.

**“Donne che aiutano Donne”:
un progetto di supporto domiciliare per le maternità a rischio.**

M. Grazia Saccotelli, Anna Strazzari, Caterina Gianstefani.

Consultorio Familiare Ausl di Imola (Bologna).

I Consultori Familiari hanno sempre costituito una cornice privilegiata ove poter offrire, in un percorso di continuità, una serie di interventi coerenti ed appropriati che riguardano la donna gravida, la puerpera ed il suo bambino: dall'assistenza in gravidanza, alla preparazione alla nascita, alle prime cure neonatali. L'idea del progetto “Donne che aiutano donne” è maturata in seguito all'ascolto di tante neo-mamme, conosciute in questi anni, all'interno del Consultorio Familiare dell'Ausl di Imola. Seppur nel rispetto di ciascuna individualità, abbiamo spesso percepito il bisogno in molte puerpere di una conferma, di un sostegno, da parte di un'altra donna più “esperta” di lei in fatto di maternità. Dobbiamo infatti considerare che la maternità è un “mestiere” e tutte le madri hanno bisogno di una fase di apprendistato con un “mastro artigiano donna” (Stern, 1995), una guida più esperta, che sia già passata attraverso questa esperienza.

Soprattutto le mamme che sono alla prima maternità, sentono una maggiore responsabilità e la loro impressione di non riuscire a fare mai abbastanza e il dubitare delle proprie capacità può appannare di malinconia e tristezza la condizione puerperale.

Le gestanti e le neo mamme arrivano da noi per chiedere aiuto, portano la complessità dell'essere genitori, la loro confusione, il loro disagio, e i loro dubbi. Per quanto possa essere idealizzato, l'amore materno è sempre un sentimento e come tutti i sentimenti, mutevole ed ambivalente, e comporta sia la voglia di procreare, di dare e di ricevere amore ma anche narcisismo, insicurezza, paura della solitudine e difficoltà di rapporti con il partner.

A tutt'oggi sono palesi le contraddizioni e le criticità tra il valore della maternità, più consapevolmente scelto e vissuto e l'attuale contesto sociale. Basta pensare infatti alla molteplicità dei ruoli che la donna deve sostenere e allo scarso riconoscimento sociale del lavoro di cura verso l'infanzia, ai limiti di natura economica, ai contratti di lavoro penalizzanti la maternità e alle strutture educative non sempre adeguate ai bisogni. E' inoltre frequente riscontrare un'assenza delle reti di supporto femminili e delle opportunità di trasmissione delle conoscenze relative alle cure materne. In questo scenario corriamo il rischio che la maternità diventi un'avventura solitaria!

Negli ultimi anni i Consultori sono divenuti un punto di riferimento importante per la salute delle donne migranti e dei loro bambini. Nella realtà consultoriale imolese, le nostre prime esperienze di intervento con le donne migranti risalgono ai primi anni '90, poi progressivamente, negli anni '94/'95, è aumentato il numero di donne che si rivolgevano ai nostri ambulatori con la richiesta di visite ostetrico-ginecologiche.

Inizialmente la nostra operatività era molto basata sul fare, pochi erano gli approcci veramente pensati perché si valutava che la diversità culturale non connotasse in modo così significativo la specificità dei bisogni di salute. Progressivamente sono maturati i pensieri, una sensibilità e una riflessione, orientati alla ricerca degli approcci più appropriati che non banalizzassero i problemi, ma valutassero nella giusta dimensione le esigenze di chi proviene da un'altra cultura.

Abbiamo pensato ad una reciproca integrazione, ci siamo rese conto che la difficoltà di comprensione dei modelli altrui e la presenza di barriere linguistiche, possono favorire un ascolto sordo alle vibrazioni emotive. Spesso i bisogni che non corrispondono alle offerte dei servizi restano impliciti, non espressi e/o non compresi e la comunicazione rischia di

diventare inaccessibile.

E' nata l'esigenza di conoscere più a fondo le varie specificità culturali, di attuare modalità comunicative adeguate per arrivare ad una lettura dei bisogni presentati, al fine di attivare risposte mirate a predisporre un servizio orientato in un'ottica interculturale. Si sono imposti nuovi scenari di comunicazione e di mediazione tra le varie differenze culturali, rispetto all'idea della salute, del corpo, della femminilità e della maternità.

Queste nostre riflessioni, maturate dalla vicinanza di differenti realtà culturali e dalla collaborazione con l'Associazione imolese, hanno favorito la stesura di alcuni progetti mirati ad orientare progressivamente i servizi offerti dal Consultorio alle nuove esigenze di cui sono portatrici le donne provenienti da altre culture.

Spesso ci siamo chieste quali aspetti vengano modificati con l'emigrazione in merito alla cura dei figli, quali dubbi si ponga una mamma nel crescere un figlio lontano dal Paese d'origine, quali siano le strategie che mette in atto e quali siano le possibili sintesi o confusioni tra scelte di cura tradizionali e i modelli di cura moderni.

In questi anni abbiamo ascoltato tante voci di donne di paesi diversi, alcune immobili nella volontà di ritornare al loro paese d'origine per l'impossibilità di soffocare la nostalgia, nella speranza sempre delusa di ritorno alle gioie di un tempo, altre che sentivano con determinazione il desiderio di migliorare la loro condizione esistenziale e che vivevano l'emigrazione anche come un'avventura creativa, altre ancora in cui coesistevano modelli culturali multipli.

Abbiamo incontrato tante rappresentazioni della famiglia e della genitorialità, diverse condizioni concrete e psicologiche di nascita e di crescita dei bambini e differenti concezioni della salute e della malattia. La dialettica tra cambiamento e tradizione, porta con sé un'infinità di risposte diverse tante quante sono le culture e le psicologie dei personaggi in gioco. Non si può parlare quindi di un modello familiare unico, uniforme e monolitico ma di risposte differenti in cui lo scenario è più complesso di una semplice sovrapposizione tra modelli tradizionali e modelli moderni.

La maternità inoltre con i suoi vissuti, comportamenti e atteggiamenti è fortemente condizionata da valori culturali e rimandi simbolici e rappresenta uno dei momenti più sensibili in cui il confronto-scontro fra culture diverse diventa più evidente.

Dal nostro piccolo osservatorio e dai dati epidemiologici più recenti, emerge che il parto e la maternità sono vissuti spesso in solitudine dalle donne migranti, con l'aggravio di probabili difficoltà di comprensione e di sensi di inadeguatezza. Riflettendo sul percorso della maternità in donne di altri paesi, si evince che il diventare madre può significare vivere questo evento centrale per la propria vita, in una situazione di forte discontinuità rispetto alla propria storia, ai propri legami con la famiglia d'origine, ai saperi sedimentati da tempo e come tali rassicuranti.

Per dare risposta a questi nuovi bisogni di salute delle donne, dal settembre 2005 presso il Consultorio Familiare dell'Ausl di Imola, si è avviato il progetto "Donne che aiutano donne", che prevede il coinvolgimento di alcune figure volontarie, in grado di fornire un supporto a domicilio alle puerpere, creando un "ambiente di sostegno", qualora esso sia carente o assente.

Numerosi studi hanno confermato che un fattore in grado di influenzare positivamente le relazioni madre bambino, è la qualità del supporto, strumentale e sociale, fornito dalle persone intime e/o da persone positive ed affettuose. In questi anni, nell'ascolto di tante neo-mamme, abbiamo constatato sia gli effetti benefici e strutturanti di questo "supporto facilitante", nel momento in cui si profila come una cornice di sostegno affettivo-pratico normalmente svolta dai familiari, sia i risvolti negativi quando essa per diversi motivi non si riesce ad attivare. Si evince infatti da numerose ricerche (Revisione Cochrane aggiornata, 2003), che le mamme in una situazione di isolamento sociale e/o senza una matrice di supporto, corrono più facilmente

il rischio di avere problemi con il bambino, nonché di cadere in depressione.

Gli obiettivi del progetto “Donne che aiutano Donne” sono così descritti:

- **Facilitazione della relazione precoce madre bambino:** La teoria dell’auto-efficienza (Bandura,1982,1986) suggerisce che l’aiuto fornito dalle persone intime incide direttamente sul rendimento delle madri, sia attraverso i comportamenti imitativi (es. imparare le modalità di cura dei bambini, osservando amici e/o parenti competenti), sia tramite incoraggiamenti e complimenti. L’obiettivo del sostegno domiciliare offerto dalla “mamma esperta” consiste nel proporre alla puerpera un modello relazionale positivo che accoglie, dà significato e contiene la relazione tra la neo-mamma e il neonato. Il suo ruolo non consiste solo nel fornire consigli ma soprattutto nel proporre informazioni per creare un clima psicologico che rassicuri ed incoraggi ad esplorare le proprie capacità genitoriali.

- **Prevenzione e/o attenuazione della depressione puerperale:** la diagnosi ed il trattamento della depressione post-partum sono del tutto insufficienti in relazione alla loro incidenza, stimata tra il 10% ed il 20% delle donne. Numerosi lavori hanno dimostrato che questa patologia materna disturba le prime interazioni tra madre e figlio, e si ritiene inoltre che possa compromettere funzioni essenziali per la crescita psichica del bambino: socializzazione, approccio all’autonomia, autoregolazione delle emozioni, ecc... (Stern 1999).

- **Prendersi cura dei neonati:** permette alle neo-mamme che vivono in condizioni di particolare solitudine e che non possono fare affidamento su figure familiari di riferimento, di avere il tempo di portare avanti dei progetti per loro stesse.

La disponibilità di queste figure di sostegno può essere prevista per le seguenti tipologie di mamme: puerpere che presentano specifici disagi di ordine psicologico nell’accudimento del loro bambino, che presentano una situazione di isolamento e/o una carenza di figure di riferimento parentali significative che vivono in particolari condizioni di marginalità psico-sociale.

Il gruppo delle operatrici volontarie è stato individuato con la collaborazione del Centro per le Famiglie dell’Amministrazione Comunale di Imola, tra le persone disponibili aderenti a varie associazioni di volontariato. Le figure volontarie hanno svolto il seguente percorso formativo: un colloquio individuale con i referenti del progetto, seguito da un ciclo di quattro incontri informativi condotti da alcuni professionisti su argomenti, che riguardano l’accudimento e lo sviluppo psico fisico del bambino, ed infine da un periodo di osservazione del neonato e delle sue interazioni presso una struttura educativa della prima infanzia. Viene inoltre effettuata una discussione periodica, a cadenza mensile, fra tutti gli operatori coinvolti, al fine di verificare l’andamento delle varie situazioni prese in carico. Riteniamo particolarmente significativo questo spazio d’ascolto dove ciascuna partecipante può socializzare i propri vissuti, le proprie emozioni e i propri desideri, condividendo la propria esperienza con altri. L’esistenza del gruppo, il suo procedere in tempi costanti, il suo poter contenere paure, ansie e impressioni, permette di ritrovare il filo conduttore e di fare chiarezza su ciò che ci viene riportato.

L’invio delle puerpere può arrivare, oltre che dalle ostetriche e dalle ginecologhe consultoriali, anche da tutti gli operatori sanitari che si occupano di salute delle mamme e dei bambini (reparti ospedalieri di ostetricia e ginecologia, pediatria, pediatri e medici di libera scelta nonché dalla psichiatria e dai servizi sociali).

A tutt’oggi il progetto “Donne che aiutano donne” è costituito da un gruppo di 9 volontarie e le puerpere che hanno usufruito di un sostegno domiciliare sono in totale 39 (25 dimesse).

La metà di queste donne provengono da altri paesi.

Dai dati in nostro possesso si evince come gli interventi siano risultati graditi ed apprezzati da parte delle neo-mamme e come la qualità del sostegno fornito possa rappresentare un fattore in grado di influenzare positivamente le relazioni madre-figlio nel periodo neonatale.

L’aspetto più qualificante, per altro non privo di fatica, è rappresentato dallo sforzo di ridurre

l'attitudine a dare consigli, utilizzando soprattutto la pazienza nell'ascolto e l'attenzione ai molteplici significati della maternità presenti nelle varie culture. Quest'esperienza conferma la consapevolezza che una relazione di cura, intesa come "prendersi cura della persona" è significativa se considerata nella sua unicità, laddove ognuno porta i propri sistemi di significato, le proprie credenze, valori e il proprio modello di comportamento interiorizzato. A conclusione vorremmo raccontarvi di Samira. Quando l'abbiamo conosciuta abbiamo pensato alla definizione di T. Ben Jelloum che descrive la maternità in terra straniera come "la più alta delle solitudini". Samira ha 20 anni, proviene da un piccolo paese del Marocco e si è ricongiunta al marito in Italia da circa un anno. Non abita ad Imola ma in un piccolo paese del Circondario. Partorisce due gemelli, un maschio ed una femmina, con un taglio cesareo d'urgenza perché uno dei due è podalico. Dopo la dimissione, alla prima visita di controllo, i bimbi sono calati di peso, hanno l'ittero e il pediatra di base decide il loro ricovero. L'équipe ospedaliera chiede, in occasione della dimissione, la collaborazione degli operatori del Consultorio e il coinvolgimento del gruppo delle donne volontarie. Durante la segnalazione gli operatori del reparto esprimono una serie di preoccupazioni: Samira dorme molto, sembra triste ed assente, tende a trascurare i bambini. Non ha aiuti, il marito lavora tutto il giorno e appare non essere molto presente.

La psicologa del Consultorio, l'ha conosciuta in reparto accompagnata dall'ostetrica e dalla mediatrice culturale per presentarle la volontaria. La mediatrice avvia un dialogo che si presenta all'inizio molto difficile. Samira sembra bloccata da timori, disorientata, diffidente e si percepisce in lei un vissuto di dolorosa solitudine.

Al risveglio dei bambini l'ostetrica, ha cercato con movimenti e gesti, di facilitarle l'allattamento e mentre la collega la sosteneva, le altre donne presenti hanno condiviso quest'esperienza con silenziosa complicità. In quel momento così evocativo la psicologa ha pensato che Samira era riuscita a ricreare attorno a sé quel gruppo di donne esperte che nel suo paese d'origine, si muove anche da lontano per offrire aiuto alle puerpere.

Bibliografia:

Bandura A., Self efficacy mechanisms in human agency, *American Psychologist*, 84, 191-215, 1982

Bandura A., *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice hall. 1986

Murray L., Cooper P., *Depressione del post-partum e sviluppo del bambino*, CIC edizioni internazionali, 4, 1999

Stern Daniel, Bruschiweiler Stern N., *Nascita di una madre*, Mondadori, 1999 Milano

Stern Daniel, *La costellazione materna*, Bollato Boringhieri, 1995 Torino

Creare e sviluppare delle politiche e strategie operative, nei confronti degli operatori sanitari stranieri del Friuli Venezia Giulia, atte al confronto, integrazione, interazione, formazione e promozione alla salute.

L. Sandrin, C. Gandolfi, R. Da Rioli, N. Coppola

Direzione centrale alla salute e protezione sociale del Friuli Venezia Giulia

Il fenomeno migratorio in Italia ha portato a una serie di modifiche del contesto sociale e demografico, influenzando, tra l'altro, sulle realtà lavorative dove si assiste a una sempre maggiore presenza di cittadini stranieri in alcuni settori di attività produttive del paese. Una di queste realtà è rappresentata dalle strutture sanitarie, pubbliche e private, dove la presenza di personale straniero si sta affermando. Le modifiche organizzative e logistiche avvenute nelle strutture ospedaliere hanno portato all'affidamento in outsourcing, di attività rivolte alla persona e di servizi, a società esterne che molto spesso utilizzano personale straniero.

Inoltre la carenza progressiva di personale infermieristico italiano ha determinato l'assunzione di personale infermieristico proveniente da diversi paesi europei ed extraeuropei, attirati dalla possibilità di uno stipendio di gran lunga superiore a quello che possono ricevere con la loro qualifica nel paese d'origine.

Al personale infermieristico viene riconosciuto un ruolo importante nel sistema lavorativo, economico ed organizzativo italiano, tanto che nella Legge Bossi-Fini vengono considerati come personale fuori quota, ottenendo quindi il permesso di soggiorno senza sottostare alle procedure del decreto flussi annuale.

Va sottolineato però, che gli infermieri stranieri, essendo nella maggior parte dei casi assunti da società cooperative, risultano avere un trattamento economico e normativo diverso da quello applicato agli infermieri italiani.

Recenti fatti di cronaca hanno portato all'attenzione come in alcuni casi vi sia un sopruso delle agenzie nei confronti dei cittadini stranieri, per lo più donne, oppure vi sia l'esercizio abusivo della professione infermieristica da parte di persone che non possiedono nessun diploma o l'esercizio di professionisti che hanno un titolo estero ma non sono abilitati all'esercizio della professione in Italia.

Si osserva inoltre, nella nostra regione, in relazione alla posizione geografica di confine, una migrazione "transfrontaliera" quotidiana di personale proveniente dalle vicine Slovenia e Croazia alla luce delle condizioni salariali più favorevoli.

Si tratta di un fenomeno non ancora del tutto emerso e che, inizialmente, la regione vorrebbe delineare attraverso una indagine conoscitiva. E' stato quindi chiesto alle Direzioni delle strutture sanitarie regionali, pubbliche e convenzionate, di produrre una serie di informazioni sulla presenza di lavoratori stranieri nelle strutture, che riguardano i paesi di provenienza, l'età media, la tipologia di contratti di lavoro applicati, la percentuale di operatori stranieri, nelle diverse qualifiche, rispetto agli italiani; inoltre alle Direzioni medesime è stato chiesto di fornire i nominativi delle eventuali cooperative, che si avvalgono di personale straniero, a cui sono stati affidati, da parte della struttura, attività di servizi generali (ristorazione, pulizia, vigilanza ecc.) e/o di assistenza alla persona degente.

Da questa prima indagine conoscitiva si vogliono poi sviluppare delle politiche e delle strategie operative regionali che permettano una maggiore integrazione e confronto con il personale straniero, avviando una serie di progetti specifici:

- Rilevazione degli stili di vita e abitudini sociali degli operatori sanitari stranieri e, sulla base dei risultati, avvio di campagne mirate e specifiche di tutela e promozione della salute.
- Coinvolgimento degli operatori sanitari stranieri nei percorsi di prevenzione e tutela della

salute nei luoghi di lavoro.

○ Attività di formazione con la finalità di ampliare l'empowerment del personale straniero, affinché possa diventare un modello di riferimento e di integrazione tra la comunità che rappresentano e i sistemi socio sanitari regionali, sistemi intesi non solo come fornitori di servizi ma anche come comunità di persone e quindi sviluppo di conoscenza reciproca, sviluppo di modelli di interazione e integrazione.

○ Creazione di sinergie con il personale sanitario italiano al fine di ampliare le loro competenze e conoscenze e quindi gettare le basi per un diverso orientamento e offerta dei servizi sanitari nell'ottica di una medicina transculturale

○ Avvio di un confronto con l'autorità regionale che promuove e gestisce, per le strutture pubbliche, le diverse gare per l'affidamento in outsourcing dei servizi. L'obiettivo sarà quello di proporre la possibilità che i contratti d'appalto mirino alla qualità del servizio offerto e, in relazione a questo, al riconoscimento della qualità e delle garanzie offerte dalle cooperative e società di lavoro appaltanti.

**Il trauma delle vittime di tortura e di violenza sessuale: percorsi terapeutici.
L'esperienza del samifo nel 2008**

*G. Santone**, *F. Gnolfo**, *M. C. Pentella**, *M. Lombrici**, *A. dell'Erba°*, *K. Jeger***,
*M. Bacigalupi***, *G. Rocca***, *P. Benedetti***, *M. Volpatti***, *S. Tekeste***, *N.N.*
*Nayyereh***, *S. Ginevra***, *C. Bracci****.

*ASL Roma A, ° ASL VT2, **Centro Astalli – Roma, ***Medici Contro la Tortura

La migrazione forzata differisce sensibilmente dal più vasto fenomeno migratorio finalizzato al miglioramento della propria condizione economica. I migranti forzati spesso condividono un “drammatico passato traumatico, minaccioso per la integrità e la continuità psichica, che include l’esposizione a violenza correlata con la guerra, aggressione sessuale, tortura, incarcerazione, genocidi e altre forme di minacce e annichilazione personale” (Friedman & Jaranson, 1994). La tortura e la violazione dei diritti umani fondamentali vengono praticate sistematicamente in numerosi paesi del mondo (rapporto Amnesty International 2007). Secondo il rapporto annuale sui richiedenti asilo dell’Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati (2007 Global Trend – Refugees, Asylum Seekers, Returnees, Internal Displaced and Stateless Persons) nel 2007 sono state presentate nei 43 paesi “industrialized” circa 338.000 richieste di protezione, delle quali oltre 45.000 da parte di cittadini provenienti dall’Iraq, 18.800 dalla Federazione Russa, 17.100 dalla Cina, 15.400 dalla Serbia, 14.300 dal Pakistan e 11.500 dalla Somalia. Gli Stati Uniti d’America con circa 50.000 richieste è la nazione dove è stato presentato il maggior numero di domande d’asilo, seguita dalla Svezia con 36.200, Francia con 29.200, Canada con 28.300 e Regno Unito con 27.900. In Italia le domande presentate nel 2007 sono state 14.050. Il numero dei rifugiati nel mondo alla fine del 2007 era 16 milioni circa dei quali 11.4 milioni sotto il mandato dell’UNHCR (United Nations High Commissioner for Refugees) e 4.6 milioni di Palestinesi sotto il mandato dell’UNRWA (United Nations Relief and Works Agency for Palestinian Refugees in the Near East). Sempre secondo il rapporto dell’UNHCR ai 16 milioni di rifugiati vanno aggiunti 51 milioni di sfollati interni (nazionali o regionali), 26 milioni come conseguenza di guerre o conflitti e 25 in seguito a disastri naturali. I principali paesi “leader” di questa drammatica classifica sono l’Afghanistan (3.1 milioni di persone), l’Iraq (2.3 milioni), la Colombia (552.000), il Sudan (523.000), il Burundi (378.000) e la Repubblica Democratica del Congo (370.000). Secondo dati dell’UNHCR, dati governativi, stime che includono anche le persone che vivono in “refugee-like situation” i principali paesi ospitanti i rifugiati sono il Pakistan (oltre 2 milioni), la Siria (oltre 1.5 milioni), l’Iran (circa 1 milione), la Germania (circa 600.000), la Giordania (500.000), la Tanzania (oltre 435.000), la Cina, il Regno Unito, il Chad e gli Stati Uniti d’America (con quasi 300.000 ciascuno).

Rappresentano nella società contemporanea una realtà drammatica, un fenomeno mondiale, spesso sconosciute e insufficientemente considerate a livello di programmazione di politica sanitaria. Le conseguenze della violenza intenzionale, della tortura e dell’abuso sessuale riguardano non solo le vittime ma anche i familiari e la società di appartenenza. La tortura può essere suddivisa in tortura fisica, mentale (definita anche tortura bianca o psicologica o senza contatto, in quanto non lascia segni fisici evidenti) e sessuale; costituisce una delle forme più estreme di trauma e determina gravi conseguenze fisiche, mediche, neurobiologiche, psicologiche, sociali ed economiche sia a breve che a lungo termine.

Gli effetti e gli esiti di queste drammatiche esperienze, proprio perché lasciano marchi indelebili, spesso si trasmettono anche nelle generazioni successive, creando un circolo continuo di dolore e sofferenza. Il termine “tortura” è definito in diversi modi da differenti

organizzazioni. Le più comunemente utilizzate sono state formulate dalla World Medical Association e dalle Nazioni Unite. Quella della World Medical Association è del 1975, è conosciuta come la “Dichiarazione di Tokio”, e costituisce la definizione usata della comunità medica, quando si stabiliscono standard professionali ed etici. La “Dichiarazione di Tokio” definisce tortura come: “...la volontà deliberata e sistematica di infliggere sofferenza fisica o mentale da parte di una o più persone su una persona o un gruppo di qualunque appartenenza per forzare persone per estorcere informazioni, o creare una confessione o per qualunque altra ragione”. Diversamente dalla World Medical Association, le Nazioni Unite nella definizione di tortura delineano le responsabilità dei governi in ambito politico e legale: “...il termine tortura riguarda qualunque atto con cui si infligge dolore o sofferenza, sia fisica che mentale, intenzionalmente su persone, con qualunque mezzo, con l’obiettivo di ottenere informazioni o confessioni, punendole per qualcosa che hanno commesso o sono sospettate di aver commesso, o intimidendole sulla base di una qualsivoglia discriminazione, quando tale pena o sofferenza è inflitta da, sotto richiesta di o con il consenso di pubblici ufficiali”. Marcelo Vinar, psicanalista uruguayano riconosciuto rifugiato politico in Francia, definisce la tortura come “...ogni comportamento intenzionale, qualunque siano i metodi utilizzati, che ha il fine di distruggere il credo e le convinzioni della vittima per privarla della struttura di identità che la definisce come persona”.

Come ben descritto recentemente da J. Jaranson, et. al. “...i rifugiati rappresentano il gruppo a maggior rischio di sviluppo di disturbi mentali ma anche il più carente nel ricevere il trattamento adeguato. Le esperienze premigratorie, migratorie e postmigratorie contribuiscono allo sviluppo del rischio“. In accordo con Jablensky et al., abbiamo osservato che, nonostante la diversità degli eventi traumatici, le conseguenze a livello psichico sono marcatamente simili, indipendenti dalla cultura, classe sociale, genere, appartenenza etnica o religiosa. La sintomatologia psichica presente nelle persone vittime di tortura è inserita secondo la nosologia classica nelle reazioni psicotraumatiche e più precisamente nella reazione acuta da stress, nel Disturbo Post Traumatico da Stress (PTSD), nella depressione maggiore, nella modificazione duratura della personalità dopo esperienza catastrofica e in altre categorie diagnostiche. La presa in carico psichiatrica deve considerare l’approccio bio psico sociale come la strategia migliore per la cura delle vittime di tortura e deve tener presente anche i bisogni speciali dei rifugiati (Kinzie & Jaranson, 1998). La maggior parte delle vittime di tortura che afferiscono al nostro servizio provengono dal corno d’Africa, dall’Africa francofona e dall’Asia. Rappresentano la conseguenza della persistente e violenta situazione nei territori palestinesi ed in Libano, i recenti ed ancora attivi conflitti in Iraq e Afghanistan, l’intolleranza religiosa in Iran, la persecuzione dei Curdi, le continue repressioni in vari paesi africani. Molte sono state torturate per motivi politici, etnici, culturali o religiosi. Altri ancora fuggono da gravi e pericolose situazioni estese nel territorio. L’équipe multidisciplinare del nostro servizio effettua interventi multidimensionali, sulla salute mentale, fisica e sociale. Particolare attenzione viene riservata alle donne straniere vittime di abuso sessuale, in seguito a persecuzione politica, matrimonio forzato, violenza domestica, alle quali garantiamo, oltre al supporto psichiatrico e psicologico, l’accompagnamento a visite specialistiche (ginecologia, malattie infettive).

Le cure primarie sono effettuate da 2 medici di medicina generale; l’ambulatorio di medicina di base è aperta 4 volte la settimana fruibile senza prenotazioni fino a un massimo di 15 visite quotidiane per ciascun medico. Ha permesso di far emergere bisogni sanitari che non riuscivano a trovare risposte adeguate in altri centri. Inoltre molti richiedenti asilo o rifugiati sono stati informati del loro diritto/dovere all’iscrizione al servizio sanitario regionale e quindi della possibilità di accedere gratuitamente alle prestazioni sanitarie. Di tale diritto è stato (in)formato anche il personale amministrativo, per eliminare le barriere burocratiche

che talvolta impedivano l'accesso ai servizi.

L'ambulatorio di psichiatria è aperto tutti i giorni, con specialisti di ruolo dipendenti della ASL Roma A (dr. Giancarlo Santone) e volontari del Centro Astalli Onlus (dr. Maurizio Bacigalupi). Allo stato attuale fornisce consulenza specialistica e la presa in carico delle persone che hanno subito gravi violazioni dei diritti umani quali gli abusi sessuali e diverse forme di violenza intenzionale a fini di persecuzione politica, religiosa, culturale. In accordo con Jablensky et al., abbiamo osservato che, nonostante la diversità degli eventi traumatici, le conseguenze a livello psichico sono marcatamente simili, indipendenti da culture, classe sociale, genere, appartenenza etnica o religiosa. In una prima fase la terapia si pone come obiettivo la stabilizzazione della sintomatologia; si evita in questa fase di affrontare in modo affrettato, superficiale e prematuro gli eventi traumatici. L'uso giudizioso di farmaci psicotropi oltre a ridurre alcuni sintomi gravemente invalidanti, per esempio l'insonnia, permette la presa di fiducia nel sistema di cura e l'accettazione e la comprensione della psicoterapia (Jaranson, 1991). Prima di iniziare qualsiasi tipo di trattamento i pazienti vengono informati sul ruolo degli operatori, sulla organizzazione del centro, sul loro diritto ad essere curati gratuitamente nel rispetto della privacy e del segreto professionale. Attraverso il primo colloquio si esplora la storia non traumatica del paziente, generalmente in presenza di un mediatore linguistico culturale e in alcuni casi della psicologa del Centro Astalli. La raccolta delle informazioni e dei dati riguarderà inizialmente gli aspetti sociodemografici (storia familiare e personale, lingua, religione, etnia, titolo di studio, lavoro, notizie mediche, situazione logistica e legale in Italia, etc) e successivamente informazioni diagnostiche (sintomatologia, decorso, situazione nelle quali generalmente compaiono i disturbi, etc). La persona vittima di tortura deve percepire già nel primo incontro un clima di fiducia e di sicurezza, il che favorirà l'alleanza terapeutica. Il passo successivo sarà quello di spiegare la tecnica terapeutica nella maniera più chiara e comprensibile possibile, usando un linguaggio non scientifico e se necessario ricorrendo ad esempi o metafore. Bisogna accertarsi che il paziente abbia realmente compreso il senso del processo terapeutico, prima di procedere alla sua applicazione. Infine, dopo aver valutato anche le risorse della vittima e del contesto nella sua globalità, in accordo con il paziente, gli operatori del Centro Astalli ed il mediatore linguistico culturale, si provvederà a disegnare un piano terapeutico. Il metodo della testimonianza, tecnica terapeutica desensibilizzante di esposizione condivisa e graduale agli eventi traumatici, si basa sulla ricostruzione dettagliata della drammatica esperienza vissuta dal paziente. Trattasi di una tecnica intensiva ed ambiziosa in cui le scelte sui tempi e ritmi da dare agli incontri devono essere valutate attentamente dal terapeuta, in condivisione con il paziente, con una discreta tolleranza e possibile revisione dei programmi. Il racconto degli eventi traumatici deve essere dettagliato e completo, deve cioè comprendere anche la descrizione delle emozioni e delle sensazioni corporee. Freud affermava già nel 1892 che "...il ricordo privo di elementi affettivi è quasi sempre del tutto inefficiente", e non mentre McCann e Pearlman nel 1990 sostenevano che "...la narrazione che non comprenda l'immaginario traumatico e le sensazioni corporee è infruttuosa e incompleta". Oltre a competenze professionali, la conoscenza di nozioni di politica internazionale, sociali, di procedure e diritti amministrativi, storiche, geografiche, linguistiche, teologiche e filosofiche, etc. indubbiamente facilitano lo stabilirsi di una forte alleanza terapeutica. Evidentemente il trattamento non cancella il trauma; l'obiettivo della psicoterapia basata sulla testimonianza è di favorire, attraverso la sua narrazione, l'integrazione del trauma nella storia del paziente. Il percorso espositivo basato sul ricorso e l'immaginazione si sviluppa in più fasi. L'obiettivo è quello di indurre una trasformazione della risposta emotiva, la riduzione dell'ansia, dell'angoscia e delle condotte di evitamento cognitivo, la diminuzione della condotta evitante gli stimoli temuti, la riduzione dei pensieri ricorrenti e degli incubi. La durata media di ogni seduta è di circa 60 minuti. La valutazione del risultato si discute con gli altri operatori e con il

paziente; la riduzione della frequenza e dell'intensità dei sintomi riferiti dal paziente rinforza il programma e l'alleanza terapeutica, aumentando la motivazione del terapeuta e dell'equipe e l'adesione al trattamento del paziente.

Il servizio di psicologia con funzioni prevalentemente di orientamento e sostegno viene al momento garantito dal personale del Centro Astalli (d.ssa Klaudia Jeger). L'attività di psicologa si articola in diverse fasi. Durante i colloqui di prima accoglienza si orientano i migranti forzati, che si trovano in Italia da poco tempo, a volte appena arrivate, fornendo le prime informazioni necessarie riguardanti le modalità di assistenza. Molto spesso versano in condizioni di salute piuttosto gravi e manifestano forte sospettosità nei confronti degli operatori che li assistono. Tali colloqui, da una parte hanno lo scopo di fornire le informazioni necessarie riguardo la situazione legale nella quale versano le persone interessate e, dall'altra di valutare lo stato di salute psico-fisico al momento del colloquio. E' spesso presente una profonda sofferenza psicologica, diffide da contenimento emotivamente. Nelle fasi successive l'attività di psicologia prevede colloqui di sostegno e di *counseling*. In comune accordo con il servizio di psichiatria alcuni pazienti seguono percorsi di consulenza psicologica breve. Si dedica particolare attenzione alle donne, che oltre ad essere vittime di violenze, vivono il trauma dell'interruzione involontaria e brusca della condizione di maternità a causa della loro fuga dal paese di provenienza. L'obiettivo del lavoro concordato con le pazienti riguarda spesso da una parte l'elaborazione del trauma e dei lutti dovuti alle violenze sessuali subite ed alle gravidanze che ne seguono, alle morti dei familiari e all'abbandono forzato dei figli (la sindrome da sopravvissuto) e dall'altra la ricerca del significato della richiesta di asilo in quanto strumento necessario per un futuro ricongiungimento con i familiari. Ogni anno, il servizio di psicologia svolge circa 660 colloqui di orientamento e di sostegno. La presenza delle donne riguarda circa il 20% delle persone assistite. La maggior parte dei colloqui si svolge con la presenza di un mediatore linguistico-culturale oppure di un interprete. Il servizio di psicologia con funzioni prevalentemente di orientamento e sostegno viene al momento garantito dal personale del Centro Astalli così come il servizio di mediazione linguistico-culturale (Pari Nyarrere, Simon Tekeste, Martino Volpatti, Giorgia Rocca), il front office, l'accompagnamento a particolari visite specialistiche (ginecologia e malattie infettive trasmesse sessualmente, quali HIV ed epatiti). Pietro Benedetti, referente per il Centro Astalli del progetto samifo, coordina le attività del personale dipendente, servizio civile, volontari, tirocinanti del Centro Astalli.

L'ambulatorio di medicina legale è aperto il venerdì ed è fruibile attraverso prenotazione; è garantita dall'associazione Medici contro la Tortura, nella persona del Presidente, dr. Carlo Bracci, medico legale che certifica gli esiti fisici e talvolta psichici di tortura. La certificazione è destinata ad essere utilizzato in occasione dell'audizione alla Commissione Territoriale per il riconoscimento dello status di rifugiato Il dr. Bracci distingue chiaramente:

- esiti che sono con evidenza conseguenza di tortura, con esclusione di cause diverse, conseguenza di percosse ripetute (falaqa), per la presenza di elementi tipici: alterazioni a carico della pianta dei piedi, meglio se confermate da esame ecografico; lesioni muscolo tendinee a carico delle articolazioni sollecitate in caso di sospensione, anch'esse meglio se confermate da esame ecografico; esiti di ustioni che ripetono la forma dello strumento utilizzato: più spesso sigarette, ma anche oggetti metallici resi incandescenti o percorsi da corrente elettrica.
- esiti di traumi contusivi multipli che per la loro localizzazione, morfologia e molteplicità sono riferibili a percosse inferte volontariamente. In molti casi le cicatrici interessano ampie zone cutanee e più regioni corporee, tanto da potere escludere cadute accidentali od incidenti stradali o sul lavoro.
- esiti di lesioni procurate nel corso di episodi di violenza sessuale: anche se la visita

ginecologica a distanza di mesi non può dare indicazioni certe la presenza di cicatrici in parti raramente interessate da traumi (faccia interna delle cosce, parte inferiore dell'addome, faccia inferiore delle mammelle) e di cicatrici provocate su persona che cerca di difendersi (in particolare sugli avambracci) indicano con alto grado di probabilità la veridicità di quanto denunciato.

- esiti di lesioni prive di specificità, ma che, per i loro caratteri sono riferibili a situazioni in cui non sono state prestate cure mediche. È il caso delle fratture degli arti siano guarite con mancato allineamento dei monconi, in quanto anche nelle regioni in cui non c'è assistenza sanitaria si trova di regola un "guaritore" capace di ridurre ed immobilizzare una frattura con risultati buoni. Spesso le cicatrici hanno caratteri indicativi della mancanza di cure adeguate e di superinfezioni.

- Esiti indicativi di permanenza prolungata in condizioni igieniche pessime. È il caso delle cicatrici multiple da morsi di insetti in prigionieri costretti a dormire a terra, senza possibilità di lavarsi.

Il giudizio si avvale poi della conoscenza delle pratiche di tortura adottate nei diversi paesi. Per la sintomatologia psichica il giudizio sul rapporto con le violenze subite richiede alcune cautele. Esiste una ampia letteratura sulle conseguenze fisiche e psichiche della tortura e dei trattamenti infamanti; punto di riferimento obbligato è il "Protocollo di Istanbul" manuale per lo studio e la documentazione di tali esiti, elaborato nel 1999 da un folto gruppo di esperti e pubblicato dall'Alto Commissariato per i diritti umani delle Nazioni Unite⁶

L'accesso alla visita ginecologica può avvenire sia su richiesta diretta delle pazienti, su invito del medico di base, della psicologa o dello psichiatra ed è previsto l'accompagnamento da parte di una mediatrice linguistica. Il servizio di ginecologia, all'interno del Samifo, è garantito dalla D.ssa Pentella, specialista della ASL Roma A e dall'equipe femminile del consultorio. La quasi totalità delle nostre assistite ha subito violenze sessuali. Prima della visita ginecologica si effettuano esami ematici di routine, lo screening sierologico al fine di escludere o meno la presenza di malattie sessualmente trasmissibili e l'esame delle urine. Spesso, però, è necessario anticipare la visita a causa delle conseguenze fisiche delle violenze. Le patologie a carico dei genitali dopo violenze ripetute sono persistenti e le donne hanno chiaramente bisogno di risolverli ed anche di conoscere al più spesso quali siano le loro condizioni di salute, di sapere se lo stupro non ha lasciato danni permanenti. Recentemente è stato attivato un servizio settimanale di ecografia pelvica. Infine si sta rinforzando progressivamente una rete operativa che renda possibili i ricoveri programmati per le pazienti che necessitano interventi quali miomectomia o fibromectomia, che hanno rilevante incidenza tra le nostre assistite.

Nel 2008 si sono rivolte al nostro servizio 946 nuovi richiedenti asilo, rifugiati. Sono state effettuate:

873 visite psichiatriche, 200 delle quali prime visite, riservate a persone provenienti dall'Africa e dall'Asia, vittime di tortura o di gravi violazione di diritti umani e affette da gravi reazioni psicotraumatiche;

130 visite ginecologiche per donne vittime di violenza sessuale, provenienti da 13 paesi del continente africano. Il 10 % circa presentano esiti di mutilazioni di genitali.

660 colloqui psicologici di orientamento e sostegno.

150 certificati medico legali attestanti gli esiti di violenza intenzionale.

Oltre 3200 visite di medicina generale

⁶ Office of the High Commissioner for Human Rights, United Nation, 1211 Ginevra 10, Svizzera.

Bibliografia essenziale

1. AAVV, La situazione dei diritti umani nel mondo. Rapporto 2007, Amnesty International, EGA Editore, Torino, 2006.
2. A.A.V.V., The Mental Health Consequences of Torture, Edited by Ellen Gerrity, Terence M. Keane, and Farris Tuma. New York, Kluwer Academic/Plenum.
3. DSM IV.
4. Giusti E., Montanari C., Trattamenti psicologici di emergenza., Sovera Editore, Roma, 2000
5. Herman J.L., Guarire dal trauma, Edizioni Maggi, Roma, 2005.
6. ICD X.
7. Man Sherastha N., Sharma B., "Torture e vittime della tortura" Tradotto e adattato dalla bozza originale dal gruppo rifugiati NAGA in collaborazione con l'RCT di Copenhagen.
8. Miller A., La persecuzione del bambino: le radici della violenza. Bollati Boringhieri. Torino 1997.
9. Mollica R., The trauma story: psychiatric care of refugee survivors of violence and torture, in Posttraumatic therapy and victims of violence, New York 1988, pg 295-314.
10. Papadopoulos R.K. (a cura di), L'assistenza terapeutica ai rifugiati, Edizioni Maggi, Roma 2006.
11. Putnam R.D., Capitale sociale e individualismo, crisi e rinascita della cultura civica in America, a cura di Roberto Cartocci, Il Mulino editore, Bologna, 2004.
12. Sales P.P., Trauma, culpa y duelo. Hacia una Psicoterapia integradora, Desclée de Brouwer, Bilbao, 2006.
13. Sironi F., Persecutori e Vittime. Strategie di violenza, Feltrinelli Editore, Milano, 2001.
14. UNHCR, 2007 Global Trend – Refugees, Asylum Seekers, Returnees, Internal Dispeded and Stateless Persons.
15. Vinar M., Vinar M., Exil et Torture, Danoèl, Paris 1989.

Ringraziamenti personali:

- alla Direzione dell'Azienda Sanitaria Locale Roma A, in particolare al Direttore Sanitario Dott. Stefano Pompili per l'attenzione riservata al progetto;
- all'Associazione Centro Astalli Onlus, sede italiana del Jesuit Refugee Service, specialmente al Direttore Padre Giovanni La Manna, per il impegno quotidiano a favore dei richiedenti asilo e dei rifugiati;
- all'Associazione Medici Contro la Tortura, e al Dr. Carlo Bracci in special modo, per il lavoro di documentazione e certificazione necessari per il riconoscimento dello status di rifugiato politico;
- al rappresentate in Italia dell'UNHCR, Dott. Irvine, per il patrocinio dato al progetto.

Profilo di Salute e Benessere dei Bambini Stranieri e delle loro Madri, in provincia di Ferrara

*M.C. Sateriale**, *M. Calacoci^o*, *S. Quintavalle**, *M. D'Agata^o*, *E. Borin**,
P. Pasetti[‡], *A. De Togni[‡]*

*AUSL di Ferrara, UO dei Piani per la Salute, ^oDipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale – Sezione di
Pediatría, Università degli Studi di Ferrara, [‡]AUSL di Ferrara, Modulo di Epidemiologia del DSP

Premessa

Il profilo di comunità, rappresenta la base su cui si prendono decisioni strategiche in una comunità, decisioni che si esplicitano in individuazione di priorità, contenute nell'Atto triennale d'Indirizzo, della comunità ferrarese.

Il Profilo è articolato in otto "Domini".

Il presente lavoro si colloca nel Dominio "Salute e condizioni di vita della popolazione straniera" e ne rappresenta una parte.

La ricerca si avvale dei flussi informativi correnti, tra i quali sono fondamentali: Registri di morte, SDO, CedAP, flussi del servizio di Salute mentale.

Risultati della ricerca

Nel contesto della regione Emilia-Romagna il trend di crescita dei residenti stranieri si presenta molto consistente: dalle 52.397 unità (al 01/01/1995) alle 318.076 unità del 01/01/2007, con una quota sul totale della popolazione regionale che è salita dall'1,33% al 7,53%; soprattutto per effetto dell'incremento delle presenze straniere, infatti, i residenti complessivi sono passati da 3.924.952 a 4.223.585, con un incremento pari a 7,6%.

Nel territorio ferrarese, pur considerando che all'inizio del 1995 il numero di stranieri presenti era molto esiguo e che ciò può accentuare il valore dell'incremento percentuale, l'incremento degli stranieri residenti è stato comunque molto più sostenuto: dalle 1.841 unità alle 15.548 unità, con una quota del totale della popolazione provinciale che è salita dallo 0,52% al 4,4%.

La regione Emilia-Romagna rappresenta, nel periodo 1999-2004, secondo i dati Istat, la regione italiana con la maggiore frequenza di nati con almeno un genitore o entrambi i genitori stranieri.

I bambini che nascono nel 2006 da genitori entrambi stranieri sono, in regione, il 17,8%, mentre con il solo padre di origine straniera sono il 2,4%.

Nello stesso anno, secondo la banca dati dei Certificati di Assistenza al Parto (CedAP), in Emilia-Romagna il 76% delle partorienti ha cittadinanza italiana e il 23,1% ha cittadinanza straniera.

Nel territorio della provincia di Ferrara i valori sono distribuiti in modo differente dai valori medi regionali, con un 83,1% di nascite da donne con cittadinanza italiana e un 16,9% di parti di madri con cittadinanza straniera.

Secondo il CedAP 2006, nella regione Emilia Romagna oltre il 50% delle donne straniere proviene dai primi 5 Paesi esteri più rappresentati: Marocco (18,7%), Albania (12,5%), Romania (8,8%), Cina (7,0%), Tunisia (6,3%).

Nella realtà ferrarese è necessario citare i primi sei Paesi di origine della madre, che sono nell'ordine: Marocco, Moldavia, Romania, Nigeria, Albania e Cina.

Dalla tabella seguente, possiamo notare la differente distribuzione delle partorienti straniere, con un massimo nel punto nascita dell'Ospedale di Cento (30,2%, pari a 216 donne), e un valore percentuale minimo nel punto nascita dell'Azienda Ospedaliera S. Anna di Ferrara

(10,1%, pari a 133 madri straniere).

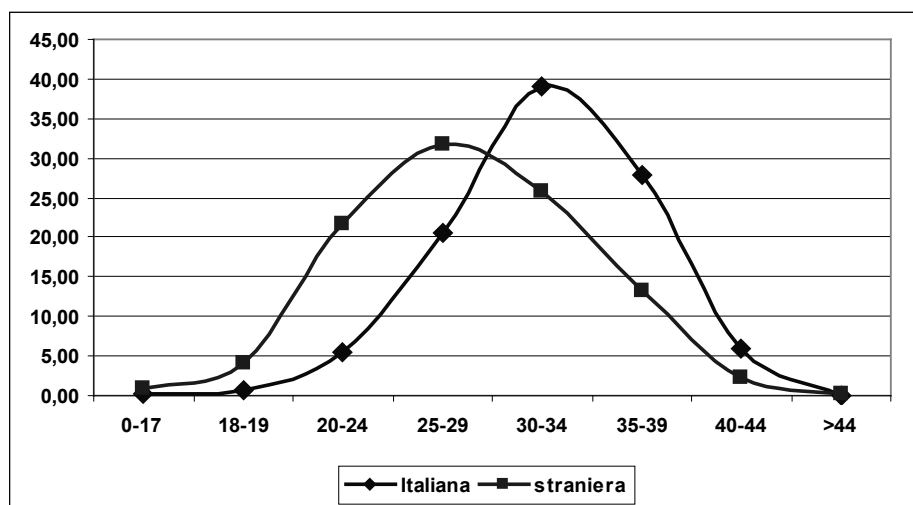
Tabella: Cittadinanza delle donne che hanno partorito nei punti nascita della provincia di Ferrara, con confronto RER

Luogo del parto	Totale parti	Cittadinanza della madre		
		Italiane	Straniere	% Straniere
Ospedale del Delta	515	434	81	15,7
Ospedale di Cento	716	500	216	30,2
Azienda Ospedaliera Ferrara	1.311	1.178	133	10,1
Totale provincia di Ferrara	2.542	2.112	430	16,9
Totale RER	38.967	29.977	8.990	23,1

Fonte: Banca dati CEDAP Emilia-Romagna, 2006

L'età delle donne è distribuita in modo differente tra italiane e straniere come è rappresentato nel seguente grafico.

Grafico: Distribuzione per età e cittadinanza delle donne che hanno partorito nei punti nascita della provincia di Ferrara, 2006



Fonte: Elaborazione fornita da E. Forini, Az. Osp. Univ. di Ferrara, 2006

Il grafico rappresenta le due differenti curve di distribuzione delle età del parto delle donne straniere e delle donne italiane, nei tre punti nascita della provincia di Ferrara.

L'elemento che maggiormente sottolinea la differenza nei comportamenti della famiglia e delle donne, rispetto alla procreazione, è l'età media delle donne al momento del parto:

- nel 2006 tra le donne di origine straniera che hanno partorito, il 6% circa presentava un'età inferiore ai 20 anni (0,99% nelle donne italiane), e di queste lo 0,88 è la quota delle minorenni straniere (0,19 le minorenni italiane);
- l'età media delle partorienti è 30-34 per le donne italiane, e 25-29 per le donne straniere;
- il parto in età avanzata continua ad incrementarsi nella regione Emilia-Romagna,

soprattutto per le donne italiane, mentre nelle donne straniere questo fenomeno è più contenuto, con valori percentuali, nella nostra realtà, pari a meno della metà rispetto alle donne italiane. In gravidanza le donne straniere si sottopongono ad un numero minore di visite di controllo e di indagini prenatali, con aumentati rischi di patologia genetica, infatti, secondo i dati regionali, i comportamenti di italiane e straniere sono molto diversi:

- il 43,2% delle donne straniere, contro il 68,2% delle italiane, effettuano il primo controllo entro la 8° settimana di età gestazionale
- il 29,3% delle straniere lo effettua dopo la 12° settimana, contro il 10,1% delle italiane
- più della metà delle donne straniere sceglie il periodo tra la 8° e la 12° settimana di età gestazionale per la prima visita in gravidanza
- ci sono ancora donne che non ricorrono a visite per tutta la gravidanza: lo 0,5% delle italiane e l'1,8% delle straniere.

La spiegazione di tali diversi comportamenti è da attribuire senz'altro ai differenti costumi, e alla diversa composizione delle varie nazionalità nelle aree della regione, ma anche alla carente informazione sui servizi disponibili.

Se si esaminano i servizi utilizzati, si evidenzia che il 77,9% delle straniere si affida ai servizi pubblici, di cui ben il 64,4% è rappresentato dal consultorio del territorio di riferimento, mentre le donne italiane ricorrono al ginecologo privato nel 78,3% dei casi.

Ci sono importanti differenze tra le donne italiane e le donne straniere, nella effettuazione di indagini prenatali, sia tra donne con un'età inferiore a 35 anni, che superiore come emerge nella seguente tabella.

Tabella: Effettuazione di almeno un'indagine prenatale, secondo l'età e la cittadinanza della madre

Cittadinanza	<= 35 anni	> 35 anni	Totale
Italiane	24,6%	65,5%	35,2%
Straniere	4,3%	25,5%	6,5%
Totale	19,2%	61,4%	28,5%

Fonte: Banca dati CEDAP Emilia-Romagna, 2006

Il confronto tra numero totale di gravidanze - interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) escluse - e aborti spontanei, evidenzia un differenziale tra donne italiane e donne straniere.

In sintesi, come rappresentato nella seguente tabella, la donna straniera ha un 20,5% di rischio di aborto spontaneo, rispetto al 17,4% delle donne italiane. La differenza non è particolarmente marcata, ma è comunque un dato su cui è opportuno vigilare.

Tabella: Esiti di gravidanze, per cittadinanza, anno 2006, provincia di Ferrara

	Donne italiane		Donne straniere	
	v.a.	%	v.a.	%
Parti	2.112	82,63	430	79,50
Aborti spontanei	444	17,37	111	20,50
Totale gravidanze	2.556	100,00	541	100,00

Fonte: Banca dati CEDAP Emilia-Romagna, 2006, elaborazione interna

A livello regionale, con riferimento ai dati 2006, gli altri indicatori più interessanti per

evidenziare un rischio aggiuntivo per la salute della madre e del bambino non mostrano differenze per ciò che riguarda: i ricoveri in gravidanza, la durata della gravidanza, le modalità del parto ed il basso peso neonatale (<1500 g).

Secondo una elaborazione interna, analizzando il triennio 2004 -'06, il rischio di nascita con basso peso (< 1500 g) per i bambini stranieri, è maggiore del 30% circa, rispetto ai bambini italiani (OR= 1,31).

Tabella: Basso Peso alla nascita in Emilia Romagna, triennio 2004-06

Nati	PN <1500 g	Totale nati	% PN <1500 g
Da madri italiane	830	88.117	0,94%
Da madri stranieri	290	23.518	1,23%

Fonte: CedAP, RER; Registro regionale nati pretermine, peso <1500 g, 2004-2006

Nel corso degli anni le IVG delle donne straniere mostrano un incremento notevole, indicativo dell'aumento della popolazione immigrata sul nostro territorio, rispetto alle donne italiane, come rappresentato nella seguente tabella.

Tabella: Interruzione volontaria di gravidanza nelle strutture sanitarie ferraresi, da parte di donne italiane e straniere, anni 2003-2006

Anno	italiana	straniera	totale	% straniere
2003	590	81	671	12,1
2004	619	124	743	16,7
2005	577	248	825	30,1
2006	548	294	842	34,9

Fonte: Banca dati SDO, Azienda USL di Ferrara

Nell'anno 2006 le IVG effettuate su donne straniere hanno rappresentato il 34,9%, più di un terzo di tutte le IVG. Il confronto di questo dato con quello dei parti delle donne straniere, pari al 16,9% (dato provinciale) nello stesso anno, porta ad affermare che il ricorso all'aborto volontario è una pratica utilizzata in modo molto superiore dalle donne straniere rispetto alle italiane.

Le prime cinque nazionalità delle donne che ricorrono all'aborto sono, nell'ordine: Romania, Moldova, Marocco, Nigeria, Ucraina. La somma delle IVG effettuate da donne di queste cinque nazionalità supera il 50% dei casi totali.

Le difficoltà che mettono a rischio la salute della donna e del bambino sono rappresentate dalla necessità di lavorare, dalla mancanza di rete familiare e sociale, dalla precarietà abitativa, dalla scarsa conoscenza dei servizi disponibili, dei costumi e delle usanze, che possono rendere la donna socialmente accettata o rifiutata.

Nel caso della maternità troppo precoce il rischio aumenta ed è maggiore per il neonato, che in un momento della vita di grande fragilità, assomma ai rischi di una scarsa integrazione sociale del nucleo familiare, quello di una madre molto giovane, inesperta e quasi sempre sola.

Di seguito vengono riportati in tabella i dati relativi ad alcune gravi patologie neuropsichiatriche,

che determinano una disabilità che non si limita al periodo dell'infanzia ma che permane per tutta la vita dei minori, seguiti dal servizio Salute Mentale Riabilitazione Infanzia Adolescenza (SMRIA) del territorio provinciale nell'anno 2007.

I casi totali sono 257, di cui 31 stranieri, pari al 12% del totale.

Le paralisi cerebrali infantili (PCI) ammontano a 71 casi, di cui ben 21 sono i casi di bambini nati dopo il 2002. I bambini stranieri affetti da PCI sono 6, di cui 4 con età inferiore a 5 anni.

Tabella: Gravi patologie neuropsichiatriche dei minori seguiti dallo SMRIA dell'ASL di Ferrara, nell'anno 2007

	Totale minori	di cui stranieri
Ritardo Mentale. medio o lieve- complicato	73	9
Sindromi di alterazione globale dello sviluppo psicologico (include Autismo)	24	4
Paralisi cerebrali infantili	71*	6**
Malformazioni cerebrali congenite	20	2
Sindrome di Down	28	5
Altre malformazioni genetiche e congenite gravi	28	4
Distrofie	3	0
Para- e tetraplegie acquisite (da trauma)	4	1
Malattie del S.ma Nervoso Aut.	6	0
Totale	257	31

Fonte: SIMP 51, Az USL del 200

*di cui 21 di età < 5 anni

**di cui 4 di età < 5 anni

I dati relativi alla presenza di minori stranieri nelle scuole d'infanzia, e nella scuola dell'obbligo sono buoni mentre poco soddisfacenti risultano quelli relativi ai minori stranieri nelle scuole superiori. In dettaglio, nell'anno scolastico 2006-07, per la provincia di Ferrara, gli alunni di cittadinanza straniera iscritti alle scuole statali di ogni ordine e grado (compresa la scuola d'infanzia) sono complessivamente 2.627, pari al 7,7% del totale degli alunni. Il dato è un po' sottostimato per quanto riguarda la scuola d'infanzia, per la quale esiste una parte consistente di scuole non statali, mentre la sottostima si può ritenere praticamente trascurabile per le altre scuole.

La quota di alunni stranieri sul totale è massima per la scuola d'infanzia, dove i bambini di cittadinanza non italiana sono l'11,3%. Nelle scuole superiori, per contro, gli alunni non italiani sono soltanto il 5,1% del totale. Se osserviamo, però, gli incrementi nel corso del triennio considerato, vediamo che sono proprio questi ultimi ad aver fatto registrare l'incremento maggiore (+67,5%): sono evidentemente gli anni in cui le seconde generazioni delle famiglie straniere, arrivate negli anni '90, stanno cominciando ad accedere alla scuola superiore. Notevole è stato poi l'incremento degli alunni stranieri nelle scuole d'infanzia (+54,5%) e nelle medie (+53,1%), a testimoniare, da un lato, la forte presenza di nuovi nati da famiglie straniere, dall'altro il recente fenomeno dei ricongiungimenti familiari. Per le elementari, invece, l'incremento, pure esistente, è stato un po' inferiore rispetto agli altri ordini di scuole.

Grafico: Quota di alunni stranieri dei diversi ordini di scuola (statali), a.s. dal 2004-05 al 2006-07

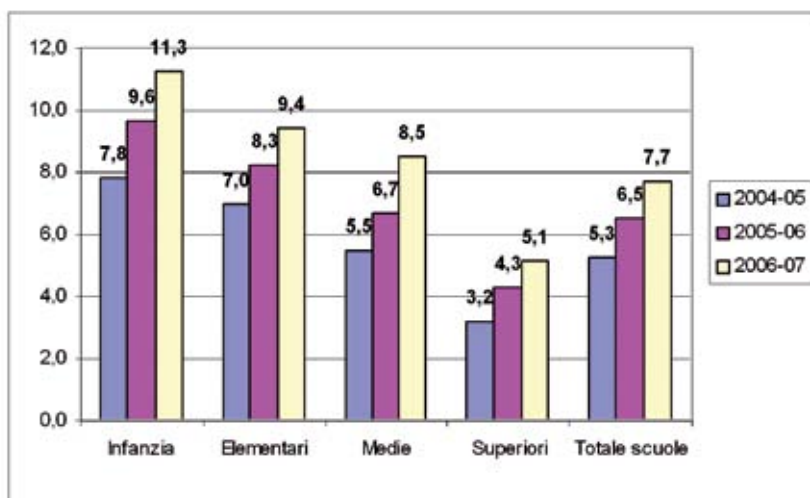


Tabella: Gli alunni stranieri nelle scuole di ogni ordine e grado

Ordine scuola	'04/5	'05/6	'06-07	'04-05	'05-06	'06-07	'04-05	'05-06	'06-07	Incr. %
Infanzia	2255	2312	2415	176	223	272	7,8	9,6	11,3	54,5
Elementari	10994	11191	11558	767	924	1087	7,0	8,3	9,4	41,7
Medie	7029	6961	6906	384	466	588	5,5	6,7	8,5	53,1
Superiori	12610	12911	13269	406	557	680	3,2	4,3	5,1	67,5
Tot. scuole	32888	33375	34148	1733	2170	2627	5,3	6,5	7,7	51,6

Infine diamo uno sguardo ai dati relativi allo sfruttamento della prostituzione di donne straniere nella nostra provincia. Nel corso del 2007 sono 51 i colloqui orientativi effettuati dal Centro Donna Giustizia a donne straniere per il progetto "Oltre la strada". Si tratta di un'opera a favore di donne vittime di tratta e sfruttamento sessuale, accompagnate in percorsi di protezione ed inserimento sociale e lavorativo, grazie al rilascio di uno speciale permesso di soggiorno previsto dall'art. 18 del Testo Unico sull'Immigrazione (D.Lgs. 25/7/1998 n.286). Delle 51 donne che hanno effettuato il colloquio, 39 (38 di nazionalità nigeriana ed 1 rumena) sono entrate a far parte del progetto, 9 sono mamme con bambini ed 1 è in stato di gravidanza. Delle 39 donne del progetto, 17 sono accolte in casa e 22 sono seguite sul territorio. Solo poco più della metà (20) avevano già sporto denuncia per sfruttamento all'inizio del loro percorso.

Conclusioni e scelte strategiche

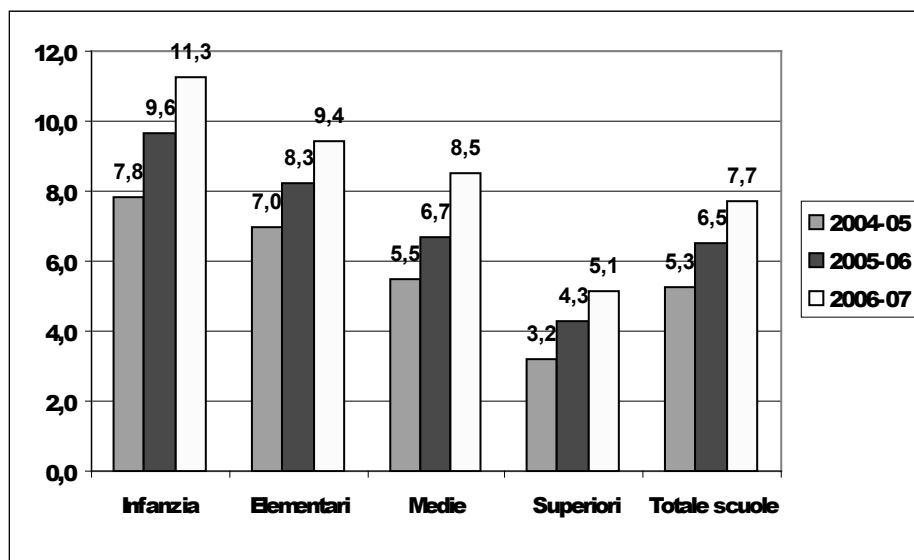
La metodologia di indagine, la condivisione delle scelte della ricerca, i momenti pubblici di

presentazione, hanno aumentato visibilità ed ascolto, con risultati concreti come:

- La scelta del tema come prioritario nel triennio;
- La necessità di monitoraggio della salute-benessere della popolazione straniera e delle azioni coerenti che si vanno a realizzare nei distretti;
- Convenzione tra Comune di Ferrara e ASL per presa in carico sanitario dei casi, secondo un protocollo ad hoc;
- Indagine sugli accessi ai Pronto Soccorsi di Ferrara e provincia dei bambini Italiani e Stranieri.

Bibliografia

A. De Togni, E. Forini, F. Mosca, P. Pasetti, S. Quintavalle, M.C. Sateriale; Salute e benessere nella provincia di Ferrara - Profilo di comunità, giugno 2008



Badare stanca

La voce delle badanti nell'ambulatorio Sokos di Bologna.

V. Spada, C. Di Girolamo, G. Fiorini, S. Giordani, E. Ielpo, C. Magnani, J. Montomoli.

“Dormivo malissimo e in giornata ero anche molto agitata, mi venivano insomma questi stati di agitazione che comunque mi davano fastidio, non solo a me ma anche a persone che magari mi stavano vicino, per cui ho pensato di rivolgermi (ad uno psicologo ndr)... per avere così qualche consiglio, giusto per stare più calma, più tranquilla...”

Cosa ti fa stare agitata?

Ma proprio la mia situazione di instabilità diciamo, il problema, speriamo non più, di permesso di soggiorno... questa attesa di questo permesso e questa cosa mi preme molto, anche (perché) non avendo il permesso non riesci a trovare un lavoro che mi piacerebbe fare di più, mi accontento, chiaro mi accontento di quello che è però forse mi piacerebbe anche, non so, studiare qualcosa e fare una cosa più soddisfacente”

Che cosa vuol dire stare bene o stare male?

L'abbiamo chiesto ad alcune pazienti dell'ambulatorio Sokos, donne dell'Est Europeo, prive di permesso di soggiorno, impiegate come badanti. I loro racconti fanno comprendere quanto la salute sia il risultato di meccanismi complessi, da inquadrare in una dimensione ampia e globale.

“Io in Ucraina problemi di salute non li ho avuti così forti come qui. Perché qui ho lavorato sempre con malati di nervi, di Alzheimer, di pressione, perciò io sono stressata e anche stanca fisicamente. Non ho avuto possibilità di andare da dottori per mancanza di informazioni, perché stavo in paesetti piccoli.

Vivo in Italia da tre anni; stavo nel sud, regioni di campagna; facevo la badante. Là ho tentato di chiedere, fare la richiesta, fare documenti. Mi hanno promesso ma non me li hanno fatti; io sono andata all'ufficio postale, ho preso quel pacchetto di documenti, hanno fatto fotografie e tutto e loro mi hanno detto che noi li mandiamo in Questura. Ma non li hanno mandati in Questura.

E come si trovava nella famiglia?

Non posso dire che mi trovavo proprio così male. Però, è la mancanza di informazione... là lavoravo pure le giornate, la domenica io lavoravo, mi pagavano 25 euro per una domenica, non non... diciamo che non così proprio tanto. E poi i festivi li facevo gratis. Siccome stavo in quel paesetto piccolo non avevo la possibilità di andare in città, sapere informazioni, andare dai dottori, un aiuto, i documenti.

E ora lei per esempio che problemi ha?

Adesso per la stanchezza io penso di dover tonificare i reni perché, sono qui gonfia sotto gli occhi. Poi anche mi devo visitare da una ginecologa, perché a casa mia era obbligatorio andare due volte all'anno, mi fa male, non mi fa male, non importa. E qui, in tre anni non sono stata mai nessuna volta.

E invece, là dove lavorava nel Sud Italia ha avuto altri problemi di salute?

Sì, ho avuto ma me li curavo da sola. Per esempio nervo sciatico, artrite, mi facevo siringhe, usavo pomate”

E mi dica...cosa vuol dire stare bene?

Per me la più importante cosa è avere il permesso, perché io voglio andare a casa, la mia famiglia soffre senza di me. E ho anche problemi a casa, perciò devo andare, prima cosa

che devo avere è il permesso. Poi devo, certo che devo andare a visitarmi e curarmi un po', perché... perché la salute non la compri con i soldi dopo.

E invece cosa intende quando dice che sta male?

Che io sto male perché mi manca la mia terra, le nostre usanze, le feste, la mia famiglia: questo è importante. Poi i problemi, quelli che ho a casa mia, problemi grandi che li devo risolvere: la povertà, la mancanza di soldi. Per uno stipendio facevo due lavori: la cameriera, perché pulivo, la casa era grande e dovevo fare tutto, lavavo, pulivo facevo tutto; poi assistevo anche due malati di nervi, uno di Alzheimer, e figlio malato di depressione.

Qua non posso dire che sto proprio così male, le condizioni di vita sono normali, l'alimentazione è normale...sto in una camera a parte. Al sud, invece, dormivo proprio a letto con questi vecchietti. Ora ho la possibilità di essere pulita, solo che...vorrei un pò riposare, Perché con i vecchietti non è leggero, perché loro, i vecchietti, sono come i bambini piccoli, hanno...non hanno la memoria buona, non tanto...diverse cose non le capiscono...già non ragionano, così, e allora c'è la necessità di riposare, pure la notte dormire bene, e pure di giorno un po'.

Dove ho lavorato, nel sud d'Italia di notte mi svegliavano, la vecchietta mi svegliava e poi di giorno, io non ho riposato per tre anni mai, lavoravo senza giornata libera. E di giorno non potevo riposare, perché la malata di nervi fa rumore sempre e non capisci niente e perciò sono così stressata e stanca. Ora, qua a Bologna, io ho due ore libere al giorno, come tutte le badanti. Allora io questa mattina sono venuta qui queste due ore, penso ai problemi miei, dopo sto a casa, faccio i servizi.

E quando sta male comunque lavora?

Non importa, stai male, non stai male...il tuo lavoro non fa nessuno. Io vorrei, io vorrei...in Italia non vorrei stare malata mai, perché comunque non è leggero fare tutte queste cose, andare, fare tutti questi documenti, meglio essere sani”

Altre donne raccontano così il loro benessere e il loro malessere:

“Ti senti sempre giù... giù... quando non vedi futuro, sicurezza, quando sei una persona normale, che fa un lavoro umile, almeno diritto ad andare a casa, vedere la famiglia, tornare, continuare, perché ti ricarica la famiglia. La mia energia è consumata ed ho gli occhi spenti. Io sono arrivata qui con pochi soldi però ridevo tutti i giorni, adesso ho guadagnato, spedisco a casa, però...”;

“Stare bene è stare a casa con i miei figli, con mio marito, avere un lavoro..io voglio avere solo quello che mi basta per vivere”;

alcune dicono di avere limitate possibilità di curarsi, o di non trovare il tempo per riposare e addirittura per mangiare:

“Mi sono bruciata il braccio, mi sono bruciata il lunedì a mezzogiorno e chiedevo se posso uscire a prendere qualche medicina qualche pomata non mi hanno permesso finché non è arrivato fino a domenica. Domenica, con la pelle che ho, ha iniziato a dilatarsi ed è successa questa macchia qua”;

“C'è stato un anno che ho lavorato molto, giorno e notte, non avevo un regime di mangiare. Noi crediamo quando arriviamo qui di poter guadagnare tutti i soldi in un anno. Io lavoravo tutta la notte ogni notte e poi di giorno sei sette ore, mangiavo una pizza al volo... Credo che anche questo è stato, più lo stress, tutto insieme”;

qualcuna racconta di quanto si difficile vivere privata dell'intimità della vita di coppia:

“La mancanza di vita privata nel senso di...anche questo è un problema, proprio per la salute...non pensare che...ti stressa questo, perciò le donne hanno problemi con la salute. Questo è un fatto, è importante nella vita di una persona, di un uomo, una donna, e mio marito là non sta bene e io qui”.

Tutte queste limitazioni riconoscono la loro causa principale nello stato di irregolarità.

“Non ho il permesso, questo è il problema. Il più grande problema è che non ho il permesso di soggiorno e non posso andare a casa, Perché ho avuto tante cose, tragedie in questi anni e non sono andata a casa a vedere. E’ morto mio marito tre mesi fa e non sono andata a casa, è morto mio fratello otto mesi fa e non sono andata a casa. Questo è il problema”

“Stare bene... è avere un lavoro, è avere i documenti, potere viaggiare, andare a casa magari una volta all’anno, magari una volta ogni mezzo anno per vedere la famiglia...per me la più importante cosa avere il permesso, perché io voglio andare a casa”

Lo strumento dell’intervista semistrutturata ha permesso di indagare profondamente la percezione soggettiva dello stato di salute, e di ripensare gli ambiti dell’intervento sanitario plasmandoli sui bisogni di salute individuali e collettivi.

La ricostruzione del percorso migratorio di queste donne, della vita nel paese di origine, del contesto lavorativo e personale, attraverso il racconto e l’ascolto, ha permesso di contestualizzarne l’esperienza di malattia, travalicando le categorie diagnostiche della biomedicina: per le donne intervistate, la concezione di benessere e “star bene” oltrepassa, infatti, i confini della dimensione corporea e si iscrive anche in quella psicologica, sociale e politica.

In particolare, dalle interviste emerge la centralità dello stato di irregolarità come determinante negativo dello stato di salute. Innanzitutto l’assenza di permesso di soggiorno compromette il benessere psicologico, generando instabilità, insicurezza, paura e stress; diminuisce la capacità contrattuale all’interno della sfera lavorativa, determinando una pressoché totale assenza di tutele garantite (tra le quali il diritto alle ferie e all’assenza per malattia); comporta un guadagno non congruo alle mansioni, l’estrema difficoltà nel gestire l’orario di lavoro, il tempo libero, le relazioni e gli spazi personali; ancora, crea difficoltà negli spostamenti, rendendo faticoso l’incontro con i propri familiari rimasti in patria; inoltre condiziona la possibilità di aggregazione sociale, l’accesso ai servizi sociosanitari e l’esercizio di diritti fondamentali.

Lo stato di irregolarità dunque, direttamente e indirettamente, crea condizioni psicologiche e socio-politico-economiche che limitano fortemente la libertà e la capacità delle donne di negoziare i termini della propria esistenza.

La ricollocazione del vissuto attraverso le interviste svela la violenza strutturale⁷ del sistema politico, che si fa malattia nelle nostre pazienti: la narrazione restituisce dunque dignità alla sofferenza di queste donne, ne chiarisce l’eziopatogenesi, apre nuovi orizzonti nel ripensare alla malattia e al significato che l’individuo attribuisce ad essa e centra nuovamente il ruolo del medico e della medicina. Una medicina che è “...conversazione, danza, ricerca di significati [...], è un bene cercato e per cui si lotta disperatamente, forse anche un “diritto dell’uomo” fondamentale, essendo una forma fondamentale di rapporto umano”⁸

7 In relazione alla teoria della violenza strutturale si veda: P. Farmer, *Pathologies of Power: Health Human Rights, and the New War on the Poor*, Berkeley, University of California Press, 2003.

8 In Good BJ, *Narrare la malattia – Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, trad di S. Ferraresi, Edizioni di Comunità, Torino, 1999, pg 95-96

Bibliografia:

M. Ambrosini, Per un inquadramento teorico del tema: il modello italiano di immigrazione e le funzioni delle reti etniche. In: M. La Rosa, L. Zanfrini (a cura di), *Percorsi migratori tra reti etniche, istituzioni e mercato del lavoro*, Fondazione I.S.MU, Milano 2003.

P. Farmer, *Pathologies of Power. Health Human Rights, and the New War on the Poor*, Berkeley, University of California Press, 2003.

B.J. Good, *Narrare la malattia – Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, trad. it. di S.Ferraresi, Edizioni di Comunità, Torino, 1999.

D. Silverman, *Come fare ricerca qualitativa. Una guida pratica.*, trad. it. S. Jelmini, Carocci, Roma 2002.

Un approccio multidisciplinare alla salute globale presso il Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale dell'Università di Bologna

A. Stefanini, C. Bodini, C. Reali, C. Di Girolamo, A. Fabbri, A. Grignaschi, V. Spada,
B. Marta, R. Nicoletti, C. Barbalace, C. Ciufegni, A. Martino

Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale, Università di Bologna Centro Studi e Ricerca in Salute Internazionale ed Interculturale

Il contesto italiano e l'esperienza bolognese

Questo articolo è stato redatto grazie alla partecipazione e collaborazione di tutti i membri del "Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale" (CSI) dell'Università di Bologna, con l'obiettivo di descrivere ed analizzare la storia del Centro e le attività realizzate negli ultimi 5 anni.

Un recente censimento dei piani di studio delle Facoltà di Medicina e Chirurgia italiane⁹ mostra che non esistono, nei curricula standard, insegnamenti ufficiali relativi al campo della salute globale e internazionale. Al contrario, i corsi di studi appaiono ancora centrati su di una prospettiva strettamente confinata ai problemi di salute dei cosiddetti Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA). Un'attenzione molto scarsa viene dunque riservata a tematiche quali disuguaglianze in salute, migrazione e salute, cooperazione sanitaria internazionale: nelle poche Facoltà in cui tali argomenti vengono trattati, ciò è spesso frutto della buona volontà di docenti isolati, che approfittano degli esigui spazi riservati ad attività a scelta dello studente (es. corsi elettivi). Inoltre, l'impianto teorico di base riflette un approccio strettamente biomedico¹⁰, che stenta ad aprirsi alle nuove visioni introdotte dalla salute pubblica internazionale, quali ad esempio la prospettiva dei determinanti distali di salute e malattia.

Al contrario, una nutrita letteratura internazionale^{11,12} pone l'accento su quanto sia importante, in un mondo sempre più globalizzato, dotare i futuri professionisti sanitari di strumenti che li mettano in grado di cogliere le interpretazioni di salute e malattia relative ad ambiti culturali e sociali differenti, e quindi di operare in maniera più appropriata in un contesto che cambia rapidamente (sia in patria che all'estero). Inoltre, viene enfatizzata l'importanza di trasmettere e far comprendere quanto fattori di ordine culturale, ambientale e sociale giochino un ruolo determinante nel definire lo stato di salute e malattia di un individuo o di un gruppo¹³.

In aggiunta a quanto descritto relativamente ai contenuti della formazione medica in Italia, vi è da rilevare quanto anche le metodologie didattiche impiegate siano di fatto confinate quasi esclusivamente a lezioni frontali, supportate da materiale didattico spesso antiquato e poco efficace¹⁴. Lo studente è per lo più un soggetto passivo, solo raramente chiamato ad esprimersi ed a riflettere criticamente sui contenuti proposti dal docente. Al contrario, la letteratura internazionale in questo ambito suggerisce che il coinvolgimento attivo dello studente nelle attività formative è di fondamentale importanza ed efficacia¹⁵.

Una formazione medica come quella descritta, purtroppo predominante nel nostro paese, rivela le sue debolezze ed i suoi punti critici specialmente nell'attuale scenario mondiale, in cui i fenomeni di globalizzazione, l'incremento della mobilità della popolazione e le crescenti

9 *Equal opportunities for health: action for development. Final report.* Consultabile sul sito <http://www.mediciconlafrica.org/globalhealth/home.asp>

10 Il termine "biomedicina" si riferisce alla teoria ed al sistema medico sviluppati in occidente, caratterizzati da un approccio strettamente biologico ai problemi di salute.

11 Bateman C, Baker T, Hoornenborg E, Ericsson U. *Bringing global issues to medical teaching.* The Lancet, 2001; 358: 1539

12 Editorial: *Educating doctors for world health.* The Lancet, 2001; 358: 1471

13 General Medical Council. *Tomorrow's Doctor: Recommendations on undergraduate medical education.* London, 1993.

14 <http://www.medicina.unibo.it>

15 D'Eon, Marcel F. *If Students Are Not Customers, What Are They?* Academic Medicine, 2000; 75: 1173-1177.

disuguaglianze economiche, sociali e sanitarie tra i paesi si configurano come fondamentali problematiche per la tutela e la promozione della salute. Inoltre, la mancata considerazione dei determinanti sociali e culturali di salute e malattia si traduce in elevato rischio di inefficacia nell'esercizio di una professione medica confinata all'ambito biologico, tanto più quanto la si eserciti in aree marginali della società, sia locale che globale¹⁶¹⁷.

L'insoddisfazione nei confronti di questo contesto formativo ha trovato riscontro nell'esperienza di alcuni studenti e docenti della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna. Da un lato infatti alcuni studenti, in occasione delle prime esperienze cliniche (sia in Italia che in paesi del Sud del mondo), hanno sperimentato la debolezza degli strumenti teorici e pratici appresi nel proprio percorso universitario. Dall'altro lato, alcuni docenti con lunga esperienza di ricerca e didattica a livello internazionale (particolarmente in paesi in via di sviluppo), hanno percepito la necessità di introdurre temi inerenti la salute globale all'interno del curriculum ufficiale. Il corso elettivo¹⁸ “*Salute Globale*”, istituito dal Prof. Angelo Stefanini nel 2004, ha rappresentato l'incontro di queste due esigenze. Questa favorevole congiuntura ha in seguito portato alla creazione di un gruppo partecipativo composto da docenti, ricercatori e studenti: uno spazio di confronto, dibattito e crescita su vari temi attinenti all'area della salute globale ed internazionale e del rapporto tra medicina, cultura ed organizzazione sociale. Negli anni seguenti, tale gruppo si è arricchito di nuovi studenti e ricercatori, ampliandosi fino ad essere riconosciuto nel 2006 dall'Università di Bologna come “Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale”¹⁹.

Il CSI si avvale attualmente della collaborazione di professori, ricercatori universitari, medici in formazione specialistica, nonché di studenti, ed è aperto a chiunque ne condivida le finalità e gli obiettivi. È stato mantenuto e rafforzato l'approccio partecipativo: tutte le attività vengono progettate e discusse durante l'assemblea settimanale, in cui le decisioni sono prese con il metodo del consenso²⁰. Un Consiglio Scientifico multidisciplinare fornisce supporto metodologico e teorico alle attività, attraverso la partecipazione di ricercatori provenienti da diversi ambiti anche umanistici (soprattutto Sociologia ed Antropologia). Attraverso questo approccio, vengono incentivate collaborazioni con tutte le aree del sapere necessarie a definire l'impianto teorico e gli strumenti pratici in grado di restituire una visione ampia della salute²¹.

Il Centro si propone di accrescere la conoscenza (il “sapere”), l'atteggiamento (il “saper essere”) e la capacità (il “saper fare”) degli operatori sanitari, sia durante il periodo di formazione accademica che lungo il loro percorso professionale, al fine di integrarne il profilo di competenze con ambiti oggi indispensabili per far fronte adeguatamente ai bisogni sanitari emergenti²². Gli ambiti di interesse e di competenza specifici sono i seguenti:

- politiche sanitarie nazionali ed internazionali
- disuguaglianze in salute
- determinanti sociali di salute
- salute e migrazione
- cooperazione sanitaria internazionale
- studi sociali in medicina

16 Caritas/Migrantes Immigrazione. Dossier statistico 2008. XVIII Rapporto Edizioni Idos, Roma 2008

17 Erice declaration on health equity, 26 marzo 2001; www.igiene.unifi.it/even/Dichiarazione%20erice%202008.pdf

18 Corso opzionale a scelta dello studente al di fuori del curriculum accademico obbligatorio

19 Delibera del Rettore (N. 2215756448)

20 Processo decisionale di gruppo, che ha come obiettivo quello di pervenire – senza votazione ma tramite la discussione partecipata – ad una decisione che non sia solo l'espressione dell'accordo tra la maggioranza dei partecipanti, ma che integri nella decisione anche le obiezioni della minoranza.

21 “Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.” WHO

22 Statuto del CSI, consultabile sul sito www.csiunibo.org

- diritti umani ed etica medica
- salute e guerra

Metodologie di lavoro

Al fine di raggiungere gli obiettivi prefissati, sono state scelte e vengono correntemente impiegate alcune metodologie di lavoro, risultate negli anni particolarmente efficaci oltre che coerenti con le finalità e gli scopi del Centro. Ogni attività viene programmata e condotta mediante gruppi di lavoro partecipativi, composti da docenti, ricercatori, specializzandi e studenti, in cui l'orizzontalità dell'impostazione consente e favorisce lo scambio di conoscenze ed esperienze tra i partecipanti, benché a diversi livelli di competenze. Se necessario, la discussione viene coordinata da un "facilitatore" (*peer leader*) che incoraggia ed assicura la partecipazione di tutti gli studenti.

Per realizzare le attività e mantenere proficui scambi anche con la realtà extra universitaria e territoriale, il CSI promuove la creazione di network locali coinvolgendo diversi *stakeholders* (docenti e studenti universitari di varie facoltà, gruppi studenteschi, operatori sanitari, amministratori, organizzazioni non governative e associazioni della società civile). La creazione di queste reti avviene in maniera proattiva, attraverso la promozione e la pubblicizzazione di iniziative, eventi, progetti didattici e formativi in ambito universitario ed extra universitario, utilizzando canali formali (universitari) ed informali. L'incontro di diverse figure professionali e la contaminazione tra diverse aree disciplinari permette di creare nuovi spazi di riflessione e discussione in cui il sapere, grazie all'interazione di punti di vista "altri", diventa meta-sapere condiviso.

Anche per quanto riguarda le metodologie didattiche si predilige l'approccio orizzontale e partecipativo, innovativo per il nostro contesto, con sperimentazione attiva di nuove tecniche (es. *problem based learning*). Vengono proposti agli studenti lavori di gruppo, in cui i partecipanti sperimentano sia la funzione di docenza che quella di apprendimento, si organizzano periodici momenti di approfondimento con lettura guidata di articoli scientifici, si offre agli studenti supporto e supervisione per l'elaborazione di tesi di laurea che seguano percorsi anche non convenzionali a partire dagli interessi individuali.

Per le attività di ricerca, infine, l'approccio è multidisciplinare e si avvale di metodologie sia quantitative che qualitative. Ciò si rivela particolarmente utile nell'analisi e nello studio di problematiche complesse, quali ad esempio l'impatto di fattori socio-culturali sulla salute di popolazioni marginalizzate. La combinazione di apporti disciplinari multipli e di metodologie diverse consente, attraverso l'elaborazione di un quadro teorico più articolato e complesso ed una migliore rilevazione dei bisogni di salute oggettivi e percepiti, di comprendere a fondo il contesto oggetto di studio (anche nel significato che ad esso viene attribuito dalle persone realmente in causa), e facilita l'individuazione delle aree di intervento e delle soluzioni più efficaci.

Risultati ottenuti

Attività didattiche:

L'offerta didattica di maggior rilevanza del Centro è rappresentata dai corsi elettivi realizzati presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia.

Il corso elettivo "Salute Globale" è stato il primo tentativo di introdurre, nella formazione medica universitaria, tematiche poco affrontate e di stimolare una riflessione sulla salute e sulla medicina in un'ottica internazionale. Il gruppo partecipativo nato in seguito al corso ha rappresentato un terreno fertile per nuove idee, stimolando in breve tempo l'ideazione e contribuendo alla realizzazione di nuovi corsi, tra i quali:

- "Cooperazione sanitaria internazionale": il corso offre una riflessione critica sul

mondo della cooperazione, analizzando le cause ed i processi che ne hanno originato la nascita, il percorso storico ed i principali attori (istituzionali e non), il ruolo che in essa hanno gli operatori sanitari e quello che possono avere gli studenti. Al termine del corso viene proposta la creazione di un gruppo partecipativo per studenti interessati ad effettuare esperienze nei paesi in via di sviluppo.

- “Salute e migrazione”: il corso analizza in maniera multidisciplinare il fenomeno migratorio ed i suoi aspetti correlati alla salute, avvalendosi di elementi antropologici, socio-demografici e legislativi, e presenta agli studenti esperienze concrete di realtà del territorio, proponendo anche ambiti di intervento.
- “Cultura, salute e malattia”: il corso analizza i principali determinanti sociali, economici, politici e culturali di salute e malattia e le loro conseguenze sulle disuguaglianze in salute sia all'interno che tra i paesi.

Vengono inoltre svolte lezioni sulle tematiche sopra citate nel corso di Igiene e Sanità Pubblica del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia e di altri Corsi di Laurea dell'area sanitaria, così come in Corsi di Laurea di altre facoltà (Scienze Politiche, Antropologia, Scienze della Comunicazione...), grazie a collaborazioni didattiche mirate.

Tesi di laurea:

Il Centro è punto di riferimento per tesisti che appartengono sia alla Facoltà di Medicina e Chirurgia che ad altre Facoltà, quali Antropologia e Sociologia. Gli studenti sono incoraggiati ad approfondire tematiche di loro interesse, anche mediante stage all'estero, sotto la supervisione e la guida di un tutor qualificato. Le tesi realizzate riguardano spesso argomenti in genere poco trattati, quali salute e migrazione, malattie dimenticate, etica e conflitto d'interessi, salute e guerra.

Attività di ricerca:

L'attività di ricerca del CSI è particolarmente orientata al ruolo dei determinanti sociali e culturali di salute e malattia, ed all'impatto che essi hanno sulle disuguaglianze riscontrabili sia all'interno che tra i paesi. Vi sono attive collaborazioni con partner nazionali ed internazionali, sia europei che del Sud del mondo, tanto accademici quanto appartenenti alla società civile organizzata (ONG, associazioni comunitarie, ecc.). Il Centro è attualmente impegnato in due progetti finanziati dall'Unione Europea:

- HEPVIC (HEalth Policy making in Vietnam, India and China)²³
- Equal opportunities for health: action for development²⁴

Inoltre, il CSI promuove progetti di ricerca indirizzati alla realtà territoriale: è ad esempio in corso uno studio quali-quantitativo sull'atteggiamento e le percezioni degli studenti in medicina e degli specializzandi nei confronti del conflitto d'interessi tra medici e industria farmaceutica.

Discussione

Lavorare su tematiche innovative con metodologie non convenzionali, specialmente nell'ambiente conservatore e scarsamente finanziato dell'università italiana, può rivelarsi estremamente difficile. Mentre infatti l'intero apparato universitario (e la Facoltà di Medicina in particolare) è ancora organizzato in una struttura gerarchica e rigidamente verticale (*top-down*), l'approccio orizzontale e partecipativo (*bottom-up*) promosso dal Centro ha spesso incontrato resistenze ed ostacoli. Dal punto di vista didattico, l'adozione di nuove metodologie e l'introduzione delle tematiche di salute globale si sono rivelate azioni controverse e difficili, a causa dell'attitudine conservatrice di molti docenti nei confronti dei cambiamenti e soprattutto

23 http://www.leeds.ac.uk/lihs/ihsphr_ihd/research/HEPVIC.htm

24 <http://www.mediciconlafrica.org/globalhealth/home.asp>

della resistenza all'introduzione di nuovi corsi. La riforma universitaria del 1999²⁵ ha portato infatti, per le Facoltà di Medicina, alla creazione di un *core curriculum* nazionale che attribuisce ad ogni corso un numero predefinito di crediti didattici in base alle ore di lezione. Questo ha determinato una forte competizione tra i docenti, che hanno cercato di ottenere per le proprie discipline il maggior numero di crediti, e quindi di potere e importanza. Poiché l'introduzione di un nuovo corso nel curriculum comporta necessariamente la riduzione delle ore di lezione (e quindi dei crediti formativi) di altri corsi, è facile comprendere il livello di resistenza ed opposizione che una tale operazione incontra nell'ambito accademico. Di fronte a queste difficoltà, il CSI ha adottato una strategia basata su diverse azioni condotte parallelamente. Da un lato è stata creata e promossa una collaborazione attiva con ricercatori e docenti provenienti da ambiti disciplinari esterni alla Facoltà di Medicina. Questo ha consentito di promuovere e realizzare l'insegnamento di argomenti di salute globale in corsi di altre facoltà aperti anche agli studenti di medicina, e di consolidare nell'università un network efficace mediante il quale realizzare anche azioni di lobby sugli organi accademici per la promozione della salute globale. All'interno della Facoltà di Medicina è invece stata scelta una strategia di disseminazione, che ha permesso di individuare professori e ricercatori interessati ad introdurre nei loro corsi tematiche inerenti la salute globale. Grazie a quest'opera di "contaminazione", svolta sia all'interno che all'esterno della Facoltà, il CSI ha superato alcune delle resistenze dell'ambiente accademico ed allo stesso tempo ha promosso la partecipazione di nuovi docenti, ricercatori e studenti.

Un'altra difficoltà riscontrata riguarda alcune delle tematiche trattate, come le disuguaglianze in salute, i determinanti sociali di salute ed il conflitto d'interessi, che continuano ad incontrare una decisa opposizione all'interno della Facoltà. In un ambiente accademico profondamente radicato nel paradigma biomedico, l'importanza dei fattori sociali, economici e culturali nel generare malattia e disuguaglianze è largamente sottovalutata (quando non attivamente rimossa). Di fronte a queste resistenze, che ostacolano l'inserimento di tali tematiche nel curriculum obbligatorio, l'unica scelta attualmente possibile è l'organizzazione di corsi elettivi, ovvero attività didattiche opzionali per le quali è riservato un certo (esiguo) numero di crediti formativi. I corsi promossi dal Centro hanno visto un'attiva e crescente partecipazione da parte degli studenti, a testimonianza dell'interesse che le tematiche trattate suscitano in chi sa percepirne la portata e la rilevanza. Anche le tesi di laurea sono state e sono un spazio privilegiato all'interno del quale approfondire temi generalmente non affrontati nel corso di studi. Se da un lato questo ha scatenato critiche anche accese da parte del corpo docente nelle sedute di laurea, dall'altro rappresenta un tentativo parallelo di aprire spazi di riflessione e di discussione all'interno della comunità medica.

Per quanto riguarda le attività di ricerca, le difficoltà sono principalmente correlate alle politiche nazionali che, soprattutto negli ultimi anni, hanno sistematicamente ridotto i finanziamenti pubblici per l'università e per la ricerca scientifica. Molti sforzi sono quindi stati fatti per ottenere finanziamenti da enti e istituzioni sia nazionali che internazionali (Regione, Ministeri, Unione Europea, ecc.). Per le prerogative del Centro e le tematiche di cui si occupa, è raro che vengano impiegati fondi privati: da un lato infatti tali finanziamenti privilegiano le dinamiche di mercato ai bisogni della società, dall'altro il codice etico del CSI è particolarmente rigoroso nell'adottare politiche di prevenzione del conflitto d'interessi. Di conseguenza, per sostenere le attività del Centro sono state anche pianificate e portate avanti attività di autofinanziamento.

25 Decreto ministeriale 3 novembre 1999, n.509 ("Decreti d'Area")

Conclusion

Secondo il rapporto²⁶, recentemente pubblicato, della Commissione sui Determinanti Sociali di Salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, *“le disuguaglianze in salute sono iniquità evitabili, legate alle circostanze in cui le persone crescono, vivono, lavorano e invecchiano, nonché connesse ai sistemi messi in atto per rispondere alle malattie”*. Più avanti si afferma che: *“A loro volta queste condizioni, in cui le persone vivono e muoiono, sono plasmate da forze politiche, sociali ed economiche. [...] La salute e l'equità possono non essere l'obiettivo di tutte le politiche sociali, ma ne saranno comunque un fondamentale risultato.”* Infine, la Commissione raccomanda che l'insegnamento dei determinanti sociali della salute divenga parte integrante della formazione dei professionisti sanitari (medici, infermieri e personale ausiliario).

Tenendo conto di queste affermazioni, della loro importanza e forza a livello scientifico e per la comunità internazionale, appare evidente che anche in Italia l'insegnamento e lo stimolo alla riflessione critica su tematiche di salute globale debbano costituire un momento formativo indispensabile all'interno del curriculum universitario dei professionisti sanitari. Nonostante questo, nelle nostre Facoltà di Medicina e Chirurgia – tendenzialmente resistenti ai cambiamenti – si è ancora lontani da un impianto formativo in grado di promuovere una visione ampia e multidisciplinare della salute, che ne contempli gli aspetti biologici a fianco di quelli strettamente connessi a fattori sociali, economici, politici e culturali.

Al fine di raggiungere tale obiettivo di riforma, necessario per promuovere e garantire la salute della popolazione a livello sia locale che globale, è auspicabile e necessaria una forte azione di advocacy da parte di tutti i professionisti sanitari, specialmente nel mondo accademico. E' in questo spirito che nasce il CSI, esperienza innovativa nel panorama universitario italiano, volta a promuovere la formazione ed il dibattito sulla salute globale sia in ambito accademico che nella società civile, e mediante il coinvolgimento di più discipline e professionalità. Questo è il contributo al cambiamento che il CSI offre, alimentato anche dall'approccio orizzontale e partecipativo che lo caratterizza, a confermare l'importanza dei valori di equità e giustizia sociale che dovrebbero essere principi ispiratori ed obiettivi di tutte le politiche per la salute.

²⁶ Commissione sui Determinanti Sociali di Salute, Rapporto Finale: *“Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health”*, www.who.int/social_determinants/final_report/en

Il difficile percorso d'individuazione del migrante tra sradicamento ed integrazione.

O.Uccello

Clinica Psichiatrica, Policlinico Universitario "P.Giaccone", Palermo

Nel corso degli ultimi quindici anni la migrazione verso l'Italia ha assunto progressivamente un carattere di visibilità senza precedenti che, inevitabilmente, oltre a modificare il tessuto sociale, impone nuovi interrogativi nella pratica clinica da cui noi operatori sanitari non possiamo certamente esimerci.

Disagio psichico e migrazione: questo un tema importante per chi si occupa oggi di sofferenza psichica e di disagio in genere.

Tema attuale e nel contempo estremamente complesso; l'incontro con pazienti provenienti da altre culture solleva numerosi interrogativi ed incrina, talvolta, le nostre certezze diagnostiche.

Il clinico non incontra mai esseri umani culturalmente "nudi" ma interpretazioni, discorsi, ideologie, logiche ed azioni sociali individuate nell'attimo stesso in cui, attraverso la sintomatologia, esse sono sottoposte ad una ricombinazione. (Devereux, 1952)

Il sintomo, l'espressione della sofferenza e della malattia, sono importanti vettori identitari, rappresentano delle formazioni derivate dall'identità culturale e rinviano sempre a quest'ultima. (Devereux, 1952)

La complessità delle dinamiche insite al processo migratorio è già individuabile, come sottolinea Nathan (1988), nella duplice valenza che il termine migrazione in sé racchiude: "*emigrare ed immigrare*".

Emigrare significa abbandonare o perdere l'involucro formato da luoghi, suoni –in particolare la lingua materna – odori, sapori, cioè da quella complessa rete di sensazioni che costituisce l'imprinting fondamentale su cui si struttura gradualmente il funzionamento psichico.

La coesione del proprio funzionamento psichico è, infatti, assicurata da una relazione di continuità intrapsichica con il proprio sistema culturale di riferimento.

Nathan (1988) sottolinea come non esista essere umano "generico" con un funzionamento psichico osservabile quale oggetto indipendente dal sistema culturale di riferimento.

Ogni processo psichico è influenzato inevitabilmente da un filtro culturale che ordina, governa e fornisce i principali strumenti di interazione della persona con il mondo.

Immigrare significa tentare di costruire da soli, nell'intervallo di qualche anno, ciò che le generazioni autoctone hanno lentamente elaborato e gradualmente trasmesso, ovvero i codici essenziali che guidano e reggono la cultura di accoglienza. È un'acquisizione che, tuttavia, implica una inevitabile manipolazione dei codici di quest'ultima, poiché filtrata attraverso le regole d'interpretazione della cultura originaria.

Nel confronto, talvolta conflittuale, tra modelli simbolici e comunicativi diversi, a vacillare è qualcosa di radicale sostiene Wagner (1992): "È la naturalità delle dinamiche attraverso le quali abbiamo appreso in altri luoghi a parlare di noi stessi ed a guardare gli altri, a costruire la nostra personalità e ad inventare il nostro Io, a separare il 'dentro' dal 'fuori'".

L'emigrazione comporta una duplice rottura, il rischio di una scissione dell'Io e di un'ibridazione culturale e temporale dall'esito incerto; ciò perché ci si trova confrontati con la necessità di costruire, come individui separati, nella propria solitudine, quanto invece richiede necessariamente il "lavoro" di molte generazioni.

Possiamo comprendere, pertanto, quanto estraniante possa essere l'esperienza di abitare un mondo prescindendo dal suo impianto culturale, dagli aspetti macroantropologici che lo caratterizzano. Se le dimensioni attinenti alle grandi aree culturali, ai miti, alle religioni, alle

tradizioni si sfrangano, diventa difficile non solo la comprensione del mondo ma anche la possibilità di interiorizzare tutti quegli aspetti legati all'esperienza di "appartenere" che, perdendosi, diventano solo frammenti di un mondo essenzialmente incerto, transitorio ed alienante. (Lo Coco, Lo Verso, 2006)

Scrive, infatti, Handlin (1958): "La storia dell'immigrazione è la storia dell'alienazione. Solitudine, isolamento, estraneità, mancanza di aiuti, separazione dalla comunità, disperazione per la perdita di significato, caratterizzano la condizione degli immigrati. Essi vivono in crisi perché sono sradicati. Nello sradicamento, mentre le vecchie radici sono perdute e le nuove sono da stabilire, gli immigrati vivono in situazioni estreme".

È proprio la violenza di tale "sradicamento" che spinge L. e R. Grinberg (1990) a definire il momento migratorio come "cambiamento catastrofico"; lasciare il proprio paese, infatti, risveglia sentimenti di perdita che incidono sul sentimento d'identità, provocando una crisi che potrà sfociare "in una vera catastrofe".

L'emigrazione è un'esperienza di crisi, ed ogni crisi implica un'idea di rottura, di separazione o di strappo. (Kaes, 1979)

Emigrare espone l'individuo a fasi di disorganizzazione che, come afferma Winnicott (1971), interrompono la "continuità dell'esistenza", cui l'individuo deve far fronte tramite la propria "eredità culturale"; l'emigrante ha necessità di uno "spazio potenziale" che gli serva da "luogo di transizione" e "tempo di transizione" fra il paese "oggetto materno" e il nuovo mondo esterno.

Scrivono ancora i Grinberg: "Il vincolo sociale del sentimento di identità è quello che viene colpito dall'emigrazione in modo più manifesto, dal momento che effettivamente i cambiamenti maggiori avvengono in rapporto all'ambiente circostante. E nell'ambiente circostante tutto è nuovo, tutto è sconosciuto, come 'sconosciuto' è per questo stesso ambiente l'immigrato".

L'emigrazione risulta, dunque, un fenomeno complesso e sfuggente, un delicato ed impegnativo "passaggio di confine" (De Micco-Martelli 1993) geografico, culturale ed esistenziale.

A causa del distanziamento progressivo dell'individuo, l'ambiente originario cessa di erogare la sicurezza ontologica necessaria alla crescita psicologica del soggetto quale individuo originale ed irripetibile oltre che membro necessario di una comunità sociale.

La lacerazione del continuum ontologico che lega la persona al proprio ambiente, impone la sperimentazione di una forma precipua d'angoscia, orbitante intorno ad una sensazione di morte imminente e di vuoto persistente accompagnate da una "catabasi" verso uno stato di disintegrazione globale dell'individuo. (L. e R. Grinberg, 1984)

Questa forma particolare di frammentazione personologica è indotta da un'aggressione diffusa ai vincoli spaziali, temporali e sociali che l'individuo intreccia con il proprio mondo; vincoli che costituiscono la trama infrastrutturale del senso d'identità, dei sentimenti di lealtà e di appartenenza all'ethos, culturale ed affettivo, trasmesso lungo le generazioni. (Boszormeny-nagy e Spark, 1988; Nathan, 1988).

Scrive Foulkes (1957): "L'uomo è primariamente un essere sociale, una particella di un gruppo", individuando così nella relazionalità il fondamento costitutivo della strutturazione dell'individuo.

Non può esservi umanizzazione solitaria, al di fuori di una fitta rete di relazioni. La fondazione del sé avviene attraverso l'interiorizzazione delle relazioni, le quali, intessendosi ed estendendosi, plasmano la mente.

Il sistema di segni e significazioni quale nucleo fondativo della mente umana scaturisce da un dispositivo dialettico "Noi-Io" presente inconsciamente in tutti gli uomini. Tale sistema, pur nella diversità dei contesti, è universale e necessario per il funzionamento psichico di connessione e condivisione dell'esperienza umana o, più direttamente, per l'esperienza psichica in quanto tale. (Lo Coco, Lo Verso, 2006)

L'individuo oltre ad essere membro di un gruppo, diviene ricettacolo dello stesso, delle credenze, rappresentazioni ed esperienze, che dal gruppo mutua e nel gruppo alimenta, divenendo così parte, come scrive Foulkes S.H (1975) di un: "Sistema psichico nel suo insieme [...] in cui le menti individuali interagiscono l'una con l'altra" .

La questione dell'identità psicologicamente intesa, implica l'embricazione del processo di identificazione a quello di trasformazione. Il primo, fondandosi sulla disponibilità ad apprendere, sedimenta tutto un intero mondo di persone, affetti, luoghi, codici, simboli e tradizioni del contesto culturale di appartenenza nel tessuto disposizionale dell'individuo, che diventa subito mondo interno. Il secondo, invece, penetra l'evento, lo denuda, lo sospende e scompone in un limbo di significati possibili, procedendo infine ad un autonomo riassetto delle rappresentazioni di Sé, del mondo e di Sé nel mondo. (Lo Coco, Lo Verso, 2006)

I termini di continuità e di plasticità dell'identità soggettiva, scossa dalla tensione perenne tra stabilità strutturale e morfogenesi (Thom, 1980), devono essere mantenuti sempre sotto controllo dall'individuo per non cadere nella doppia esperienza destrutturativa di "perdersi nel mondo" e di "perdere il mondo".

Tale equilibrio instabile viene messo duramente alla prova nel complesso processo emigrazione-immigrazione. Possiamo allora, in parte, leggere il disagio, le derive processuali di alcuni migranti come espressione della perdita delle coordinate orientanti nel mondo dei significati. Comprendiamo come possa essere disorientante il passaggio da comunità tradizionali, in cui l'identità di ciascun membro è fortemente regolata dal gruppo, a contesti come quelli occidentali in cui il vincolo comunitario sembra essersi dissolto a favore di un esasperato individualismo.

Lo sradicamento improvviso, l'isolamento dell'individuo e la sua esclusione dal gruppo di appartenenza hanno inevitabili effetti sulla sua vita psichica, determinano uno sconvolgimento dei processi di identificazione, di soggettivazione e di simbolizzazione, di cui l'insorgenza psicopatologica è l'espressione più evidente.

Non possiamo non chiederci come, nel caso dei migranti, si trasformi nel tempo il senso della propria appartenenza e l'espressione della propria identità che, proprio dalla reciprocità che scandisce i legami del gruppo, trae non poco del suo nutrimento, a quale prezzo cioè lo svincolarsi da quei rapporti si produca.

La nozione di "Sé nucleare" proposta da Kohut (1959) può offrire, a tal proposito, importanti spunti di riflessione. Secondo Kohut questa struttura è: "Un centro indipendente di iniziativa e percezione, integrato con le nostre ambizioni più profonde e con i nostri ideali, con la nostra percezione che il corpo e la mente costituiscano una sola unità nello spazio e nel continuum del tempo".

Essa viene messa duramente alla prova nel corso dei rapidi processi di adattamento richiesti dalla migrazione.

Nell'immigrato, infatti, la percezione di sé e la costruzione di progetti individuali si situano al di fuori delle reti sociali ed affettive che nel gruppo d'origine permettono di sperimentare quel fondamentale meccanismo di supporto che è, nei termini di Kohut, l'approvazione speculare. Questa è una forma di rispecchiamento che proviene dalle figure che circondano l'individuo e che sostiene le sue difese nei momenti di crisi. Estendendo le considerazioni di Kohut all'esperienza migratoria, possiamo comprendere come le conseguenze psichiche di un adattamento faticoso e conflittuale si esprimano nel vissuto di una frammentazione e di un estraniamento del corpo o nella rottura di quel senso di continuità che fonda la nostra esperienza temporale. (Kaës 1980)

Il sintomo, il corpo malato, diventano allora una delle possibilità di comunicare il proprio disagio, di ribadire il proprio posto nel mondo, essendo il sintomo espressione non solo di una sofferenza psichica soggettiva ma, più propriamente, di una problematica psichica *soggettuale*,

avente a che fare con la qualità del campo mentale ospitante. (Lo Coco, Lo Verso, 2006)

Alla luce di queste considerazioni, possiamo considerare l'insorgenza della malattia o il disagio esistenziale del migrante, non soltanto espressione di un "vacillamento" dell'identità, quanto forse anche un veicolo, solo in apparenza paradossale, di strategie inconsapevoli che proprio quell'identità psicologica in crisi cercano di sostenere.

Un equivalente adattivo, provvisorio e precario in cui i legami fragili o interrotti vengono rinsaldati, un'occasione perché l'identità vicina al rischio di decomporsi possa essere ricostituita.

Nel tentativo di sfuggire ad un "campo sociale alienante", di perseguire una singolarizzazione della propria esistenza e della propria esperienza, la malattia, la sofferenza, a cui il contesto che circonda il migrante sembra cieco, si configura in questi talvolta come una "domanda profonda ed insistente" della propria individualità. (Beneduce, 2004)

Le difficoltà incontrate dai migranti nell'accidentato percorso d'individuazione tra sradicamento ed integrazione emergono chiaramente nella storia di EK, uomo di 38 anni proveniente dal Togo, visto in consulenza psichiatrica nell'aprile ultimo scorso (2008), presso l'ambulatorio di Medicina delle Migrazioni del Policlinico Universitario di Palermo.

Vengo preliminarmente contattata dai colleghi dell'ambulatorio che richiedono una consulenza per un paziente immigrato, da loro seguito da qualche mese, che mi preannuncia presenta grandi difficoltà a dormire e che ha fatto esplicita richiesta di incontrare uno psichiatra.

Sin dalle prime fasi del colloquio mi colpisce la compostezza e la fierezza del portamento nonché lo sguardo particolarmente attento, indagatore come a voler capire se potesse fidarsi di me.

Piegato su se stesso, con tono di voce basso, monocorde, a tratti lamentoso quasi cantilenante, mi riferisce che negli ultimi mesi non riesce a dormire a causa di persistenti pensieri che gli "affollano la testa" e lo mantengono vigile. Lamenta al contempo, nelle notti insonni, algie diffuse a tutto il corpo che non riesce però a ben descrivere e che lasciano in lui, al mattino, una profonda sensazione di stanchezza e prostrazione. L'umore appare chiaramente deflesso. Nel tentativo di inscrivere la sintomatologia presentata all'interno di una cornice di senso che possa permettermi di cogliere le ragioni sottese al suo disagio, lo invito a parlarmi di sé e a riferirmi, se vuole, quali siano i pensieri che gli affollano la testa tanto da mantenerlo sveglio tutta la notte.

Inizia così un racconto lungo ed ininterrotto, sostenuto da un'intensa carica emotiva, a volte difficile da seguire nelle digressioni e ricche articolazioni degli eventi della sua vita.

Terzogenito di quattro figli nasce nell'ottobre del 1970 a Togo. Cresce in una famiglia molto unita, dall'assetto patriarcale.

Gli anni dell'infanzia e dell'adolescenza, vengono descritti, nella trasfigurazione idealizzante del ricordo, come molto sereni, privi di difficoltà. Sono anni scanditi dai ritmi semplici della piccola comunità di pescatori d'appartenenza, animati dalla passione politica condivisa con i suoi amici.

Si laurea in economia con buoni risultati e trova lavoro presso un cantiere nautico. Si sposa a 27 anni con una donna della comunità, da lui molto amata, da cui ha un figlio.

Animato dal forte fervore politico e da idee liberal-democratiche diventa parte attiva dell'UFC (unione delle forze di cambiamento), partito di opposizione al regime dittatoriale.

Nel giugno del 2003, in seguito a delle elezioni che confermano il vecchio regime dittatoriale, partecipa ad una manifestazione organizzata dall'UFC durante la quale, con alcuni dei suoi compagni di partito, viene arrestato e, in prigione, torturato.

Riesce a scappare e si rifugia con tutta la sua famiglia in Gana; da lì parte da solo per l'Italia costretto a lasciare i suoi cari poiché ricercato dalle truppe militari.

Emerge in questo punto del colloquio grande tristezza ed amarezza per aver dovuto lasciare

la sua famiglia; nonostante la consapevolezza di non aver avuto altra scelta, esprime un forte sentimento di colpa.

A questo punto si interrompe e dopo un momento di silenzio accompagnato da un pianto breve e trattenuto, comincia a descrivere le sue “peripezie” in Italia.

Inizia un racconto in cui emergono forti difficoltà di integrazione e di riconoscimento, nonché il susseguirsi di molteplici incontri in cui questi sperimenta più volte “l’inganno” e il “tradimento”.

Giunge a Roma nel luglio del 2003 e fa richiesta al tribunale ordinario di permesso di soggiorno come rifugiato politico. Si rivolge ad un avvocato che si dimostra propenso a seguire la sua causa ma da cui si sente, però, ben presto ingannato poiché, nella sua percezione degli eventi, questi si mostra incurante, poco attento e sollecito.

Lamenta una grande delusione, poiché nonostante si sia privato di tutti i suoi beni per pagarlo, non ottiene il servizio meritato.

A causa delle lungaggini di una burocrazia che incrina sempre più le sue speranze, decide di lasciare Roma e trasferirsi a Palermo per raggiungere alcuni suoi connazionali.

Descrive una vita fatta di grandi stenti e di sacrifici; trova ospitalità presso una comunità per senza tetto e per mantenersi si offre ai lavori più umili e faticosi.

Una sera, mentre svolge il suo lavoro di posteggiatore abusivo, viene fermato da alcuni poliziotti in borghese ed arrestato. Gli viene sequestrata l’esigua somma di denaro che ha con sé, unico bene rimastogli e dopo due giorni viene rilasciato.

Anche a Palermo iniziano peregrinazioni tra uffici ed avvocati, alla disperata ricerca del riconoscimento dei suoi diritti. Ancora una volta, emergono dalle sue parole, delusione e la sensazione di essere stato tradito ed ingannato.

Nel dicembre del 2007, con una sentenza del tribunale ordinario di Roma, gli viene negato il permesso di soggiorno come rifugiato politico. Questo lo fa precipitare in un profondo scoramento in cui incertezze, dubbi rispetto alle proprie scelte, inquietudini lo tormentano e lo riconducono nella immaginazione alla sua comunità, a sua moglie e al suo bambino.

Con tono di voce lamentoso, piangendo, mi riferisce i pensieri che ogni notte ossessivamente gli affollano la mente e non lo fanno dormire: “penso al mio futuro, io ho solo 38 anni...ma perché tutto questo? Io non ho fatto niente...se solo avessi fatto qualcosa”. A questo punto, ricomincia a raccontarmi con insistenza e ricchezza di particolari dell’incontro con l’avvocato che lo ha, a suo dire, ingannato e con la polizia. Lo accolgo in questo suo bisogno, non lo interrompo e il racconto si ripete più volte, medesimo, con la stessa concitazione e con lo stesso tono.

Chiedo ad un certo momento in maniera esplicita se desideri ritornare nel suo paese o ricostruire una nuova vita nel nostro. Alza la testa, mi guarda e dice: “sa dottoressa io là, almeno sapevo chi ero, avevo un mio posto, ma qua io non so più niente”.

Nei mesi che seguono E. viene con discontinuità agli appuntamenti, a volte non si presenta e altre viene senza preavviso chiedendo insistentemente di essere ascoltato. Le sue richieste sono però sempre molto ambivalenti, chiede aiuto ma poi non segue le prescrizioni; vanno, inoltre, sempre ben al di là di quello che è il campo della nostra relazione, mi chiede di aiutarlo a trovargli un avvocato per ottenere il permesso di soggiorno. I suoi modi diventano a volte insistenti, invasivi come se anch’io fossi responsabile delle ingiustizie di cui si sente vittima. Si è rivelato in questi mesi molto difficile il tentativo di instaurare una relazione terapeutica continua, all’interno di un setting stabile, al fine di poter offrire a E quel “contenitore” che gli consentisse di rielaborare e dare significato ai momenti difficili e traumatici della sua vita.

Nella discontinuità con cui questi ha vissuto il percorso terapeutico è possibile, in una prima battuta, ritrovare la riproposizione di quelle stesse discontinuità e peregrinazioni esistenziali vissute da E.

I disturbi del sonno, i pensieri ossessivi, le algie diffuse, la deflessione timica ci riconducono, più che ad un'etichetta diagnostica ben definita, ad un passato lontano da cui con difficoltà E. si è allontanato e che, nel suo accidentato presente, ritornano sovraccaricati di una valenza persecutoria da cui questi sembra difendersi attraverso una diffusa proiezione all'ambiente che lo circonda.

Per mesi non ho sue notizie; mi chiama nell'ottobre ultimo scorso dicendomi che si sta recando a Roma da quel "primo" avvocato.

I continui viaggi e spostamenti di E, appaiono come un solitario e tormentato tentativo di poter finalmente trovare il riconoscimento tanto desiderato capace di riscattarlo da quella persistente sensazione di ingiustizia, tradimento ed inganno in cui sente avvolta la sua esistenza.

Bibliografia

- Attenasio L., Casadei F., Inglese S., Ugolini O., La cura degli altri, Armando Editore, Roma, 2005
- Augé M., "Ordine biologico, ordine sociale. La malattia, forma elementare dell'avvenimento". In Augé M. e Herzlich C., Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia. Il Saggiatore Editore, Milano, 1986.
- Beneduce R., Roudinesco E., Antropologia della cura, Bollati Boringheri Editore, Torino, 2005.
- Beneduce R., Etnopsichiatria, Sofferenza mentale e alterità fra storia, dominio e cultura, Carocci Editore, Roma, 2007
- Beneduce R., Mente, Persona, Cultura, Materiali di Etnopsicologia, L'Harmattan Italia Editore, Torino, 1999
- Beneduce R., Frontiere dell'identità e della memoria, Etnopsichiatria e migrazione in un mondo creolo, Franco Angeli Editore, Milano, 2004.
- Coppo P., Tra psiche e culture, elementi di etnopsichiatria, Bollati Boringheri Editore, Torino, 2003.
- Devereux G., Saggi di Etnopsichiatria Generale, Armando Editore, Roma, 2007.
- De Micco V., Martelli P., Pasaggi di confine, Etnopsichiatria e migrazioni, Liguori Editore, Napoli, 1993.
- Grinberg L., Grinberg R., Psicoanalisi dell'emigrazione e dell'esilio, Franco Angeli Editore, Milano, 1990.
- Ferraro A., Lo Verso G., Disidentità e Dintorni: reti smagliate e destino della soggettività oggi, Franco Angeli Editore, Milano, 2007.
- Foulkes S.H., Introduzione alla Psicoterapia Gruppoanalitica. Roma: Edizioni Universitarie Romane, 1991
- Kouth H. (1980). La ricerca del sè, Bollati Boringheri Editore, Torino, 1982.
- Kaës R. (2008), "Le identificazioni e i garanti metapsichici del riconoscimento del soggetto" in Atti del XIV Congresso Nazionale della Società Psicoanalitica Italiana, "Identità e Cambiamento. Lo spazio del soggetto", 23/24/25 maggio 2008, Roma.
- Nathan T., Principi di etnopsicoanalisi. Bollati Boringheri Editore, Torino, 1996.
- Nathan T., "Costretto ad essere umano" in, Psicoterapia e scienze umane, 4, 72-97, Franco Angeli Editore, Milano, 1994.
- Taliani S., F. Vacchiano, Altri corpi, Antropologia ed etnopsicologia della migrazione. Unicopli Editore, Milano, 2006.

Modello di interazione tra un poliambulatorio per immigrati e un ente ospedaliero: il servizio di cardiologia di OSF

*A.M. Villa**, *A. Pierini***, *G. Bolla***, *F. Sardella**, *G. Pagnozzi****, *F. Pagliano**, *A. Eusebio*****, *M. Bergonzi**, *F. Magrini***

*OSF Milano, **UO Medicina cardiovascolare Università degli Studi Milano IRCCS Fondazione Policlinico Mangiagalli Regina Elena Milano, ***Medicina d'Urgenza IRCCS Fondazione Policlinico Mangiagalli Regina Elena Milano, ****Istituto Clinico Humanitas Divisione di Cardiocirurgia Milano

Opera San Francesco per i poveri (OSF) nasce a Milano nel 1959 ad opera di Fra' Cecilio, un frate portinaio del convento dei frati minori cappuccini in viale Piave, il cui carisma si può riassumere così: non rimandare nessuno a mani vuote, incontrare la persona nel suo bisogno reale e assisterlo gratuitamente.

OSF è quindi un ente articolato in vari servizi (mensa, docce, guardaroba, servizio sociale ed ambulatorio medico) ed ha come fine non solo di soddisfare i bisogni primari (nutrirsi, lavarsi, coprirsi e curarsi), ma anche quello di promuovere la dignità dell'uomo (parlare con qualcuno che ti ascolta).

L'ambulatorio medico è attivo da oltre 30 anni e si rivolge alla popolazione a rischio sociosanitario e a coloro che non possono accedere al SSN per vari motivi. Esso si basa sul volontariato di circa 160 medici. Inizialmente svolgeva un'azione definibile 'medicina del bisogno': con circa 37.000 visite/anno prevedeva la soddisfazione del bisogno dell'utente secondo il modello domanda/risposta, simile a quello in uso nei sistemi atti a confrontarsi con le urgenze/emergenze, quali i PS degli Ospedali. Con tale modello si offriva una risposta puntuale ed efficiente in un ampio spettro di situazioni. Esso però non consentiva, anche per l'utilizzo di un sistema di registrazione ancora di tipo cartaceo, il monitoraggio dei pazienti complessi e la comunicazione tra i sanitari.

Dal 2004 è in atto un processo di riorganizzazione, con la finalità di centrare l'assistenza non sul bisogno, ma sulla persona. Pertanto si sono raffinati gli strumenti per favorire:

- la comunicazione tra i sanitari
- il monitoraggio dei pazienti più complessi

Il primo passo è stato l'informatizzazione della cartella clinica, che ha consentito la elaborazione di indicatori di attività suggeriti dall'analisi della popolazione. Il data-base dopo 4 anni contiene circa 29.000 cartelle cliniche. L'informatizzazione ha permesso pertanto di:

- di individuare i pazienti complessi,
- di valutare il percorso fatto,
- di richiedere gli esami e i controlli diagnostici necessari e non ancora effettuati,
- di impostare un metodo per il monitoraggio dei pazienti complessi, ove per complessi intendiamo sia i pazienti più gravi sia quelli con polipatologia, meritevoli perciò di un controllo più costante.

Il modello organizzativo che si sta attuando è quello dei 'servizi' e non più degli ambulatori specialisti semplici. Tale modello infatti permette dei vantaggi per entrambi i punti critici sopra menzionati. Infatti la comunicazione tra i clinici è migliore in quanto:

- ogni servizio afferisce ad una agenda informatizzata che tiene monitorati gli appuntamenti dei pazienti complessi
- sono condivise le linee guida per la valutazione ed il trattamento dei pazienti
- le riunioni dell'équipe specialistica del servizio si tengono separate da quelle generali del Poliambulatorio ed è possibile così la discussione dei casi e la valutazione dei percorsi
- esiste un medico e un'infermiera di riferimento, che raccolgono i quesiti e tengono le relazioni esterne ed interne per una comunicazione puntuale ed adeguata

Per quanto riguarda il monitoraggio dei pazienti complessi il vantaggio è rappresentato come segue:

- non si perdono più i dati riguardanti gli invii esterni. Tale problema era rappresentato dal fatto che sul territorio spesso i pazienti non riuscivano in modo autonomo ad afferire alle risorse e spesso, anche quando riuscivano ad effettuare gli esami richiesti, non tornavano per la rivalutazione. L'organizzazione sopradescritta prevede la possibilità di richiamare il paziente per verificarne il percorso e, qualora non sia in grado di effettuarlo in modo autonomo, di trovare percorsi e risorse in grado di accoglierlo/accompagnarlo.
- Il paziente trova come punto di riferimento persone in grado di ricostruire in ogni momento il percorso concordato e rimotivarlo nel prendersi cura di sé
- I servizi sono in grado di comunicare tra loro e curare che ogni aspetto della problematica patologica sia seguito in egual misura.
- Al paziente è fornito un libretto contenente tutta la sua storia e i suoi esami in modo da poterlo presentare anche al di fuori del Poliambulatorio.

Tale riorganizzazione ha permesso inoltre la ricerca di collaborazioni e/o di convenzioni con vari enti ospedalieri e di ricerca, in modo da garantire gli esami di laboratorio e strumentali di secondo livello allo scopo di poter effettuare diagnosi più mirate.

I servizi attualmente in attività e/o in via di organizzazione sono 6 (cardiologia, psicologia, diabetologia/endocrinologia, oncologia, disturbi alimentari, gastroenterologia).

Riportiamo il modello del servizio di cardiologia, attivo già dal gennaio 2008, gli strumenti da esso utilizzati e i primi risultati.

Modello del servizio di cardiologia

L'équipe è formata da 2 cardiologi, 1 cardiocirurgo ed 1 ecocardiografista. Tali risorse consentono di effettuare all'interno di OSF (usufruendo della strumentazione esistente)

- ECG di base,
- ecocardiografia color doppler bidimensionale
- ecocolor Doppler dei vasi periferici.

Data la grande frequenza di patologia cardiologica ipertensiva ed ischemica (Tab.I) da 3 mesi è in atto una collaborazione con la Clinica Medica ad indirizzo cardiovascolare dell'Università degli Studi di Milano, diretta dal Prof. Magrini, che eroga l'STP per approfondimenti diagnostici quali ECG da sforzo con associata valutazione cardiopolmonare, ecocolor Doppler dei tronchi sovraaortici e delle arterie renali, fundus oculi, esami ematici specifici come il dosaggio ormonale per gli ipertesi (aldosterone, renina, catecolamine) (Tab II).

La seconda risorsa esterna importantissima è la possibilità di ricovero presso l'Istituto Clinico Humanitas per i pazienti con valvulopatia da sottoporre ad intervento cardiocirurgico.

Il servizio ha potuto così valutare il flusso di pazienti con indicazione di sospetta cardiopatia e l'analisi ha evidenziato che dal gennaio al novembre 2008 sono state effettuate 2380 diagnosi di interesse cardiologico, corrispondenti ad altrettante visite mediche, riguardanti 735 individui. Solo su 524 pazienti (71%), per un totale di 798 visite (34%), la diagnosi cardiologica è stata effettuata dallo specialista in cardiologia. Per gli altri pazienti la diagnosi non è stata riverificata nel tempo dallo specialista. 203 pazienti avevano una diagnosi complessa.

Il sistema risultava ancora inadeguato perché:

- 82 pazienti non avevano eseguito gli esami consigliati (scarsa possibilità di gestirsi all'interno dei circuiti del territorio)
- in assenza di monitoraggio, molti erano sfuggiti al follow-up.

È stato possibile rivalutare 82 pazienti che in precedenza erano sfuggiti al controllo e ridurre

al minimo il drop-out dei pazienti complessi.

Dopo la creazione del servizio ed il collegamento con l'ambulatorio ospedaliero si segnalano i primi risultati:

- 6 pazienti operati di valvulopatia e 3 in osservazione pre-intervento,
- 1 paziente con ipertensione arteriosa a cui è stata fatta diagnosi di iperaldosteronismo nnd,
- 1 paziente con BAV trifascicolare in osservazione,
- 1 paziente con WPW,
- 5 pazienti con CIC di cui 3 in osservazione per ridotta riserva coronarica,
- 2 pazienti con CMD avanzata di cui 1 meritevole di trapianto cardiaco.

Questo studio vuole anche indagare un'ipotesi di fattori predisponenti di tipo etnico emersa dall'analisi della casistica quali, ad esempio, la prevalenza delle valvulopatia da RAA negli egiziani rispetto a tutta la popolazione del nord-Africa.

Conclusioni

Questo modello di intervento rappresenta per noi una migliore collaborazione e una maggiore razionalizzazione delle risorse. Infatti le collaborazioni instaurate non sono più secondarie a richieste di ricerca o di screening proposte da enti esterni secondo ipotesi teoriche, ma nascono dall'osservazione effettuata su reali problemi riscontrati nella popolazione afferente al Poliambulatorio. Pertanto i percorsi di ricerca corrispondono alle concrete esigenze cliniche.

Tab.I : divisione per diagnosi /genere

Diagnosi	Maschi	Femmine	Totale
Valvulopatie	5	9	14
Cardiopatía ischemica	39	37	76
Embolia polmonare	1	/	1
Endo-mio-pericarditi	2	1	3
Aritmie	2	3	5
Scompenso	2	2	4
Ipertensione arteriosa	262	433	695

Tab. II: caratteristiche cliniche/strumentali dei pazienti sottoposti ad indagini c/o Clinica Medica Università Milano

ID	Sesso	Età	Nazionalità	Diagnosi	Esame
MR	M	43	Sri Lanka	DT+CIC+DM+IA	CPET:ST↓ V5-V6 RFC
MA	F	59	Ucraina	DT+CIC+DM+IA	CPET: pseudonormalizzazione T
VM	F	43	Ucraina	DT + IA	CPET =
AA	M	47	El Salvador	IA	EE: ↑ aldosterone
CA	M	40	Senegal	IA	EE =
LR	F	49		DT+CIC + IA	CPET =
GJ	M	51	Sri Lanka	DT+CIC+IA+DM	CPET: RFC
PL	F	32	Moldavia	DT + ipotiroidismo	CPET: RFC
ZW	M	24	Egitto	BEV	CPET =
SV	F	43	El Salvador	DT+CIC	CPET: RFC

Leggenda: M: maschio, F: femmina, DT: dolore toracico, CIC: cardiopatía ischemica cronica, DM: diabete mellito, IA: ipertensione arteriosa, BEV: aritmia ventricolare, CPET: test da sforzo cardiopolmonare, EE: esami ematici, ST↓: livellamento del tratto ST, =: esame nella norma, RFC: ridotta funzione cardiaca

Livelli di vitamina D nei neonati di donne immigrate.

*Cossu C., Capelli A., Zaffaroni M., Zanetta F., Dondi E., Ciurcovich S,
*Antonini G., *Tomassini G., *Ciardi L., *Miglio L., Bona G.*

Clinica Pediatrica e *Laboratorio Analisi Chimico-Cliniche - AOU Maggiore di Novara

Introduzione - Negli ultimi decenni il rachitismo carenziale in Italia, come negli altri Paesi Industrializzati, sta riemergendo dopo essere quasi scomparso nel secolo scorso. Negli ultimi decenni, i fenomeni migratori dai Paesi in Via di Sviluppo hanno portato popolazioni che alle nostre latitudini sono a rischio di carenza di Vitamina D in relazione alla ridotta esposizione al sole secondaria a consuetudini culturali-religiose, al colore della pelle, allo scarso apporto dietetico (1).

La carenza di vitamina D in gravidanza espone a sua volta il neonato al rischio di rachitismo florido già nel primo anno di vita.

Obiettivi e metodi – Al fine di determinare le concentrazioni di vitamina D nei figli di donne immigrate e valutare l'importanza dei fattori di rischio per rachitismo infantile correlati all'etnia materna e alla profilassi in gravidanza, sono state dosate le concentrazioni di vitamina D nel sangue del cordone ombelicale e all'età di 48-72 ore in neonati figli di donne straniere ed italiane. Oltre alla pigmentazione cutanea i valori di vitamina D sono stati correlati all'eventuale profilassi vitaminica ricevuta dalla madre durante la gravidanza.

Casistica e risultati - Di un gruppo di 62 bambini (34 femmine e 28 maschi) sani nati a termine di gravidanza, 30 erano nati da madri straniere con pelle scura (22 nera, 8 olivastra) e 32 erano figli di madre italiana con pelle bianca. Una adeguata profilassi vitaminica in gravidanza era stata assunta da 15 madri straniere e da 20 italiane, mentre 15 straniere e 12 italiane non avevano assunto integratori vitaminici.

Nel funicolo ombelicale dei neonati di madri italiane, la concentrazione mediana di vitamina D era 28,1 ng/ml, e in quelli con pelle scura 11,6 ng/ml ($p < 0,01$).

I valori di Vitamina D riscontrati nel funicolo ombelicale di tutte le madri straniere erano inferiori al valore di 30 ng/ml, livello di riferimento considerato in letteratura (2) quale limite per carenza di vitamina D (Figura 1).

Nei neonati di pelle bianca, la concentrazione mediana di vitamina D era 16,3 ng/ml significativamente superiore a quella dei neonati di pelle scura 4,6 ng/ml ($p < 0,01$).

Considerando la profilassi con vitamina D, indipendentemente dall'etnia, nelle donne che avevano assunto integratori vitaminici durante la gravidanza la concentrazione mediana di vitamina D era 23,8 ng/ml nel funicolo e 17,1 ng/ml nel neonato, mentre nella popolazione che non aveva assunto vitamine, le concentrazioni mediane di vitamina D erano 13,3 ng/ml nel funicolo e 8,1 ng/ml nel neonato.

Conclusioni - Le donne provenienti dai Paesi in Via di Sviluppo sono in Italia a maggior rischio di carenze vitaminiche e nutrizionali per fattori etnici e culturali correlati al colore della pelle, agli stili di vita (esposizione alla luce), alla nutrizione. I bambini nati da donne immigrate sono a rischio di carenza di Vitamina D con possibile evoluzione in rachitismo florido.

Un adeguato apporto di vitamina D è necessario soprattutto per i nati da madri di pelle scura che non hanno ricevuto integratori vitaminici in gravidanza (1). Successivamente la profilassi con vitamina D viene indicata per tutti i neonati al momento della dimissione dal Nido e proseguita nel primo anno di vita.

Bibliografia

- 1) Guala A, Guarino R, Ghiotti P, Patrucco G, Pastore G. “Il rachitismo in Piemonte: una sorveglianza attraverso gli ospedali”. *Medico e Bambino* 2006;2:119-20.
- 2) Holick MF, M. D. “Vitamin D deficiency”. *N Engl J Med* 2007: 357: 266-81.

Figura 1 - Concentrazioni di vitamina D nel funicolo ombelicale delle madri italiane e straniere.

Prevenzione della rosolia congenita nel post-partum nella provincia di Novara

F. Zanetta, M. Zaffaroni, E. Dondi, S. Sogni, A. Valori,

L. Di Natale, M. Tozzini, S. Gallotti, M. Barengo, A. Esposito *, G. Bona.*

Azienda Ospedaliera Universitaria "Maggiore" e * SISP ASL-NO di Novara

L'eliminazione della rosolia congenita in Italia rappresenta attualmente una delle principali priorità nel campo delle malattie prevenibili con vaccinazione. La rosolia è una patologia particolarmente grave quando colpisce le donne in gravidanza: l'85% delle infezioni acquisite nel primo trimestre di gravidanza possono provocare aborto o la sindrome della rosolia congenita con sordità, ritardo mentale, cataratta o altre affezioni degli occhi, malformazioni cardiache (1). Non esiste terapia specifica per la rosolia.

Nella provincia di Novara, è stato condotto nell'anno 2008, un progetto di prevenzione rivolto a tutte le donne che hanno partorito nei due punti nascita e che sono risultate recettive al momento del parto. Sono state considerate recettive la madri con titolo di IgG anti-rosolia ≤ 10 U/ml. La vaccinazione è stata eseguita nel post partum, previo consenso informato eventualmente spiegato con l'ausilio delle mediatrici culturali, in tutte le donne straniere, prima della dimissione o in occasione di una visita di controllo in ospedale oppure presso il servizio di Vaccinazioni (SISP).

Risultati – A Novara su un totale di 1867 parti sono risultate recettive per Rosolia 78 madri (4%),

di queste le italiane erano 47 (3% di partorienti recettive sul totale delle italiane) e 31 straniere immigrate da paesi extra-comunitari (9% di recettive sul totale delle straniere). Fra le italiane, 4 hanno rifiutato la vaccinazione per motivi clinici diversi. Sono state immunizzate 74 madri in occasione della visita di controllo programmata per il neonato entro una settimana dalla dimissione dal Nido. Altre 16 donne recettive che hanno partorito presso altri punti nascita, sono state vaccinate presso il SIPS della ASL di Novara. Complessivamente in un anno sono state vaccinate 90 donne nel post partum, di cui 53 italiane e 37 (40 %) straniere.

Le madri avevano un'età compresa tra 16 e 43 anni (età media di 30 anni). Tra le madri vaccinate 40 (44,4%) erano alla prima gravidanza (26 italiane e 14 straniere), le altre avevano in precedenza avuto altre gravidanze (da 1 a 6) senza provvedere a vaccinarsi (Tabella 1).

Conclusioni

A partire da dicembre 2007 la Regione Piemonte è stata interessata da un'epidemia di rosolia che ha portato alla notifica di 1050 casi di malattia fra cui 32 sospette infezioni da rosolia in gravidanza. Di queste, 3 madri sono risultate essere immuni, in 29 è stata confermata la sieroconversione in gravidanza. Le segnalazioni provenivano per la maggior parte da ASL della provincia di Torino (87%); le rimanenti dalle province di Cuneo, Asti e Alessandria, nessuna da Novara (Figura 1). Gli esiti di tali gravidanze sono stati: 10 interruzioni di gravidanza (5 ITG e 5 IVG), pari a 31% delle siero-conversioni, e 22 parti (1 gemellare). Fra i neonati, 6 (30%) sono risultati positivi per IgM anti Rosolia.

La vaccinazione contro la rosolia, abbinata a morbillo e parotite (MPR), può essere effettuata a qualunque età ed è gratuita per le categorie cui è raccomandata. Attenzione particolare deve essere posta per le donne recettive in età fertile e nel post-artum. Ogni contatto con i servizi sanitari va sfruttato per chiedere informazioni sulla suscettibilità e proporre la vaccinazione (vaccinazione dei figli, vaccinazioni per viaggi internazionali, richiamo dT, screening carcinoma cervice uterina, interruzioni di gravidanza), coinvolgendo pediatri, medici di medicina generale, ginecologi, medici dei consultori, in modo da ridurre le opportunità

mancate e le false controindicazioni.

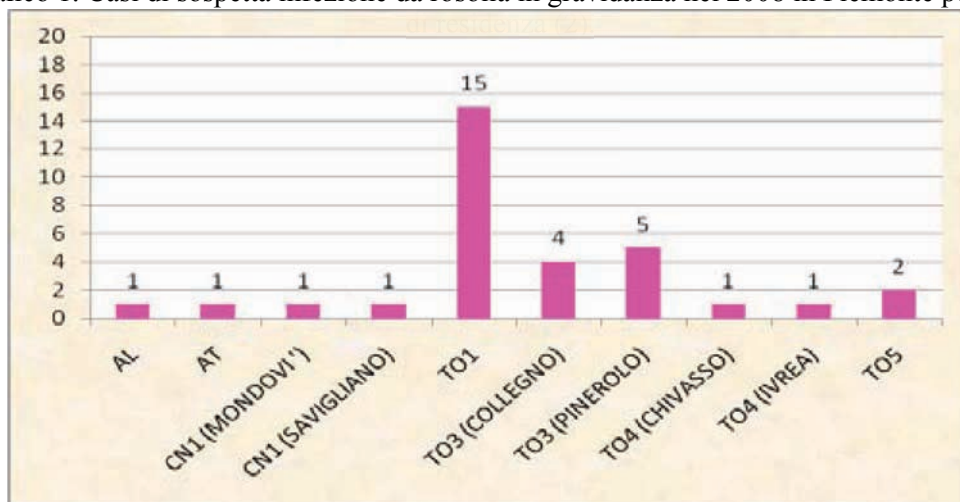
L'Italia vuole eradicare il rischio di rosolia congenita.

Particolare attenzione va posta alle giovani donne di origine straniera affinché vengano vaccinate prima di una possibile gravidanza. Per le donne e le bambine straniere è opportuno provvedere allo screening sierologico e ad una eventuale vaccinazione in occasione del primo contatto con le strutture sanitarie in Italia, anche in considerazione della possibilità di un ridotto accesso o scarso utilizzo dei servizi sanitari. E' necessario informare adeguatamente le donne sui benefici e i rischi del vaccino MPR, e sui rischi della rosolia in gravidanza, garantendo l'accessibilità dell'informazione anche alle donne di lingua non italiana mediante mediatori culturali o materiale informativo in più lingue.

Tabella 1. Caratteristiche delle donne recettive per rosolia nella provincia di Novara.

	Madri recettive	Vaccinate dopo i parto	Etá media (anni)	Primipare
Italiane	3%	53	31	26
Straniere	9%	37	29	14
Totale	4%	90	30	40 (44,4%)

Grafico 1. Casi di sospetta infezione da rosolia in gravidanza nel 2008 in Piemonte per ASL



Bibliografia

- 1) CDC “Progress toward elimination of rubella and congenital rubella syndrome--the Americas, 2003-2008” MMWR. 2008 Oct 31;57(43):1176-9
- 2) SEREMI – Piemonte “Epidemia di rosolia 2008: Aggiornamento su casi di sieroconversione in gravidanza in Piemonte”. Newsletter n. 3, 28 novembre 2008.

Medicina delle Migrazioni: il ruolo dello studente in Medicina le proposte degli studenti italiani

Alessandro Mereu , Alberta Fabris , Cristiano Alicino ¹

¹Università degli Studi di Firenze, S.I.S.M. SL Firenze

²Università degli Studi di Padova, S.I.S.M. SL Padova

³Università degli Studi di Genova, S.I.S.M. SL Genova

Che cos'è il SISM?

Il Segretariato Italiano Studenti in Medicina è un'associazione di volontariato, apartitica e aconfessionale, di studenti in medicina con sede in 34 facoltà Italiane. E'parte dell'IFMSA (International Federation of Medical Students'Association), le cui attività principali si svolgono nell'ambito della pedagogia medica (Medical education), della salute riproduttiva (Reproductive Health including AIDS), dei diritti umani (Human Rights and Peace) e della salute pubblica (Public Health).

Il SISM partecipa alla formazione dei futuri medici promuovendo gli scambi tra i diversi Atenei, la cooperazione internazionale e la sensibilizzazione su temi non sufficientemente affrontati nei curricula accademici, con particolare attenzione ai problemi etici e sociali legati al contesto in cui il medico opera.

L'Associazione per Statuto realizza i propri scopi attraverso:

- a) la partecipazione a iniziative a carattere umanitario, sanitario e scientifico,
- b) l'effettuazione e la promozione di studi di settore e ricerche sulla situazione sanitaria ed universitaria del paese
- c) la sollecitazione di discussioni sulla formazione professionale del medico, sul suo ruolo sociale e civile in genere
- d) agisce all'interno della società civile in genere.

Per la realizzazione delle proprie attività nel campo della medicina delle migrazioni e più in generale nell'ambito dei diritti umani, il Segretariato Italiano Studenti in Medicina si ispira:

- Alla Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo, che all'articolo 25 enuncia che:

1. Ogni individuo ha il diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione, e alle cure mediche e ai servizi sociali necessari, ed ha diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, invalidità vedovanza, vecchiaia o in ogni altro caso di perdita dei mezzi di sussistenza per circostanze indipendenti dalla sua volontà.

2. La maternità e l'infanzia hanno diritto a speciali cure ed assistenza. Tutti i bambini, nati nel matrimonio o fuori di esso, devono godere della stessa protezione sociale.

- Alla Costituzione Italiana, che all'articolo 32 enuncia che:

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”.

1 Corrispondenza: Cristiano Alicino, S.I.S.M. – Segretariato Italiano Studenti in Medicina, Ufficio Nazionale c/o Padiglione Nuove Patologie Ospedale Sant'Orsola, Via Massarenti 9 - 40138, Bologna. Tel./Fax: +39 051 399507. E-mail: nationaloffice@sism.org

Il SISM e la medicina delle migrazioni

Nei reparti delle cliniche universitarie gli studenti devono confrontarsi con la questione emergente e sempre più importante del paziente straniero e migrante. Appare quindi necessario oggi formare i medici affinché siano adeguati alle esigenze specifiche del malato immigrato, diffondendo una nuova e necessaria competenza in tutti gli operatori sanitari.

Tuttavia la Medicina delle Migrazioni e l'approccio al paziente migrante hanno oggi poco ancora spazio nei Corsi di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia.

Creare nuove occasioni per approfondire gli aspetti clinici, psicologici, relazionali, legali, ed antropologici permette di offrire maggiori opportunità di crescita professionale ed umana allo studente in medicina.

Il SISM ha voluto prendere, durante gli ultimi anni, riguardo all'approccio al migrante e ai suoi aspetti sanitari un ruolo che vede sempre più coinvolti in prima persona gli studenti in medicina e chirurgia di numerose facoltà italiane.

Riteniamo opportuno e doveroso che gli studenti abbiano fin dall'inizio della loro formazione professionale la possibilità di potersi confrontare anche con questo aspetto della medicina, che fino a qualche tempo fa poteva essere considerata utile solo a quegli operatori impegnati al di fuori del nostro paese; oggi possiamo dire con certezza che non è più così.

È fondamentale avere elementi di approccio a questa vasta tematica in virtù del fatto che come studenti saremo chiamati a spendere le nostre competenze e conoscenze soprattutto nel territorio che ci vedrà, un domani, professionisti sanitari.

Questo ruolo si espleta in varie attività che, spaziando dal teorico al pratico, hanno l'obiettivo di fornire agli studenti elementi per poter conoscere ed operare nella sfera del migrante, specie nell'ambito sanitario. L'obiettivo ultimo delle nostre attività è quello di contribuire nel formare una futura classe medica dotata di strumenti efficaci per operare nell'ambito delle problematiche del paziente migrante ma anche e soprattutto sensibile ad un approccio culturale e sociale.

Ciò è possibile grazie all'impegno degli studenti nelle loro realtà locali e nel continuo e proficuo confronto sulle esperienze locali che svolgiamo a livello nazionale, che così porta a creare, e condividere, momenti formativi sia teorici che pratici.

A livello locale, per quanto concerne le attività teoriche, vengono attivati nelle facoltà italiane (Padova, Catania, Palermo, Roma,...) corsi che mirano a dare conoscenze degli aspetti burocratici e legali attuali dell'accesso alle cure per i migranti, e anche elementi per poter iniziare ad inserirsi nella ampia sfera della cura del paziente migrante, intendendo soprattutto cenni di epidemiologia e basi delle comuni patologie che si riscontrano nel migrante.

In questo genere di corsi sono impegnati come relatori sia docenti delle varie facoltà che membri della SIMM, in quanto partner della nostra associazione.

Spesso questi corsi hanno anche una funzione propedeutica per svolgere le attività pratiche in seguito affrontate.

A livello nazionale, oramai da tre anni, portiamo avanti un progetto chiamato "Laboratorio di Mondialità". Trattasi di un workshop di tre giorni, ove sono presenti studenti di tutta Italia, in cui si affrontano, per quanto possibile nella ristrettezza dei tempi, tematiche di Salute Globale che comprendono anche elementi di Medicina delle Migrazioni.

Questo evento ha molteplici funzioni all'interno del processo di formazione dello studente:

1. Momento di condivisione delle esperienze locali
2. Confronto ampio ed acceso sulle tematiche affrontate
3. Promozione di attività e/o corsi in ambito della Salute Globale e/o Medicina delle Migrazioni

Questo workshop è pensato per fornire un quadro generale su aspetti antropologici, sociali, culturali e sanitari del fenomeno delle migrazioni e della cooperazione allo sviluppo, quindi volge la sua attenzione alla salute di una vasta categoria di persone sensibile a numerosi fattori sanitari, non esclusivamente organici.

Per questo ci affidiamo a relatori impegnati in diversi settori quali l'antropologia medica, lo studio dei servizi sanitari e dell'accesso alle cure, la storia dei fenomeni migratori e delle nascite delle disuguaglianze sanitarie.

La prossima edizione del Laboratorio (Aprile 2009) avrà degli spazi creati "ad hoc" per affrontare nello specifico la tematica delle migrazioni e della sua influenza sullo stato di salute di persone e comunità.

Per quanto riguarda l'aspetto pratico delle nostre attività possiamo annoverare la presenza di studenti all'interno di ambulatori dedicati alla cura del paziente migrante. Questa possibilità viene messa a disposizione dal SISM, spesso tramite quegli stessi docenti che ci affiancano nei corsi formativi e tramite la SIMM che permette la frequenza di studenti in tali ambulatori, per i suoi soci che così possono vedere realizzati concretamente molti degli aspetti affrontati precedentemente sul piano teorico.

Riteniamo importante la formazione pratica allo stesso livello della formazione teorica e quindi tentiamo di promuovere attività simili laddove vi sia la possibilità.

Sempre riguardo al parallelo percorso formativo teorico-pratico che intendiamo portare avanti e ampliare sempre più, possiamo segnalare la nascita di una nuova iniziativa che vedrà la luce nell'Ottobre 2009.

Il progetto, chiamato "SCORA X-change", è stato ideato e progettato nell'ultimo anno a livello nazionale ed è volto a introdurre lo studente allo stato di salute della donna migrante e alle sue peculiarità.

Il progetto vedrà coinvolti studenti stranieri (facenti parte del network internazionale di cui il SISM è membro, l'IFMSA) ed italiani che vogliono studiare in modo più approfondito le tematiche della salute materno-fetale e della condizione della donna migrante prendendo in esame aspetti clinici, sociali e legali. Il progetto, costruito su tre settimane intensive in cui saranno quotidianamente svolte le attività previste, è formato da un blocco teorico ed un blocco pratico successivo.

Il blocco teorico verrà svolto a Firenze nella prima settimana con relatori che potranno fare il quadro legale e sociale dell'accesso alle cure e della fornitura dei servizi sanitari ai migranti, per poi concentrarsi sugli aspetti culturali e clinici dell'assistenza sanitaria in favore della donna migrante. Il blocco pratico verrà svolto in Puglia (Foggia e Bari) nelle due settimane successive ove gli studenti partecipanti svolgeranno attività di laboratorio, attività clinica in ambulatori per migranti e visita ai centri di accoglienza per migranti presenti sul territorio pugliese; quest'ultima fase del progetto sarà svolta grazie alla collaborazione con ONLUS che localmente operano in questi ambienti.

Appare quindi chiaro l'intento del SISM che, essendo una associazione di soli studenti in

medicina, vuole fortemente implementare le conoscenze degli studenti stessi riguardo alla formazione in ambito della medicina delle migrazioni in quanto si tratta di una realtà che sempre più sarà presente sul territorio e che merita la giusta attenzione da parte degli operatori sanitari di oggi e di domani; anche in base alla ancora insufficiente trattazione delle tematiche nel normale curriculum universitario.

Prendersi cura

Caizzi Cristina, Ciambellini Simona

Area sanitaria Caritas di Roma

Introduzione

L'esperienza clinica descritta in questo articolo nasce all'interno di un progetto sviluppato dall'Area Sanitaria della Caritas Diocesana di Roma rivolto a rifugiati vittime, nei Paesi di origine, di tortura o di altre violenze intenzionali.

A differenza degli immigrati economici, i rifugiati non hanno un progetto migratorio, fattore riconosciuto come un elemento protettivo per la salute psichica, ma sono spaventati e sospesi perché è stata tolta loro la dignità ed il senso del diritto alla vita. L'obiettivo del nostro progetto è proprio dare loro un'assistenza specifica ed altamente specializzata dal punto di vista psicoterapeutico; in concreto intendiamo che il nostro lavoro è volto a riconoscere queste persone, accoglierle, curarle ed aiutarle a riprendere un cammino di vita degno e soddisfacente.

Il caso di Maia

Presenteremo di seguito e a scopo esplicativo, il caso di una paziente che abbiamo seguito in un percorso terapeutico di un anno.

La paziente che chiameremo, con un nome di fantasia, Maia è originaria di una regione dell'Africa ed al momento in cui l'abbiamo vista per la prima volta aveva 17 anni. La sua famiglia d'origine è composta da: padre (militare), madre, (casalinga) e due fratelli più piccoli. Maia vive a Roma, ospite di una Casa Famiglia per adolescenti, con la quale la Caritas collabora all'interno del progetto.

Maia viene, appunto, segnalata dalla psicologa responsabile della casa famiglia nella quale vive attualmente, per essere presa in cura nel nostro servizio, perché presenta dei sintomi riconducibili alla tortura che ha subito in Congo.

Ad una prima osservazione clinica, la paziente appariva ritirata e spaventata. Nel primo colloquio parlava poco e rispondeva solamente alle domande senza ampliare le sue risposte, con un atteggiamento apatico ed introverso. L'ipotesi iniziale è stata quindi di una persona depressa.

Lavorando con lei abbiamo rilevato, oltre a questo stato depressivo, anche una sintomatologia ansiosa; infatti Maia riferiva di sentirsi agitata, irrequieta e nervosa senza alcun apparente motivo.

Il nostro obiettivo terapeutico iniziale con Maia è volto alla risoluzione dei sintomi che la paziente riporta come limitanti per la sua vita ed insostenibili ai fini del suo benessere psicologico.

Storia

La paziente riferiva di essere stata vittima, nel Paese di origine, di gravi eventi traumatici che ne hanno compromesso il benessere psicologico.

Il padre, militare era venuto a conoscenza di alcuni segreti di Stato e temendo per la sua incolumità ha deciso di scappare dopo aver comunicato alla moglie il motivo della sua fuga. Maia è stata a sua volta informata della fuga del padre essendo la primogenita di tre figli, pur rimanendo all'oscuro dei motivi che hanno spinto il padre a fuggire.

A seguito di questi eventi, i militari hanno fatto irruzione in casa della paziente cercando il padre; non trovandolo, hanno prelevato la madre e la paziente e le hanno condotte nella

gendarmeria.

Qui le due donne sono state separate e Maia è stata rinchiusa in una stanza dove ha subito ripetute torture (violenze sessuali, percosse, minacce di morte sua o dei familiari) per un periodo continuativo di tre mesi e mezzo.

È scappata dal carcere grazie all'aiuto di alcune guardie che si sono impietosite e, tornata a casa della zia, è stata affidata ad un uomo, amico di famiglia ma a lei sconosciuto, per essere portata fuori dal Paese. Arrivata in Italia è stata accolta in un centro di accoglienza per adolescenti.

Dal momento del suo arresto, Maia non ha più notizie di nessuno dei suoi familiari, per i quali è enormemente preoccupata e angosciata perché teme che possano essere morti.

Per la sua storia e a causa delle ragioni per le quali è in Italia, Maia sta richiedendo lo status di rifugiata politica; lo stesso iter burocratico necessario all'espletamento di questa pratica è per lei un fattore fortemente stressante e ritraumatizzante, in quanto ha a che fare con il ritrovarsi nuovamente in una situazione in cui ha di fronte degli uomini in divisa che la interrogano ed in più è costretta a raccontare quello che ha subito e quindi a ricordarlo sempre.

Diagnosi DSM-IV-TR (2002)

L'indagine approfondita dei sintomi presentati, ci ha permesso di evidenziare segni specifici del Disturbo da Stress Post-traumatico acuto (DPTS) che è il disturbo che tipicamente si riscontra in persone che hanno subito torture o violenze.

Prima di tutto la paziente ha subito un forte trauma caratterizzato da aggressione fisica, violenza sessuale ripetuta, minacce di morte per sé e per la sua famiglia e per questo si è sentita terrorizzata, impotente e senza via di scampo.

Di conseguenza oggi, a distanza di circa 6 mesi dal trauma, presenta alcune condizioni direttamente riferibili all'evento traumatico stesso.

La paziente rivive spesso la tortura subita in vari modi: presenta disturbi del sonno (insonnia ed incubi), ansia e paura che la accompagnano e che si intensificano di fronte a stimoli attuali che la riportano all'evento traumatico; uno stimolo terrificante per lei in tal senso è trovarsi di fronte a forze dell'ordine, in particolare quando deve rispondere a delle domande o a un interrogatorio, situazione che la riporta immediatamente a rivivere il passato. In più la paziente ha difficoltà di attenzione, concentrazione e memoria per cui i suoi racconti possono sembrare incoerenti.

Un'altra manifestazione del DPTS osservata in Maia è la presenza di pensieri intrusivi riferiti alla tortura: ciò significa che nella sua quotidianità le capita di chiudersi in se stessa e pensare ripetutamente a ciò che ha subito. Per evitare di fermarsi su questi ricordi, Maia si sforza di impegnarsi in varie attività, così da distrarsi e non avere momenti di solitudine in cui i pensieri si ripresentano.

Un sintomo particolarmente limitante e fonte di malessere per la paziente è la presenza di episodi di dissociazione, che nel suo caso prendono la forma della depersonalizzazione: quello che le succede è che si distacca dalla realtà che sta vivendo e si chiude nel suo mondo.

Quindi, nel caso di Maia, sembrano essere rilevabili sintomi che rientrano nelle tre categorie descritte da Herman (1992, 1997), tipiche del DPTS: la Sovraeccitazione, l'Intrusione e la Restrizione. Maia, infatti, si allarma facilmente, reagisce con irritabilità a piccole provocazioni e dorme poco, proprio come manifestazione di un costante stato di allerta, come se il pericolo potesse ritornare in ogni momento (sovrareccitazione). Inoltre, come detto precedentemente, Maia spesso rivive l'evento traumatico come se questo continuamente si ripresentasse nel presente, mostrando una difficoltà a riprendere il normale corso della vita, perché il trauma ripetutamente lo interrompe (intrusione). Infine, Maia si sente priva di potere ed ogni forma di resistenza le appare inutile, perciò è in uno stato di resa totale; per sfuggire alla

situazione di impotenza non usa un'azione nel mondo reale, ma altera il suo stato di coscienza (restrizione).

Osservazioni cliniche

Lavorando con Maia impariamo a conoscere il suo modo di sentirsi e porsi nella relazione dopo l'esperienza traumatica vissuta: la paziente si sente prevalentemente come una bambina terrorizzata e ritirata, come conseguenza della situazione di pericolo di vita e della sensazione di assoluta impotenza per essere nelle mani di qualcun altro (tortura). Sulla base di questa posizione emotiva Maia ha costruito delle convinzioni su sé, sugli altri e sul mondo, strutturate dopo il trauma;

convinzione sul mondo: il mondo è un posto crudele;

convinzione sugli altri: sono tutti pronti a farti del male;

convinzioni su sé: sono sola ed impotente; non posso fidarmi di nessuno e non sono capace di proteggermi dalle aggressioni; non sono degna, non ho diritti, sono una nullità.

Inoltre Maia vive un conflitto tra un pensiero in cui si dice cosa fare e un'emozione che vuole esprimere: "devi essere forte/ voglio piangere ed essere triste". Questo si manifesta in un blocco con cui si limita nelle scelte e nella possibilità di esprimersi e di procurarsi quello di cui ha bisogno. Quindi per esempio si sente terrorizzata e desidererebbe aiuto e invece fa finta di stare bene. Il motivo per cui Maia si ritira invece che farsi aiutare è che non si fida ed ha buoni motivi per questo. Teme di farsi vedere nella sua debolezza, perché teme che la possano usare contro di lei. Ad un livello più profondo quindi Maia si blocca perché, da un lato non si fida delle persone, dall'altro vorrebbe farlo per poter ricevere affetto e protezione e la soluzione che trova fra queste due polarità è l'isolamento e il ritiro. Questa sottende tre messaggi: Non dimenticare mai, che si manifesta attraverso i sintomi intrusivi, Non andare in quella direzione, che si manifesta con i sintomi evitanti e Sii preparata, che si manifesta con i sintomi di attivazione (Stuthridge, 2006).

Si evince da quanto detto precedentemente che Maia generalizza la sua sfiducia nei confronti di se stessa e dell'altro a tutte le sue capacità e a tutti gli esseri umani. Conseguentemente al trauma, Maia ha difficoltà a pensare in termini logici, confonde passato e presente, quindi il tempo è circolare invece che lineare e viene interrotta la progressione logica degli eventi, confonde situazioni diverse che hanno stimoli simili a quelli della tortura, quindi c'è una distorsione dello spazio logico e attraverso le esperienze di dissociazione ed i pensieri intrusivi, si distacca dalla realtà presente e disattiva il pensiero del qui ed ora e quindi la possibilità di trovare alternative utili e comportamenti adeguati alle situazioni del momento. In accordo con la Sironi (1999) riteniamo che il trauma riguarda il pensiero e non l'affettività e che l'effrazione è riconoscibile nell'incapacità delle vittime di stabilire relazioni tra le cose (di causa-effetto) e di distinguere i diversi spazi logici. Quando i pazienti riescono a pensare, il pensiero si interrompe di frequente e d'improvviso; funzionano come se un'entità esterna fosse momentaneamente venuta ad occupare un posto dentro di loro e quindi non hanno più una volontà propria ed una loro individualità. Questo comporta una grande difficoltà nel discriminare i dati di realtà e quindi di riconoscere e gestire le emozioni.

Piano di trattamento

Una volta raccolte le informazioni ed elaborata la diagnosi, procediamo alla costruzione di un piano di trattamento in cui il primo passo sarà la costruzione di una buona e salda alleanza terapeutica, tramite un atteggiamento accogliente ed empatico, proprio per aiutare la paziente a fidarsi e a sentirsi sicura nella relazione, cosa di cui è stata privata nel contesto della tortura. Procederemo quindi ad un lavoro cognitivo volto a fare una differenziazione tra

passato e presente, dare un senso all'esperienza traumatica che ha vissuto e reintegrarla nel suo percorso di vita, per ricreare una narrativa coerente (Stuthridge, 2006). Passo successivo è permetterle di radicarsi nella nuova realtà e costruirsi un futuro soddisfacente. Per fare questo, lavoreremo sui modi in cui Maia si blocca nel presente e si limita nelle proprie capacità di affrontare la crisi.

Processo Terapeutico

Alleanza. In questa fase la nostra attenzione è orientata a riconoscere ed accogliere la paziente. Usiamo il termine riconoscere proprio perché l'orrore che queste persone hanno subito non è immediatamente visibile; il nome del progetto, infatti, è "Ferite invisibili" proprio ad indicare che si tratta di ferite nascoste ma profonde e devastanti. Per queste persone diventa quindi importante già essere viste nel loro trauma ed essere riconosciute come vittime, anche perché, non riportando segni sul fisico delle torture subite, spesso non vengono creduti e questo è proprio uno degli scopi dei torturatori.

Come terapeuti il passo successivo che riteniamo fondamentale per queste persone è l'accoglienza. Le persone torturate sperimentano un senso di isolamento ed esclusione e questo è un altro degli effetti della tortura, che li rende persone emotivamente interrotte, sospese in un limbo in cui non hanno più definizione sociale né identità. Lo scopo nell'accoglierli è proprio farli nuovamente sentire parte del genere umano, in diritto di vita e degni di rispetto e restituire loro il potere personale di scegliere visto che ne sono stati completamente derubati. Nello specifico, con Maia fin dall'inizio abbiamo curato molto l'aspetto della fiducia, facendo attenzione a diversi aspetti: setting aperto (hanno partecipato alle sedute sia la mediatrice che la psicologa); abbiamo dato informazioni sul lavoro e su di noi, per permetterle di conoscerci prima di tutto umanamente. Abbiamo seguito i suoi tempi nell'aprirsi ed i suoi bisogni. Abbiamo dato molta attenzione a che lei potesse sentirsi libera di scegliere e di muoversi, diversamente dalla mancanza di libertà sperimentata nella tortura. L'abbiamo accolta affettuosamente e le abbiamo dato protezione. L'abbiamo inoltre accolta empaticamente accogliendo anche i suoi sentimenti depressivi, permettendole di esprimerli e dividerli; facendo questo, Maia è uscita dall'isolamento ed ha sperimentato il senso di essere di nuovo accolta e di potersi fidare.

Lavoro cognitivo. La successiva fase della terapia è quella della cura. Il lavoro terapeutico con le vittime di tortura è orientato a riattivare la loro capacità di pensare: è quindi prevalentemente un lavoro volto a dare significato all'esperienza vissuta; in questo modo si lavora per aiutare la persona a riattivare le sue risorse cognitive confuse e congelate in seguito al trauma. Non si lavora sul conflitto interno, perché il trauma è indotto dall'esterno con l'obiettivo di annullare la struttura psicologica dell'individuo. Si lavora nella direzione di riattivare le strutture sane esistenti, le risorse, precedenti al trauma, che l'individuo ha e che gli sono state deliberatamente bloccate attraverso la tortura stessa.

Si riscontra, nel lavorare con queste persone, che spesso si ripetono in un dialogo interno continuamente ritraumatizzante, delle parole o frasi, dette attive, che gli furono inoculate durante la tortura e con le quali risperimentano un senso di impotenza e di colpa. Con la terapia, il nostro compito è sostituire a queste frasi o parole attive negative, delle nuove frasi o parole attive opposte: questo si può ottenere, in un primo momento, attraverso interventi estremamente propositivi e attivi che tendono a dare all'altro potere, permesso e protezione e aiutando il paziente a pensare e ad osservare in modo adeguato la realtà di oggi distinguendola dal passato e quindi rendendolo gradualmente in grado di riattivare le sue funzioni cognitive per ricominciare ad operare autonomamente in modo adeguato.

La persona traumatizzata perde, generalmente, la capacità di organizzare le esperienze ed i vissuti della sua vita all'interno di una auto-narrazione logica e coerente. In accordo con

Stuthridge (2006) riteniamo che “the self-narrative is the key mechanism for integrating disparate Parent and Child ego states into a unified sense of self or “me”. Occorre, quindi, aiutare il paziente a ricostruire questa capacità di auto-narrarsi in modo che gli eventi accaduti che sono stati vissuti come estranei, alieni, inaccettabili, siano adesso “personalizzati” come aspetti integrati del passato e delle esperienze di vita del paziente stesso, (Van Der Kolk, Ducey, 1989). Per raggiungere questo obiettivo, il lavoro terapeutico che svolgiamo passa attraverso un attacco al torturatore considerato fantasticamente presente in seduta assieme al terapeuta ed al paziente. L’intento del terapeuta è allearsi con il paziente per stimolare la sua capacità di pensiero e la consapevolezza dell’intrusione del torturatore. A questo punto, si può rompere l’influenza del torturatore con la nuova influenza positiva del terapeuta, che rafforzerà gli aspetti sani del paziente, isolando gli elementi negativi e distruttivi interiorizzati durante la tortura. Questo obiettivo si può ottenere aiutando il paziente a cogliere le intenzioni e le motivazioni del torturatore, per poter attribuire un significato all’esperienza subita ed anche attribuire in maniera corretta le responsabilità di quanto accaduto (Sironi, 1999).

A questo punto, una parte della terapia può essere dedicata all’espressione delle emozioni represses (rabbia, tristezza, dolore ecc) e all’accoglienza, all’ascolto empatico ed alla conferma di queste da parte del terapeuta che le riconosce autentiche e congruenti con la violenza subita. L’obiettivo di questo intervento è validare queste emozioni in modo che il cliente se ne possa riappropriare sentendosi compreso, ascoltato e visto (Allen, 2006).

Con Maia il lavoro è stato prevalentemente orientato a fare differenze tra passato e presente, da un punto di vista cognitivo. Abbiamo aiutato Maia a contestualizzare l’esperienza vissuta nel luogo dove è avvenuta, facendo una differenza tra Italia e Paese d’origine e dando quindi informazioni. L’abbiamo guidata a comprendere che, seppure gli stimoli e le situazioni che vive sono apparentemente simili, esse però sono sostanzialmente diverse. Le abbiamo inoltre, dato messaggi con i quali l’abbiamo confermata nel suo ruolo di vittima, che ha subito un’ingiustizia, prendendo chiaramente posizione contro la tortura. In più abbiamo accolto il racconto della tortura subita e quindi il modo in cui la paziente si è narrata rispetto a pensieri sentimenti e vissuti, per aiutarla a dare significato e a reintegrare l’esperienza e lasciarsela alle spalle. Grazie a tutto questo lavoro la paziente ha ripreso il suo potere. Lavoro importante è stata la perizia in quanto Maia ha visto che noi avevamo dato importanza a tutte le cose che ci aveva fino ad allora detto e si è sentita riconosciuta, vista, considerata e protetta. Siamo state attive e propositive prendendoci cura di lei, che è proprio la risposta concreta al bisogno autentico che aveva.

Dopo questo lavoro siamo passate a stare sul presente e sull’importanza che lei si radicasse nella sua attuale situazione di vita, rinforzando e stimolando le sue risorse per riconoscere e soddisfare i suoi bisogni in modo adeguato.

Rinforzo. Consideriamo terminato il lavoro terapeutico quando osserviamo che la persona è nuovamente nel presente e proiettata sul suo futuro, sa fare progetti per se stessa e sa pensare a sé in modo costruttivo. Il ricordo del trauma e della tortura non è sparito ma viene integrato nell’esperienza passata dell’individuo. In quest’ottica la chiusura del lavoro prevede l’aiutare la persona a costruire il suo progetto migratorio per potersi integrare nella cultura del Paese che la accoglie.

Segno evidente dell’efficacia del trattamento è stato il fatto che Maia ha ricominciato lentamente e con grande sforzo a ricrearsi una rete di sostegno e supporto; si è legata affettivamente alla psicologa responsabile della casa famiglia e ad alcuni ragazzi che vivono con lei. Inoltre, ha un rapporto particolare con la mediatrice, che l’ha seguita fin dal suo arrivo, la quale è della sua stessa città ed etnia e per lei rappresenta un punto di riferimento importante, non solo pratico ma anche affettivo. Inoltre, ha iniziato a progettare la sua vita in un’ottica futura. Si è iscritta a scuola e ha seguito un corso per parrucchiera. Una volta compiuti 18 anni, uscita dalla casa

famiglia, ottenuto il documento e preso il diploma Maia ha iniziato a cercare lavoro.

Anche se il percorso terapeutico di Maia si è concluso rispetto all'obiettivo, la paziente ogni tanto torna da noi per raccontare ciò che vive e i progressi che fa e per affrontare le difficoltà che incontra nel suo percorso di integrazione.

Riteniamo che la terapia con Maia abbia avuto un buon esito, in quanto oggi la paziente è libera dai sintomi che riportava all'inizio, ha un atteggiamento propositivo e fiducioso rispetto alle sue capacità di crearsi una vita soddisfacente, è capace di esprimere ciò che sente e di chiedere aiuto quando ne ha bisogno, è aperta alle relazioni e alla possibile costruzione di intimità.

Riteniamo che il punto di rischio nella prognosi di Maia sia proprio relativo a questo ultimo aspetto: nelle situazioni stressanti, che in qualche modo lei rivive come traumatiche, ci sembra che, pur di mantenere relazioni con persone che ritiene importanti e che le danno protezione e sicurezza, si metta in una posizione adattata, nella quale non si lascia libera di esprimere i suoi desideri e di perseguire i suoi obiettivi.

Maia è un esempio di come per questi pazienti, anche quando hanno raggiunto il benessere, sia importante mantenere un contatto con i terapeuti, che sono stati e continuano ad essere un punto di riferimento, rispetto alla loro vita attuale; per loro rappresentiamo un ponte tra un passato confuso e limitante ed un presente consapevole e orientato alla costruzione e realizzazione di un progetto migratorio.

Lo spazio terapeutico diventa quindi, luogo di condivisione di successi e conquiste ed anche di confronto ed aiuto rispetto a nuovi eventi stressanti, che possono essere ritraumatizzanti, e per i quali i pazienti hanno bisogno di essere rinforzati rispetto alle competenze acquisite.

Conclusioni

In conclusione, il progetto della Caritas Diocesana di Roma "Ferite Invisibili" è rivolto alla presa in carico ed alla cura di immigrati, vittime di violenza intenzionale. Lo scopo della terapia è aiutare questi clienti a passare da una situazione in cui sono ossessionati dal passato ed in cui interpretano gli stimoli, che emotivamente da questo derivano, come un ritorno del trauma, a una situazione in cui si sentono attivi nel presente e capaci di far fronte alle contingenze del momento. Il paziente riattiva le sue capacità, si riappropria delle sue risposte emotive e colloca il trauma entro la prospettiva della sua vita, cioè come un evento del passato, che ha avuto luogo in un momento particolare, in un luogo particolare e che non è ragionevole pensare si ripeta all'interno di un contesto diverso, in cui il paziente può ora inserirsi.

References

- Allen, J. R. "Oklahoma City Ten Years Later: Positive Psychology, Transactional Analysis, and the Transformation of Trauma from a Terrorist Attack". *Transactional Analysis Journal*, April 2006, Volume 36, Number 2.
- American Psychiatric Association (APA). "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder", ed. IV-TR, 2002.
- Erskine, R.G. "Inquiry, Attunement and Involvement in the Psychotherapy of Dissociation". *Transactional Analysis Journal*, October 1993, Volume 23, Number 4.
- Herman, J.L. "Trauma and recovery". 1992, 1997, Basic Books, new York.
- Kinzie, J.D., Fredrickson, R.H., Ben, R. et al "PTSD Among Survivors of Cambodian Concentration Camps", in "American Journal of Psychiatry", 141, 1984.
- Krystal, H. "Massive Psychic Trauma", New York, International Universities Press, 1968.
- Loomis, M.E., "Contracting for change", *Transactional Analysis Journal*, 12(1), 51-

54, 1982.

- Mazzetti, M. “I Fattori di Efficacia del Gruppo Etnopsichiatrico. Considerazioni a margine di una conversazione con Françoise Sironi”. *Questioni di Etnopsichiatria Clinica-L’Esperienza di Terrenuove*. Edizioni di Terrenuove 2004.
- Mazzetti, M. “PASSIO EXILII: Rifugiati e salute psichica. Prima Parte: il Trauma”.(1999)
- Mazzetti, M. “Passio Exilii:Rifugiati e salute psichica. Seconda Parte: il Lutto”.(1999)
- Nathan, T. “De la fabrication culturelle des enfants. Reflexions ethnopsychanalytiques sur la filiation et l’affiliation”, in “Nouvelle Revue d’ethnopsychiatrie”, 17, 1991.
- Sironi, F. “Bourreaux et Victimes psychologie de la torture”. Editions Odile Jacob, 1999.
- Stuthridge, J. “Inside Out: A Transactional Analysis Model of Trauma”. *Transactional Analysis Journal*, October 2006, Volume 36, Number 4.
- Turner, S. “Therapeutic approaches with survivors of torture”, in “Intercultural Therapy: Themes, Interpretations and Practice (eds J. Kareem & R. Littlewood), pp. 163-174, Oxford Blackwell Scientific Publications, 1992.
- Van Der Kolk, B.A., Ducey, C.P. “The psychological processing of traumatic experience: Rorschach pattern in PTSD” in “Journal of Traumatic Stress”, 2, pp. 259-274, 1989.
- Van Der Kolk, B.A., McFarlane, A.C., Weisaeth, L. “Traumatic Stress. The effects of overwhelming experience on mind, body and society”. The Guilford Press Inc. 1996.
- Wilson, J.P., Friedman, M.J., Lindy, J.D. “Treating Psychological Trauma & PTSD”. The Guilford Press, 2001.

**Offerta attiva, partecipazione, elasticità:
parole chiave per percorsi di promozione della salute tra i Rom**

Alice Ricordy, Fulvia Motta, Salvatore Geraci

Area sanitaria Caritas di Roma

I rom, l'esclusione e il disagio socio sanitario

Una delle sfide in Sanità Pubblica riguarda la necessità di garantire percorsi di tutela a quella parte di popolazione che si trova a vivere ai margini del sistema, in condizioni di fragilità sociale, economica e culturale. Vi è consenso pressoché unanime sul fatto che i più forti determinanti dello stato di salute siano rappresentati proprio dai fattori socioeconomici, in grado di influenzare non solo gli stili di vita e le condizioni di lavoro, ma anche le opportunità di accesso ai servizi sociosanitari.

Rom e Sinti, da secoli vittime di persecuzioni e pregiudizi diffusi in tutto il mondo, vivono ancora oggi in un drammatico stato di emarginazione economica e sociale. Nonostante le difficoltà che si incontrano nel tracciarne un profilo epidemiologico, dalla revisione della letteratura sull'argomento risulta evidente che si tratta di una popolazione ad alto rischio sanitario.

Sia le comunità nomadi che quelle sedentarie vivono infatti in condizioni di povertà e di degrado abitativo, per lo più accampati in insediamenti spontanei ai margini dei centri abitati di medie e grandi dimensioni. Oltre a queste baraccopoli abusive, soprattutto nelle grandi città, rom e sinti risiedono in campi o villaggi attrezzati appositamente allestiti dalle amministrazioni locali; ma anche all'interno di queste aree le condizioni igienico sanitarie sono ai limiti della vivibilità: gli alloggi sono ridotti e fatiscenti, mancano i servizi igienici, i sistemi fognari sono inadeguati, il servizio di nettezza urbana è insufficiente.

Risulta evidente come una simile situazione abitativa non solo tende a marcare ulteriormente la secolare distanza culturale e sociale esistente fra il mondo dei Rom e Sinti e i contesti territoriali, ma ostacola anche la salvaguardia del loro diritto alla salute. L'esclusione sociale in cui vivono rom e sinti, infatti, impedisce loro sia di usufruire di un habitat dignitoso ed igienicamente salubre, sia di avviare i percorsi assistenziali necessari, cominciando dalla possibilità di accedere in modo adeguato ai servizi sociosanitari.

Sicuramente alcune caratteristiche culturali e sociali delle popolazioni Rom rendono particolarmente complicato il compito delle strutture preposte ad offrire i relativi servizi; ne sono un esempio la mobilità sul territorio di alcuni gruppi, l'atteggiamento difensivo di auto-esclusione che assumono molti rom, la loro difficoltà a perseguire obiettivi a lungo termine, nonché la concezione della malattia e della morte proprie di tale cultura.

D'altra parte esistono anche difficoltà e reticenze espresse dai servizi sanitari, che solo negli ultimi anni si stanno organizzando nell'accoglienza di gruppi fragili come gli stranieri, per individuare strategie di intervento efficaci rivolte a popolazioni così problematiche.

Gli interventi, che pure non sono mancati, sono stati spesso dettati dall'emergenza, o da bisogni specifici, quasi sempre affidati alla buona volontà dei singoli operatori sociali, mentre non esistono linee guida e strategie condivise che possano assicurare un rapporto continuativo tra le strutture sanitarie e le comunità Rom e Sinte al fine di garantire la tutela della loro salute.

L'intervento dell'Area Sanitaria della Caritas di Roma

Dal 1987 l'Area Sanitaria della Caritas Diocesana di Roma riserva un'attenzione specifica alla promozione della salute delle comunità rom e sinte che vivono sul territorio.

In principio si trattava di offrire prestazioni mediche in loco mediante un camper sanitario che visitava periodicamente i vari insediamenti e svolgeva attività di medicina di base, pediatria e ginecologia, educazione sanitaria, medicina preventiva, rilevazione epidemiologica, rilevazione igienico-ambientale, osservazione antropologica sanitaria.

Tale esperienza ha avviato una riflessione socio antropologica su quali fossero le strategie di intervento più efficaci in simili contesti.

L'approccio iniziale, basato sull'offerta attiva e la presenza costante sul campo, si è presto rivelato fondamentale ma non sufficiente per avviare percorsi di inclusione reale, a partire dalla fruibilità effettiva dei servizi sanitari pubblici. È emersa la necessità di superare i limiti di un'attività emergenziale e di inviare i rom alle strutture di sanità pubblica affinché intraprendessero percorsi assistenziali "normali".

È stato quindi attivato un lavoro di rete che mettesse in comunicazione il privato sociale, quotidianamente presente nei campi, e gli operatori sanitari delle Asl di zona, per garantire l'accesso e l'accoglienza adeguati nelle relative strutture. Momento fondamentale è stato non solo far uscire i rom dal campo promuovendo il diritto alla salute e l'utilizzo dei servizi, ma anche quello di portare gli stessi operatori sanitari nei campi, oltrepassando il confine che separa la società civile dal mondo dei rom.

Nel giugno del 2001, a partire dall'esigenza condivisa dagli operatori del pubblico e del privato sociale, l'Area Sanitaria della Caritas ha promosso la costituzione del GRIS – Area Zingari, un coordinamento cittadino specificamente dedicato alla promozione della salute delle popolazioni Rom e Sinti residenti sul territorio della città di Roma.

L'opportunità concreta di sperimentare l'importanza del lavoro in rete si è presentata nel 2002 con l'organizzazione ed il coordinamento operativo dell'iniziativa "Salute senza esclusione", una campagna vaccinale rivolta ai minori di tutti i campi sosta presenti a Roma. Il successo riportato in tale occasione è stato consolidato negli anni seguenti con ulteriori attività di orientamento sanitario, educazione alla salute e formazione del personale sanitario.

Nel 2006 si è svolta una nuova campagna "Salute senza esclusione" proprio con l'obiettivo di avvicinare l'istituzione sanitaria pubblica a tutti gli abitanti dei campi della capitale, attraverso un'azione mirata di orientamento al corretto uso dei servizi sanitari territoriali, l'offerta attiva di educazione alla salute, la formazione degli operatori socio-sanitari.

La campagna prevedeva in primo luogo un percorso formativo per sensibilizzare gli operatori socio-sanitari sui temi della medicina transculturale e fornire loro gli strumenti base per interventi a elevato impatto relazionale, che richiedono sviluppate capacità comunicative e interattive. Successivamente gli operatori sanitari, supportati dagli operatori del privato sociale si sono recati nei campi presenti sul territorio di competenza delle rispettive Asl e hanno incontrato la popolazione rom fornendo semplici prestazioni mediche, quali vaccinazioni e misurazione della pressione arteriosa, ma soprattutto per diffondere informazioni sui servizi territoriali e sugli stili di vita corretti per mantenersi in buona salute.

La campagna, intesa come l'ultima tappa di un percorso di ricerca-azione in costante mutamento, ha permesso di sperimentare e mettere a punto una strategia di intervento fondata sui seguenti principi metodologici:

- lavoro di rete;
- integrazione tra pubblico e privato;
- approccio multidisciplinare e coinvolgimento attivo della popolazione di riferimento (sia nella progettazione che nella fase operativa);
- presenza sul campo;
- offerta attiva di servizi;
- individuazione ed adozione di modelli flessibili ed attenti alle realtà specifiche.

Inoltre è stato riscontrato che l'accessibilità ai servizi può essere migliorata agendo su più

versanti:

- sensibilizzando la popolazione mediante l'educazione sanitaria e la creazione di contatti personalizzati tra operatori e Rom, al fine di superare diffidenza e pregiudizi reciproci;
- implementando percorsi socio sanitari a bassa soglia d'accesso;
- proponendo iter formativi specifici per gli operatori sociosanitari.

Inoltre, in quest'ultima campagna è stato sperimentato uno strumento informativo nuovo che si è rivelato particolarmente efficace. Si tratta di un opuscolo di educazione alla salute appositamente elaborato (anche attraverso la consulenza di mediatori rom), realizzato con uno stile grafico e immagini appropriate alla specificità dell'utenza e tradotto in tre lingue (italiano, rumeno, serbo-croato). Nel fascicolo venivano fornite indicazioni di educazione sanitaria riguardo la prevenzione di malattie infettive, la salute del bambino e gli stili di vita degli adulti, in particolare quelli associati alla riduzione del rischio di complicanze cardiovascolari in pazienti con ipertensione.

Proprio questo opuscolo ha sollecitato il Ministero della Salute a promuoverne la diffusione sul territorio nazionale. Così è nato un nuovo progetto dal titolo "Accesso dei servizi sanitari ed educazione alla salute delle popolazioni Rom: sperimentazione di un modello di intervento attraverso la realizzazione e distribuzione di uno specifico opuscolo" iniziato ad aprile del 2008 e ancora in corso di svolgimento.

Una nuova sfida

Il suddetto Progetto propone di sperimentare in altri territori la metodologia di intervento già collaudata nella città di Roma, per verificarne la riproducibilità a livello nazionale.

Al fine di individuare le realtà locali da coinvolgere direttamente nel progetto sono stati contattati i 5 Gris esistenti, i referenti delle strutture legate alla Simm, altre organizzazioni del privato sociale che si occupano di rom e sinti con cui sarebbe stato utile collaborare.

In base alle risposte ricevute, ai bisogni espressi e alle disponibilità operative sono state selezionate le seguenti cinque realtà (5 territori e 7 Enti che vi operano):

- Palermo – Asl di Palermo, già attiva con la comunità del campo La Favorita.
- Messina - Associazione Crisalide, che ha in gestione il campo rom presente sul territorio ed è costantemente in contatto con la Asl di zona; e Caritas Diocesana di Messina, la quale svolge alcune attività presso la stessa comunità.
- Firenze - Asl di Firenze, che è presente da anni nel campo di Poderaccio; e Medici per i Diritti Umani che fornisce assistenza sanitaria e svolge un orientamento attivo in tre insediamenti spontanei dislocati in diversi punti della città.
- Trento - Cooperativa Kaleidoscopio, impegnata con i rom che risiedono sul territorio.
- Milano – Naga, che si occupa da anni dell'assistenza e dell'orientamento sanitario in favore di 2/3 insediamenti locali.

Poiché queste 5 realtà sono molto diverse fra loro per collocazione geografica, densità di popolazione, situazione delle comunità rom e sinte che vi risiedono, nella prima fase del progetto è stato indispensabile un lavoro di analisi e adeguamento degli strumenti operativi di riferimento alla specificità dei contesti, in particolare dell'opuscolo di educazione alla salute che era stato elaborato in funzione dei gruppi rom presenti a Roma.

Dopo una serie di incontri con gli attori coinvolti e un workshop in cui è stato possibile confrontare le esperienze ed avviare una riflessione comune, si è giunti alla progettazione di due differenti opuscoli. Uno è l'opuscolo già esistente, opportunamente modificato affinché possa essere uno strumento fruibile in situazioni e contesti molto diversi (sono state sostituite

alcune immagini e aggiunte di nuove, alcune informazioni sono state semplificate, ecc).

Il secondo si distingue più che altro nella forma, poiché si presenta come una storia illustrata che, raccontando la vita di una giovane coppia dal matrimonio alla nascita del primo figlio, veicola semplici messaggi di educazione alla salute e alla prevenzione.

Il prossimo passo prevede che il personale sanitario, supportato dagli operatori del privato sociale, si rechi negli insediamenti ad incontrare la popolazione Rom e Sinti, al fine di svolgere interventi di educazione sanitaria, attraverso la distribuzione di entrambi gli opuscoli, diffondere informazioni relative ai servizi sanitari disponibili, e, laddove possibile, indirizzare attivamente le persone ai servizi di cui hanno bisogno. Per facilitare il processo comunicativo e consolidare la relazione tra gli operatori e i Rom, durante la visita nei campi è opportuno che vengano concretamente offerte delle prestazioni mediche, quali, ad esempio, misurazione della pressione arteriosa o vaccinazioni.

Insieme agli opuscoli gli operatori distribuiranno anche una “mappa di fruibilità” con informazioni dettagliate sulle:

- strutture sanitarie di prima assistenza disponibili nel territorio intorno agli insediamenti (in particolare ambulatori STP, consultori familiari, centri vaccinali, CSM etc.),
- percorsi di accesso comprese indicazioni su referenti, giorni e orari di apertura, linee degli autobus e modalità di accesso alle prestazioni.

Attualmente i gruppi di lavoro stanno procedendo con la costituzione delle equipe operative che si recheranno al campo e la programmazione delle uscite. In alcuni casi sarà inoltre necessario eseguire brevi percorsi formativi per indirizzare il personale socio sanitario nell’esecuzione dell’intervento e nell’utilizzo degli strumenti di raccolta dati.

L’ultima fase del progetto sarà dedicata all’elaborazione dei dati e delle informazioni raccolte per verificare se la metodologia adottata sia risultata efficace nel permettere l’incontro fra personale sanitario e Rom, nell’orientare all’uso appropriato delle strutture e nel migliorarne la fruibilità, oltre che nell’applicazione di semplici regole di igiene dell’ambiente e degli alimenti. Ci auguriamo infine che i risultati attesi ci permettano di formulare una strategia di intervento proponibile su tutto il territorio italiano.

Bibliografia

- Baglio G., Cacciani L., Ciuta T.S., D’Ascanio I., Geraci S., Grandolfo M., Guasticchi G., Motta F., Napoli P.A., Rossano R., Trillò M.E.: Salute senza esclusione: campagna vaccinale per bambini rom e sinti a Roma. Monografie ASP. Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio. Roma, 2003
- Baglio G., Cacciani L., Napoli P.A., Geraci S., Motta F., Rossano R., D’Ascanio I., Trillò M.E., Ciuta T.S., Grandolfo M.E., Guasticchi G.: Una campagna vaccinale in favore dei bambini Rom e Sinti a Roma. In *Annali di igiene, medicina preventiva e di comunità*. Società Editrice Universo, Roma, 2005; 17: pp. 197-207
- Diez Lopez I, Ardura Fernandez J, Palacin Mínguez E, Cardaba Arranz M. Influence of gypsy ethnicity on hospital admission and diagnostic group among infants. *An Esp Pediatr* 2002 Sep; 57 (3): 215-9.
- Geraci S, Maisano B, Motta F (a cura di). *Salute zingara*. Roma: Edizioni Anterem. 1998.
- Geraci S., Motta F., Rossano R.: Il bisogno di salute nelle popolazioni zingare. In *Annali di igiene, medicina preventiva e di comunità*. Volume 14, n. 4 (suppl. 4) – luglio-agosto 2002, 17:31
- Geraci S.: La promozione di salute tra gli zingari: tra indignazione e nuovi percorsi professionali. In *"Le nuove povertà: un problema complesso di sanità pubblica*. Preparazione

di un'agenda di intervento." Atti dell'omonimo convegno. Edito dall'Istituto Superiore di Sanità - Serie Relazioni, 99/3, Roma, 1999

- Hajioff S, McKee M. The health of the Roma people: a review of the published literature. *J Epidemiol Community Health* 2000 Nov; 54 (11): 864-9.
- Motta F., Geraci S., Converso M.: Rom, Sinti e Camminanti in Italia. In *Immigrazione Dossier Statistico 2006. XVI Rapporto sull'immigrazione – Caritas/Migrantes*. Idos, Nuova Anterem, 2006; 145:154
- Motta F., Geraci S.: Rom e Sinti a Roma: un'emergenza sempre rinnovata. *Osservatorio Romano sulle Migrazioni. Terzo Rapporto*. Edizioni Idos. Roma, 2007; 288:298
- Motta F., Rossano R., Geraci S.: Promozione della salute "con" gli zingari: una ricerca-azione in due campi nomadi di Roma. In *Morrone A., Spinelli A., Geraci S., Toma L., Andreozzi S. (a cura di): Immigrati e zingari: salute e disuguaglianze*. Edito dall'Istituto Superiore di Sanità - Rapporti ISTISAN, 03/4, Roma, 2003, 24:57
- Motta F., Rossano R., Maisano B., Geraci S.: Promozione della salute e popolazione zingara: percorsi possibili *Atti VII Consensus conference sull'immigrazione e V Congresso nazionale della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni*. A cura di Affronti M., Lupo M., Messina M. R.; Palermo, 2002: 392-404
- Van Cleemput P, Parry G. Health status of Gypsy Travellers. *J Public Health Med* 2001 Jun; 23 (2): 129-34.

Politiche regionali come specchio della garanzia del diritto alla salute dei migranti

M. Bonciani, B. Martinelli, S. Geraci

Area sanitaria Caritas di Roma

Introduzione

Il fenomeno migratorio sta assumendo ormai in Italia caratteristiche di strutturazione e complessità, per la presenza sempre più radicata sul territorio di persone e famiglie di stranieri, che si diversificano per provenienza, status giuridico, progetto migratorio, stili di vita adottati.

L'ultimo Dossier statistico Caritas sull'immigrazione ha stimato che, già all'inizio del 2008, il numero dei cittadini stranieri regolarmente presenti in Italia, compresi i comunitari, è di circa 4 milioni di persone, con un'incidenza del 6,7% sulla popolazione complessiva, in aumento rispetto agli anni precedenti e volto ancora ad incrementare nel futuro. L'insediamento sul territorio della popolazione straniera si caratterizza per una tendenza alla lunga permanenza e una marcata dimensione familiare, che trova riscontro anche nel peso sempre più rilevante delle seconde generazioni, con una stima dell'11% di bambini di origine straniera sul totale dei nati in Italia nel 2007.

Nonostante l'aumento degli stranieri sia per immigrazione che per nascita, si registra un impatto relativamente modesto della presenza straniera sull'assistenza ospedaliera, come riportato dal Rapporto Osserva Salute 2005. L'accesso alle strutture ospedaliere per gli stranieri è soprattutto determinato da motivi legati a eventi fisiologici come il parto o accidentali come i traumi, sebbene si osservi una crescita progressiva dei ricoveri per malattie croniche, in particolare per patologie cardiovascolari e tumori, che suggeriscono una progressiva transizione epidemiologica degli immigrati, come conseguenza dell'invecchiamento della popolazione e della modifica dei loro stili di vita. Tuttavia si rileva anche un elevato ricorso al pronto soccorso ed uno scarso utilizzo dei servizi territoriali e preventivi da parte degli stranieri.

A fronte di questo scenario, diventa sempre più prioritario per i servizi socio-sanitari progettare un'offerta che risponda in maniera efficace alle reali e diversificate richieste di tale target, erogando interventi di prevenzione, diagnosi e cura sempre più appropriati e garantendo il pieno rispetto del diritto alla salute.

In quest'ottica è stato promosso dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali il Progetto "Migrazione e Salute", coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, allo scopo di fornire un contributo volto ad orientare e supportare le politiche e gli interventi di promozione e tutela della salute di persone, famiglie e comunità straniere.

Al fine di favorire la programmazione e realizzazione di azioni specifiche capaci di raggiungere il cittadino straniero e stimolarlo nell'attivazione di processi per tutelare la propria salute, il progetto si pone l'obiettivo di fornire un'ampia analisi dell'attuale situazione e di ciò che viene realizzato in Italia in relazione all'immigrazione ed alla salute, grazie alla sinergia di varie linee di ricerca-intervento, attuate da diversi soggetti istituzionali ed associativi partecipanti all'iniziativa progettuale². Le unità operative in cui si articola il progetto riguardano, quindi, l'analisi dei flussi informativi e delle politiche sanitarie regionali, l'implementazione di una rete informativa sull'assistenza sanitaria agli immigrati STP (Straniero Temporaneamente Presente) tra strutture ambulatoriali di primo livello, pubbliche e del privato sociale, la costituzione di un forum interregionale per migliorare il coordinamento dell'offerta socio-sanitaria alle popolazioni immigrate, ed infine la valutazione dei percorsi formativi per gli operatori del

2 Istituto Superiore di Sanità, Ospedale S. Andrea di Roma, Area Sanitaria Caritas, LABOS, Sapienza Università di Roma.

sistema sanitario riguardanti i temi dell'intercultura e della salute multiculturale.

Nell'ambito di questo progetto, l'Area Sanitaria Caritas di Roma si occupa della componente volta all'analisi delle specifiche politiche regionali di tutela della salute degli immigrati, su cui ormai svolge da anni un costante lavoro di monitoraggio. L'attuale lavoro di ricerca, infatti, si inserisce e dà proseguimento all'attività dell'osservatorio permanente che si è costituito presso l'ente per valutare in maniera continuativa lo sviluppo delle norme che garantiscono la tutela e la promozione della salute della popolazione straniera, sia a livello nazionale, a partire dal 1994, e successivamente anche a livello locale.

L'interesse per le linee regionali di indirizzo e programmazione in ambito sanitario è dettato dal fatto che, pur essendo la regolamentazione della politica sull'immigrazione di competenza nazionale, la sua traduzione a livello locale presenta estrema variabilità di approccio ed applicazione, anche in conseguenza del processo di decentramento amministrativo e politico, e quindi risulta necessario analizzare come le regioni definiscono ed articolano l'offerta sanitaria in riferimento alla popolazione immigrata, per valutarne l'efficacia o il potenziale impatto in termini di esclusione. Con la progressiva regionalizzazione, infatti, l'attenzione rivolta alle politiche locali è certamente aumentata, dal momento che sono le Regioni, grazie alla loro autonomia organizzativa e responsabilità economica, in linea con il principio di sussidiarietà, ad aver competenza esclusiva nella regolamentazione ed organizzazione dei servizi e delle attività destinate alla tutela della salute, nel rispetto dei principi generali fissati dalle leggi dello Stato, sebbene il livello centrale debba continuare ad assicurare a tutte le persone il diritto alla salute mediante un forte sistema di garanzie, che si realizza attraverso l'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza. Pertanto, nonostante che le politiche nazionali non abbiano smesso di svolgere un importante ruolo di *benchmark*, è in realtà a livello regionale che si rispecchiano le garanzie di equità nell'assistenza e quindi anche nei risultati di salute per gli stranieri.

Obiettivi

La ricerca che viene realizzata dal gruppo di lavoro multidisciplinare dell'Area Sanitaria Caritas di Roma si pone l'obiettivo di analizzare in modo comparativo le politiche delle Regioni e delle Province Autonome che riguardano la salute degli immigrati, compresi rom, richiedenti asilo, rifugiati, al fine di individuare le politiche più efficaci, all'interno del quadro legislativo vigente in Italia.

A livello nazionale, il testo di riferimento generale rimane ancora il Decreto Legislativo n. 286 del 1998, denominato Testo unico sull'immigrazione, che in ambito sanitario ha cercato di superare un'ottica di emarginalità garantendo la certezza del diritto e di inclusione ordinaria nel sistema di tutela sanitaria per avere politiche organiche e programmatiche, grazie anche al relativo Regolamento d'attuazione (D.P.R. n. 394/1999), che prevede il riordino e l'aggiornamento delle normative che permettono ancora oggi l'accesso ordinario alle prestazioni preventive, curative e riabilitative da parte dei cittadini stranieri presenti regolarmente o non regolarmente, sul territorio nazionale. Alcune modifiche a tale regolamento, ma sempre in una prospettiva inclusiva, sono state apportate dal DPR 334/2004, in particolare rispetto all'art. 42, con la specifica che l'iscrizione al SSN non decade nella fase di rinnovo del permesso di soggiorno. Questa applicazione normativa garantisce così anche allo straniero una continuità in termini di accessibilità alle strutture sanitarie.

Il Testo unico sull'immigrazione ha rappresentato un momento di svolta importante per la tutela del diritto alla salute per tutti, da cui sono sia scaturite influenze significative nei piani sanitari nazionali successivi, sia sono stati avviati dei percorsi di recepimento ed attuazione normativi a livello locale, seppur con cospicui ritardi ed un'elevata variabilità regionale, anche come tipologie di atti prodotti. Alcune regioni, infatti, hanno dato inizio ad un lento ma significativo

processo di riformulazione della legge regionale sull'immigrazione, altre hanno cominciato a recepire le nuove direttive nazionali attraverso iniziative a carattere locale, seppure con tempi e modalità diverse, concretizzatesi in Delibere e Circolari Regionali, ambiti specifici nei Piani Sanitari Regionali e nei Piani per la Politica Immigratoria. Si tratta pertanto di descrivere tale variabilità ed analizzarne i principali elementi caratteristici, cercando anche di valutare se alle politiche identificate corrispondono i risultati che esse idealmente dovrebbero porsi di raggiungere, cioè quelli relativi ad una piena inclusione sociale della popolazione straniera.

Metodologia

L'analisi delle politiche regionali sull'assistenza sanitaria agli immigrati prevede un percorso articolato in varie fasi successive, alcune delle quali includono un attivo coinvolgimento dei referenti regionali.

L'identificazione di rappresentanti delle Direzioni sanitarie delle Regioni e Province autonome ha costituito un passaggio chiave nell'avvio dell'intero progetto "Migrazione e Salute", condiviso con tutti gli altri soggetti responsabili delle diverse unità operative. L'effettiva partecipazione del livello regionale alle attività progettuali, infatti, è la condizione essenziale perché il lavoro di analisi attivato nei vari ambiti di pertinenza del progetto non sia decontestualizzato, non segua un approccio top-down perdendo la capacità di lettura dell'esistente, e soprattutto cerchi di entrare a far parte del patrimonio di conoscenze e competenze condiviso su cui le Regioni e Province autonome possano basare in futuro le scelte politiche in tema di salute ed immigrazione.

Nello specifico della ricerca sulle politiche regionali, la collaborazione con i referenti regionali è indispensabile per la ricognizione e la raccolta sistematica degli atti locali prodotti dalle Regioni e Province autonome sui temi salute e immigrazione/rom/rifugiati. Nonostante, infatti, attualmente siano reperibili alcuni dei principali documenti normativi direttamente dalla rete web, attraverso i siti istituzionali delle autorità locali, non è possibile ricostruire l'indirizzo di una politica sanitaria regionale senza la definizione congiunta dei confini della politica stessa. Sono stati pertanto assunti come atti normativi principali quelli relativi alle Leggi regionali o provinciali sull'immigrazione, ai Piani triennali per l'immigrazione, che dalle leggi scaturiscono, ed ai Piani sanitari regionali o provinciali, ma è con l'ausilio dei referenti locali che viene definito l'insieme della documentazione da prendere in esame, tenendo in considerazione Delibere, Circolari, Note, finanziamenti locali ed altra documentazione ritenuta pertinente e rilevante dal referente regionale.

Il lavoro capillare di scambio porterà quindi ad una più esaustiva raccolta del corpus normativo, ma anche alla sensibilizzazione dei vari interlocutori, coinvolti in varia misura nel campo della salute degli immigrati. Inoltre, come avvenuto anche in passato, la modalità di interazione con i referenti, valutata ad esempio in base ai tempi di reazione alle richieste di materiale, è utilizzato come "indicatore di interesse" delle diverse regioni rispetto ai temi dell'immigrazione.

Una volta raccolto tutto il materiale inerente le politiche sanitarie locali sull'assistenza agli immigrati, si procederà con la loro analisi comparativa utilizzando delle griglie costruite ad hoc sulla base dell'articolazione di concetti ed aspetti chiave caratterizzanti le politiche socio-sanitarie locali.

L'elaborazione di griglie di analisi è una parte essenziale del processo di indagine perché permette di capire la proiezione o la arretratezza delle singole regioni nell'affrontare tali argomenti rispetto agli input nazionali e delle regioni circostanti. Verranno così realizzati strumenti sintetici di agevole consultazione per la realizzazione di una rete interregionale di coordinamento fra politica, amministrazione e volontariato, che permetteranno di evidenziare le analogie e le differenze territoriali.

Un primo obiettivo della ricerca, infatti, è descrivere e sintetizzare i contenuti salienti delle diverse politiche, in modo da rendere fruibile tale informazione alle stesse Direzioni sanitarie regionali e provinciali, ed a tutti coloro che operano nell'ambito della tutela della salute degli immigrati. Questo processo analitico si concluderà con una classificazione delle politiche delle Regioni e Province autonome, sulla base di alcuni criteri selezionati a partire delle griglie di analisi utilizzate, tenendo conto dei principi di mutua esclusività ed esaustività.

Un ulteriore obiettivo della ricerca, di carattere più analitico, è di operare un confronto tra le politiche sanitarie locali ed indici di integrazione selezionati. A partire dalla letteratura specifica, tra cui i Rapporti CNEL sull'integrazione, saranno identificati gli indici di integrazione sociale più consolidati, che, benché non possano restituire la complessità di un fenomeno fortemente influenzato anche da dimensioni soggettive, riescano a sintetizzare alcuni aspetti contestuali che potrebbero favorire l'integrazione stessa. Il loro confronto con le politiche ed il controllo dell'eventuale relazione esistente tra di loro permetterà di riconoscere gli indirizzi normativi più adeguati a garantire il diritto alla salute degli immigrati/rom/rifugiati ed il loro attivo inserimento nel tessuto sociale.

In questa ultima fase della ricerca è prevista nuovamente un'ampia partecipazione dei referenti regionali, con i quali verranno condivise le conclusioni dell'analisi svolta e formulate le raccomandazioni per indirizzare le politiche regionali verso una sempre più estesa tutela della salute degli immigrati.

Risultati preliminari

Attualmente la ricerca è nella fase di completamento della ricognizione e raccolta della normativa regionale e delle Province autonome, in collaborazione con i referenti locali, e nella definizione delle griglie di analisi e sintesi delle politiche.

Dai dati finora reperiti, sebbene ancora in fase di sistematizzazione, si osserva che dal 2004 quattro regioni hanno emanato una nuova normativa regionale sull'immigrazione con specifiche sezioni sull'accessibilità ai servizi sanitari (Friuli-Venezia Giulia, la cui legge però è attualmente abrogata, Abruzzo, Liguria, Lazio), e la Toscana, che già con il Piano Sanitario Regionale 2005-2007 ha ampiamente affrontato il tema della salute degli immigrati, è nella fase di approvazione della nuova legge regionale. Un aspetto significativo di questi recenti atti normativi regionali è riscontrabile nel nome stesso che richiama termini quali accoglienza, integrazione sociale, esercizio dei diritti civili e sociali, a denotare un approccio delle politiche verso l'inclusione dei cittadini immigrati nel territorio locale.

Data la rilevanza della Legge regionale sull'immigrazione rispetto a tutti gli altri atti relativi alle politiche locali, viene utilizzata per l'analisi di questi testi una griglia specifica, che capitalizza la riflessione degli ultimi anni del gruppo di lavoro dell'osservatori permanente delle politiche regionali su salute e immigrazione.

La griglia prevede i seguenti punti di analisi:

o Destinatari

È rilevante mettere in evidenza i destinatari della legge, sia perché è possibile così evidenziare la grande eterogeneità esistente nell'approccio delle diverse regioni al tema dell'immigrazione, sia perché l'identificazione degli effettivi destinatari dei benefici delle leggi analizzate permette di capire chi è escluso dal sistema di tutela ed accoglienza previsto. Successivamente all'emanazione della legge quadro sull'immigrazione, confluita con Decreto Legislativo (D.lgs.) n. 286/1998 nel Testo Unico (TU), la fascia dei destinatari si è notevolmente ampliata, contemplando i cittadini di Stati non appartenenti all'Unione Europea e gli apolidi, senza distinguere più tra lavoratore extracomunitario, cittadino extracomunitario, residenti, dimoranti, familiari, minori ed altre categorie.

o Collaborazioni con enti, associazioni, università

La partecipazione attiva alla gestione del problema della salute dei migranti da parte di strutture del privato sociale permette di identificare i bisogni ai quali le strutture pubbliche non sempre sono in grado di offrire una risposta, in un'ottica di integrazione che possa favorire una migliore comprensione del fenomeno migratorio, anche grazie alla collaborazione con le Università e gli Istituti di Ricerca, nonché un'ottimizzazione nell'articolazione della risposta ai bisogni di salute, con il contributo delle strutture di volontariato nella realizzazione di progetti concreti intesi a favorire la promozione della salute degli immigrati.

o Tutela della salute

Questo punto è il fulcro della ricerca e integra gli aspetti rilevanti presenti in articoli diversi della legge, dalle finalità dell'assistenza fino alla descrizione delle modalità d'accesso ai servizi sanitari. Si tratta di una voce molto ampia, che potrebbe teoricamente essere declinata al suo interno, ma da una parte questa divisione rispecchia l'approccio al concetto di salute inteso in senso globale, come suggerito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), e dall'altra l'eterogeneità del contenuto delle leggi locali in relazione alla tutela della salute non giustifica una ripartizione più dettagliata che porterebbe ad avere varie sottovoci vuote in molti casi.

o Osservatorio

La voce relativa all'osservatorio è stata introdotta nella griglia di analisi perché le nuove leggi regionali hanno la caratteristica comune di prevedere un sistema di osservazione, monitoraggio, analisi e previsione del fenomeno migratorio nonché dell'impatto delle politiche sull'immigrazione. Si tratta talvolta di servizi istituiti dalla legge stessa o semplicemente funzioni attribuite ai già esistenti osservatori delle politiche sociali, ma è rilevante il focus di attenzione rivolto alla raccolta ed elaborazione di dati e informazioni al fine di valutare l'efficacia degli interventi attuati in materia di immigrazione, identificare situazioni di discriminazione, analizzare l'evoluzione del fenomeno migratorio sul territorio regionale, nell'ottica di fornire supporto alla programmazione delle politiche e degli interventi. La conoscenza ed il monitoraggio del fenomeno, della domanda di salute e delle risposte più o meno organizzate sul piano qualitativo e quantitativo, è un punto irrinunciabile di ogni ambito progettuale specifico.

Non è stata invece inclusa nella griglia di analisi delle Leggi regionali sull'immigrazione quella relativa all'istituzione della Consulta, in quanto negli anni si è osservato che, nonostante abbia rappresentato potenzialmente uno strumento di partecipazione degli stranieri ai processi decisionali locali, di fatto la loro presenza non abbia realmente inciso nella caratterizzazione delle politiche nell'ottica dell'inclusione.

E' inoltre in fase di elaborazione una seconda griglia che permetta di mettere in evidenza gli aspetti più particolari della declinazione locale delle politiche sanitarie e non riconducibili ad un solo atto normativo, ma piuttosto ad un insieme di documenti di indirizzo, di varia tipologia. Al momento le voci identificate derivano dall'analisi dei testi relativi ai Piani sanitari regionali o provinciali ed ai Piani triennali per l'immigrazione, in particolare alle sezioni dei primi contenenti riferimenti alla popolazione immigrata o straniera, ed alle sezioni dei secondi contenenti riferimenti a salute e sanità, ma verranno integrate con l'analisi di ulteriori documenti normativi e di indirizzo.

Di seguito la lista delle voci proposte per la griglia:

o Priorità identificate per l'intervento socio-sanitario:

- Infortuni
- Malattie infettive/vaccinazioni
- Materno infantile
- IVG

- Tratta e prostituzione straniera
- Detenzione
- o *Formazione degli operatori/personale:*
 - Contenuti: scenari socio-sanitari, immigrazione in Italia e locale, profilo sanitario, aree critiche per la salute e normative specifiche
 - Competenze da sviluppare: gestione della relazione transculturale
- o *Monitoraggio della domanda di salute:* monitorare la domanda, in base all'offerta, di servizi e di prestazioni sanitarie utilizzando i flussi ordinari, rendendo possibile riconoscere il cittadino straniero, ed anche eventuali ricerche ad hoc
- o *Riorientare i servizi (aspetti organizzativi procedurali):* riorganizzare i servizi sanitari ponendo attenzione verso l'utenza straniera, e dove necessario promuovere un'offerta attiva per quei gruppi di popolazione che non utilizzano adeguatamente le strutture sanitarie;
- o *Attenzione ai determinanti di salute:* approccio orientato alla promozione alla salute ed alla prevenzione
- o *Informazione/comunicazione:* potenziare gli strumenti di informazione/comunicazione volti all'orientamento delle persone migranti
 - Materiale multilingue e guide per gli utenti
 - Spazi dedicati all'orientamento
- o *Mediazione linguistico-culturale*
- o *Partecipazione di associazioni d'italiani e d'immigrati o del terzo settore*
- o *Lavoro in rete con medici di medicina generale e pediatri di libera scelta*
- o *Stranieri temporaneamente presenti (STP):* rilascio dei tesserini STP e attivazioni di ambulatori per la medicina di I livello, ambito di intervento specifico che la normativa nazionale rimanda alle Regioni e di conseguenza alle Aziende sanitarie.

Le griglie precedenti permetteranno di sintetizzare le politiche rivolte in particolare a cittadini extracomunitari, ma si procederà ad un'analisi specifica anche per gli atti normativi concernenti la tutela della salute della popolazione rom e dei rifugiati, che rappresentano da sempre due target specifici rilevanti, nonché dei comunitari, che costituiscono un gruppo di interesse centrale nell'analisi delle politiche regionali da quando nel 2007 la Romania è entrata in Europa, e quindi la questione dell'assistenza ai comunitari è diventata critica e presenta differenze regionali preoccupanti per la garanzia del diritto alla salute.

Dopo aver analizzato il materiale normativo che si finirà di raccogliere, si provvederà a completare delle schede regionali da condividere con ciascun referente regionale per verificare la validità e l'accuratezza dell'interpretazione fornita della normativa, con la possibilità così di apportare correzioni ed integrazioni, e da cui si partirà per il livello successivo, più analitico, della ricerca.

Conclusioni

L'analisi delle politiche regionali sulla salute e l'immigrazione, all'interno del più ampio progetto "Migrazione e Salute", può costituire un'occasione importante per condividere i percorsi normativi delle regioni e delle province autonome. E' vero che l'esperienza accumulata con il lavoro di monitoraggio in questi anni ha evidenziato che, nonostante la presenza di una programmazione sensibile ai temi della salute degli immigrati, la realtà dell'offerta dei servizi possa esserne concretamente molto distante, tuttavia è anche emerso quanto sia più difficile che si realizzi il contrario, cioè che sussistano pratiche eque ed efficaci di tutela della salute della popolazione straniera, a fronte di un vuoto delle politiche. La condivisione, quindi, delle esperienze migliori di normativa locale in un contesto di scambio interregionale può promuovere la diffusione della loro applicazione, in modo da rendere fattivi l'accesso

e la fruibilità ai servizi sanitari, attraverso la modulazione a livello locale di un'offerta più appropriata ai bisogni della popolazione immigrata, rom e dei rifugiati.

Un simile scambio diventa ancor più importante in questo momento nel quale è forte il pericolo di arretrare a livello di normativa nazionale a causa della proposta di modificare il Testo unico sull'immigrazione rispetto al divieto di segnalazione dell'immigrato irregolare che riceve cure mediche (art. 35), lasciando alla discrezionalità individuale ciò che dovrebbe essere chiaramente tutelato dalla legislazione, cioè il diritto alla cura ed alla salute. Ancor più adesso, quindi, le politiche regionali hanno la responsabilità di confrontarsi e promuovere le linee di indirizzo più efficaci per garantire tale diritto, contrastando il rischio di clandestinità sanitaria e di peggioramento delle condizioni di salute dell'intera popolazione.

Stanza 18.....pianeta migranti della terra*D. D'Angelo, G. Carlin, C. Mellina, V. Modolo, A. Patriarca, D. Proietti Lupi*

Associazione "Cittadini del Mondo" – Roma

L'Associazione "Cittadini del Mondo" nasce nel settembre del 2002 ed opera in X Municipio di Roma nel settore immigrazione, creando un piccolo ambulatorio all'interno del palazzo occupato sito in via Masurio Sabino, a Cinecittà, dove prestano servizio medici volontari e viene offerta assistenza socio – legale nell'ambito della legge Bossi - Fini e della Sanatoria (oltre all'organizzazione di corsi di italiano e di computer). Nel 2004 la nostra associazione è venuta a conoscenza dell'esistenza del GRIS, la struttura aggregativa romana che a larghe maglie accoglieva, annettendo e crescendo con, tutte le strutture di privato sociale e pubbliche che lavoravano con i migranti laziali. Nel 2005 l'Associazione, dopo essersi iscritta al registro regionale delle associazioni di volontariato, sigla un protocollo di intesa con la ASL RM/B ed il X Municipio per un anno (rinnovata successivamente nel 2007 per altri tre anni) impegnandosi alla creazione di un ambulatorio STP all'interno di via Cartagine 85, il quale andava ad integrare il servizio già "scarnamente" presente della ASL. All'interno dell'ambulatorio i volontari dell'associazione sono stati autorizzati ad emettere codici STP ed i medici oltre a visitare i pazienti possono prescrivere su ricettario rosso grazie alla presenza della Dott.ssa Donatella D'angelo. Al primo accesso del cittadino immigrato vengono raccolti i dati anagrafici e successivamente i dati medici ed inseriti in un apposito programma gestionale l'Osi, una sperimentazione di un sistema informativo sanitario sull'assistenza di primo livello agli immigrati, realizzato dal ASP dal Novembre 2004 (usato dal novembre del 2005 al gennaio del 2008) e il Profim, creando di fatto una cartella personale. Di seguito elenchiamo le analisi dell'attività dello sportello registrate dal programma OSI nel triennio: sono stati seguiti presso l'ambulatorio 943 pazienti stranieri (quasi tutti STP), per un totale di 2.010 visite. Il 61% dei pazienti proveniva dall'Europa dell'Est, in particolare dalla Romania (39%) e dalla Moldavia (6%), il 21% dal continente asiatico (soprattutto dal Bangladesh, 12%), il 9% dall'America latina e il 9% dall'Africa.

Le donne hanno rappresentato il 63% dell'intera casistica, mentre per quanto riguarda l'età si è osservata una marcata presenza di giovani adulti (Tabella 1), con il 77% dei pazienti tra 18 e 49 anni.

Tabella 1 - Distribuzione percentuale dei pazienti per sesso e classe d'età (in anni) alla prima visita

Classe d'età	Sesso		Totale
	maschi (n=346)	femmine (n=597)	
0-17	10,8	7,1	8,4
18-34	60,0	46,6	51,2
35-49	17,1	30,9	26,1
50-64	11,7	13,4	12,8
65+	0,4	2,1	1,5
Totale	100,0	100,0	100,0

Tra i maggiorenni, il 22% ha studiato per più di 13 anni, senza significative differenze tra i sessi. Circa il 40% dei pazienti sopra i 18 anni di età ha dichiarato di essere disoccupato. Tra

i lavoratori, le principali attività svolte hanno riguardato principalmente i lavori domestici (38%) e l'assistenza anziani (36%) tra le donne; l'attività ambulante (22%), l'attività edilizia (16%) e l'impiego nella ristorazione (10%) tra gli uomini. La maggior parte degli assistiti ha riferito di abitare con la propria famiglia (39%) o insieme ad altri connazionali (29%). La metà circa dimostrava di avere una buona conoscenza della lingua italiana. La Tabella 2 riporta la distribuzione di frequenza delle diagnosi, calcolata separatamente per maschi e femmine, al netto delle visite di controllo.

Tabella 2 - Distribuzione degli accessi (al netto delle visite di controllo) per sesso e raggruppamento di diagnosi

Raggruppamento di diagnosi	maschi		femmine	
	n	%	n	%
Malattie infettive e parassitarie	39	8.7	34	4.0
Tumori	2	0.4	15	1.8
Malattie endocrine, nutrizione, metaboliche e immunità	18	4.0	45	5.3
Malattie sangue e organi ematopoietici	1	0.2	10	1.2
Disturbi psichici	6	1.3	14	1.6
Malattie sistema nervoso e organi di senso	25	5.6	40	4.7
Malattie sistema circolatorio	14	3.1	37	4.3
Malattie apparato respiratorio	46	10.3	41	4.8
Malattie apparato digerente	71	15.9	92	10.8
Malattie sistema genito-urinario	18	4.0	101	11.9
Patologie delle gravidanze	-	-	11	1.3
Malattie cute e tessuto sottocutaneo	14	3.1	23	2.7
Malattie sistema osteomuscolare e tessuto connettivo	51	11.4	69	8.1
Malformazioni congenite e condizioni morbose perinatali	0	0.0	10	1.2
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	85	19.0	128	15.0
Traumatismi e avvelenamenti	27	6.0	15	1.8
Fattori che influenzano lo stato di salute	30	6.7	167	19.6
Totale	447	100,0	852	100,0

Tra gli uomini, la maggior parte degli accessi ha riguardato “sintomi e stati morbosi mal definiti” (19%, soprattutto cefalea, tosse e dolore addominale), patologie dell'apparato digerente (16%, in particolare problemi dentari) e dell'apparato respiratorio (10%, in prevalenza sindromi influenzali e allergiche).

Tra le donne, il 20% degli accessi è avvenuto per “fattori che influenzano lo stato di salute” (in larga misura riconducibili ai normali controlli durante la gravidanza o a problemi oculari); seguono gli “stati morbosi mal definiti” (15%, soprattutto cefalea, tosse, malessere generale), le malattie dell'apparato genito-urinario (12%, disordini mestruali e mastopatie) e dell'apparato digerente (11%, soprattutto problemi dentari e gastriti).

La Tabella 3 riporta la distribuzione degli esiti dei diversi accessi, la maggior parte dei quali ha riguardato, oltre alle visite di controllo (69%), la richiesta di visite specialistiche (38%), esami di laboratorio (27%) o indagini strumentali (26%), e la prescrizione di terapia farmacologica (27%).

Tabella 3 - Distribuzione degli esiti della visita (più di una risposta possibile)

Esiti della visita	n	%
Richiesta esami di laboratorio	538	26,8
Richiesta indagini strumentali	521	25,9
Richiesta di visita specialistica	774	38,5
Proposta di ricovero	10	0,5
Invio al pronto soccorso	3	0,2
Si prevede una visita di controllo	1.397	69,5
Invio a strutture sanitarie territoriali	16	0,8
Terapia/prescrizione farmacologica	533	26,5
Rilascio certificazione	21	1,0
Totale	2.010	

L'operatore, nei casi necessari (difficoltà linguistiche), accompagna l'utente agli sportelli di prenotazione all'interno dell'ASL stessa e in situazioni particolari viene fatto il segretariato sociale. L'ambulatorio è anche un punto di ascolto per le varie problematiche che può presentare il paziente, dal supporto informativo nei Decreti Flussi al sostegno legale nei casi di vertenze lavorative (il cittadino immigrato causa della sua situazione precaria è spesso ricattabile dal datore di lavoro) indirizzando e accompagnando l'utente all'ufficio vertenze del sindacato di base RDB, presso la sede presente in X Municipio, e alle situazioni delicate di rinnovo di permesso di soggiorno mediante consulenza di un avvocato. L'attività principale è comunque, quella medica, infatti nell'arco di questi tre anni sono state fatte migliaia di visite, come riportato sopra, rilevando ogni anno una diversa tipologia di utenza (nei primi anni la comunità prevalente era di nazionalità Romena, soprattutto donne, nell'ultimo anno sono aumentati uomini e donne provenienti dal continente asiatico, soprattutto del BANGLADESH). L'entrata nella comunità europea della Bulgaria e della Romania il primo gennaio 2006, ha creato, a causa di una gestione non lineare delle autorità competenti, nonostante le varie sollecitazioni da parte delle associazioni di settore e del GRIS fatte a tempo debito mesi prima, un vuoto assistenziale sanato con dubbie proroghe e discutibili momentanee decisioni. Abbiamo avuto momenti di panico assoluto in cui ognuno prendeva decisioni anarchicamente arbitrarie arrivando ad eccessi, tipo la richiesta dell'ufficio anagrafe del X Municipio il quale pretendeva per l'iscrizione anagrafica dei neo comunitari la tessera sanitaria, la quale si rilascia normalmente soltanto dopo essersi registrato negli uffici competenti del Municipio, quindi gli amministrativi non la rilasciavano, per questo improvvisamente gli operatori dell'associazione si sono trovati invasi, da neo comunitari (con regolare contratto di lavoro) ai quali era stata richiesto il tesserino STP (in sostituzione alla tessera sanitaria) mettendoci in una situazione in cui accontentarli sarebbe stato andare contro legge, con un senso di frustrazione, impotenza e rabbia "esplosibile".

Anche oggi, riscontriamo difficoltà nell'interazione con i cittadini neo-comunitari per quel che riguarda l'erogazione dei codici ENI (non l'assistenza che comunque garantiamo), perché non siamo stati autorizzati ad emetterlo. I dirigenti ASL ci dicono che lo possono fare solo dei dipendenti e noi siamo un privato sociale, ma contemporaneamente loro non hanno personale atto a questo compito indi per cui il servizio non viene erogato creando di fatto un grave disservizio.

L'accoglienza all'interno delle strutture sanitarie del X municipio spesso non è irreprensibile, soprattutto in per quel che riguarda i bambini STP, l'educazione alla contraccezione e le donne in gravidanza situazioni alle quali manca assistenza e sostegno da parte del Consultorio

di zona. Rilevata questa criticità abbiamo richiesto e ottenuto incontri con i responsabili del istituto e del Dipartimento senza comunque ottenere significativi risultati. Non si vuole capire che i bimbi non avendo un pediatra che li segue non sono monitorizzati nella crescita e se tutte le cose vanno bene può non essere un grave problema, ma se il bambino ha qualche particolare esigenza spesso iniziano veri e propri drammi familiari; o anche, ad esempio, i bimbi STP non possono avere banali cose quali certificati di attività agonistica o rientro scolastico e visto che in realtà vivono qui come “clandestini ufficiali” ne hanno bisogno per una vita scolastica normale. L'unico contatto che hanno con i medici è con noi o con un pediatra privato o con il pronto soccorso (spesso il preferito per motivi economici) con ricadute negative che gli operatori del settore ben conoscono.

Se le donne invece sono in gravidanza, ad onor del vero anche per le italiane abbiamo lo stesso problema, devono per essere monitorizzate decentemente con tempi consoni, andare da un ginecologo e fare le ecografie privatamente, l'unica cosa che riusciamo a fargli fare pubblicamente sono le analisi di laboratorio. Nei consultori per le migranti c'è anche il problema della lingua non esistendo nessuna progettazione di mediazione culturale.

Se le donne vogliono abortire invece, spesso dobbiamo inviarle al coordinamento 194 dell'ospedale S. Camillo che dovrebbe essere utilizzato solo per le emergenze, in quanto gli obiettori di coscienza abbondano nei nostri consultori e le donne nel caos fuoriescono dai tempi prestabiliti dalla legge.

Normalmente nessuno spiega loro che se non si usano particolari precauzioni si abortirà di nuovo e di nuovo, per cui arriviamo a numeri di frequenze di IVG spaventose rispetto alle italiane, quindi sarebbero di grande utilità campagne informative sull'importanza della contraccezione in lingua.

All'interno dello sportello STP è stata realizzata una mostra di quadri dipinti da immigrati, questo nell'idea che le persone con cui interagiamo non sono soltanto dei pazienti, dei numeri, e grazie al progetto ideato e realizzato soprattutto da una operatrice Daniela Proietti Lupi che aveva notato quanti “artisti” erano venuti ai nostri sportelli e quanti di loro non avevano mai esposto nulla, semplicemente parlando della sua idea con i migranti. Secondo i nostri modesti canoni questa mostra chiamata “Latitudini cromatiche, visitiamo una mostra.” è stato un successo in quanto ha rallegrato una triste asl e l'attesa alla visita dei nostri utenti e, particolare non trascurabile, ha rinvigorito i nostri artisti che hanno visto forse per la prima volta il loro lavoro apprezzato in Italia. Attualmente è in preparazione una mostra fotografica di un nostro collaboratore (l'autore di un servizio fotografico sulle condizioni di vita dei rifugiati politici nel palazzo occupato, Selem, nell'estrema periferia sud di Roma) composta da vari scatti fatti nei suoi viaggi (India, Nord Africa ecc.) Durante l'orario di distribuiamo un questionario semi strutturato, elaborato dagli stessi operatori, agli utenti del servizio medico ambulatoriale, con l'obiettivo di condurre una indagine atta ad individuare le criticità emerse nel corso dei tre anni di attività di sportello con lo scopo di valutare l'efficacia del servizio erogato cercando eventualmente di migliorarlo rimuovendo i problemi di ordine comunicativo, relazionale sportello (sono tre giorni alla settimana, martedì, mercoledì e venerdì dalle 15:30 alle 17:30) e culturali (la ricerca si è svolta fra novembre 2006 e maggio 2008). Altro obiettivo non di secondo piano, è quello di approfondire la conoscenza sulla particolare tipologia di utenza con cui interagiamo: come accedono al nostro servizio, le loro esperienze di vita nel complicato percorso integrativo, il loro modo di vivere in una realtà diversa, le difficoltà riscontrate nel cercare un lavoro, lo sfruttamento da parte di datori di lavoro che approfittano della loro condizione di irregolari o clandestini, i quali occupano diverse categorie: collaboratori domestici, assistenti alla persone ecc. un esercito di lavoratori attivi nel mondo dell'economia sommersa capitolina. Il questionario era originariamente composto da 45 domande, poi è stato ampliato a 55 per il sopraggiungere di altre problematiche che notavamo sempre più

numerose tipo quelli inerenti all'assistenza pediatrica, alla gravidanza e alle ivg evidenziando in modo esponenziale le carenze strutturali dei consultori. Nel 2006 per un anno e mezzo abbiamo fatto un altro studio con una raccolta di circa 250 questionari, i cui risultati sono in corso di pubblicazione. La fotografia che emerge dai dati socio-demografici rilevati nel biennio 2006-2008 mostra una netta presenza di donne tra i pazienti dell'ambulatorio (70%). Nel complesso gli utenti sono prevalentemente giovani: il 57% ha tra i 20-39 anni, il 17% tra i 40-49 anni, mentre solo il 9,6% ha tra i 50-59 anni. Il 56% ha dichiarato di avere un'occupazione irregolare, il 44,2% di vivere con la propria famiglia e il 62% di avere figli minori che però vivono per lo più lontani dai genitori (il 60% circa). Il 70% abita in un appartamento che molto spesso condivide con altre persone; gli altri o non hanno una dimora fissa o vivono in accampamenti di fortuna. Il grado di istruzione dei pazienti è medio basso, ma il 5,8% ha riferito di avere una laurea.

Riguardo alle provenienze continentali, il 71,2% del campione proviene dall'Europa dell'Est, l'11,9% dall'Asia, il 7,3% dall'Africa, il 6,9% dall'America Centro Meridionale e lo 0,4% dall'America Settentrionale.

Le donne sono quasi tutte dell'Est Europa (84%), il resto proviene dall'America Centro Meridionale (7%) e dall'Africa (5%); solo il 3% dall'Asia e lo 0,5% dall'America Settentrionale.

Gli uomini per il 46% giungono dall'Europa dell'Est e sono quasi tutti romeni (79%). Gli asiatici sono il 32% e provengono prevalentemente dal subcontinente indiano (46% Bangladesh, 37% India). L'Africa incide per il 12%, (Algeria, Kenya, Egitto, Eritrea, Marocco, Nigeria e Somalia). Il restante 10% proviene dall'America Centro Meridionale, si tratta prevalentemente di peruviani (43%).

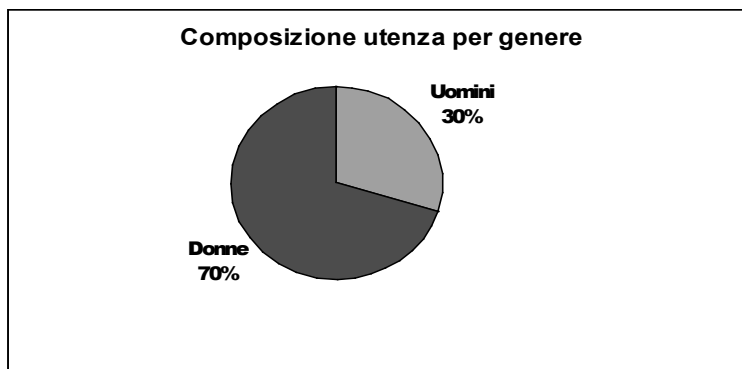
Nel complesso sono presenti 32 nazioni, tra cui le più rappresentate sono: Romania, Ucraina, Bangladesh, India, Moldavia.

La graduatoria rispecchia grossomodo quanto riscontrato nei principali ambulatori per immigrati del territorio romano. Manca completamente la componente cinese. Circostanza degna di attenzione visto che nella zona in cui opera l'ambulatorio i cinesi sono la terza comunità asiatica per numero di residenti.

La Ricerca socio-antropologica sull'ambulatorio STP di via Cartagine 85 (i cui dati sono in corso di pubblicazione e le cui anticipazioni verranno pubblicate da IDOS, Osservatorio romano sulle migrazioni. V rapporto 2009). L'indagine, condotta da Chiara Mellina e Morgana Guerra, è stata commissionata dall'Associazione Cittadini del Mondo.

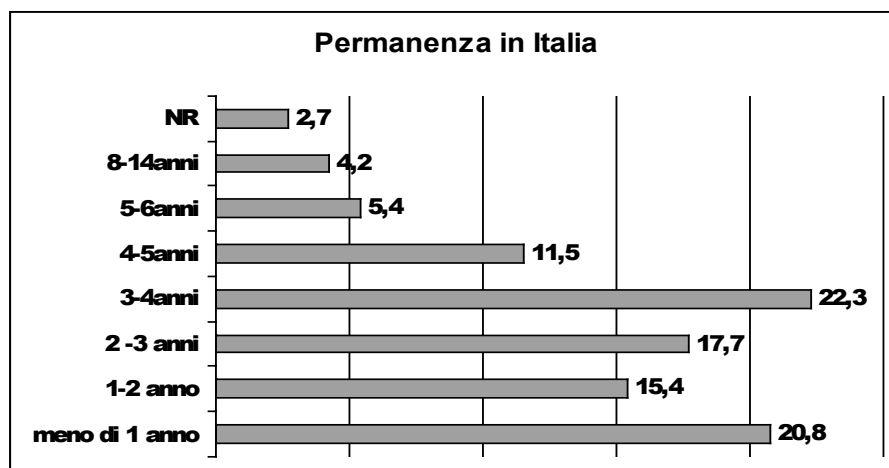
Dati socio-demografici. Rilevamento 2006-2008 presso l'ambulatorio STP Asl Rm B - Via Cartagine

Pazienti ambulatorio 2006-2008 (v.p.)



Fonte: Questionari ambulatorio STP-ENI Asl RmB Via Cartagine

Pazienti ambulatorio 2006-2008 (v.p.)

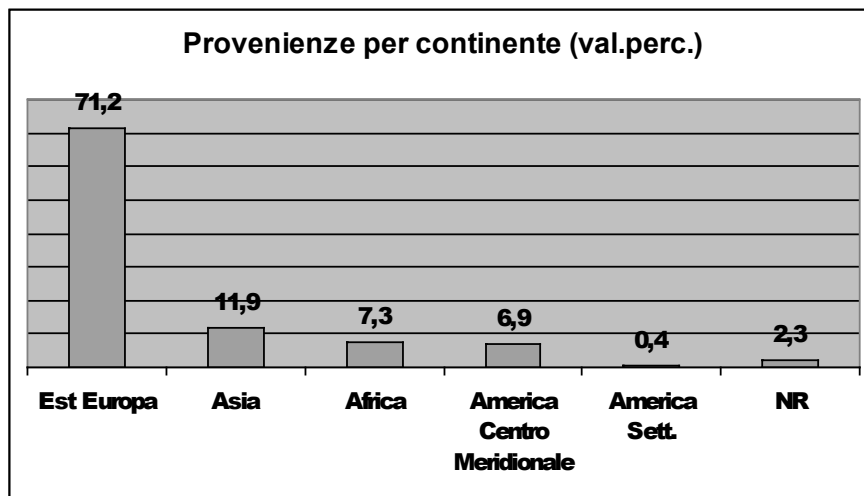


Fonte: Questionari ambulatorio STP-ENI Asl RmB Via Cartagine

Pazienti ambulatorio. Provenienze per nazionalità (2006-2008)

Nazionalità	%	Nazionalità	%	Nazionalità	%
Romania	52,7	Algeria	0,8	Ecuador	0,4
Ucraina	9,6	Bulgaria	0,8	Egitto	0,4
Bangladesh	4,2	Eritrea	0,8	Etiopia	0,4
India	3,8	Filippine	0,8	Iran	0,4
Moldavia	3,8	Georgia	0,8	Palestina	0,4
Albania	2,3	Honduras	0,8	Somalia	0,4
Nigeria	1,9	Pakistan	0,8	Sri Lanka	0,4
Perù	1,9	Polonia	0,8	Usa	0,4
Kenya	1,5	Bolivia	0,4	Venezuela	0,4
Marocco	1,2	Colombia	0,4		
Russia	1,2	Corea Del Sud	0,4	N.R.	2,3

Fonte: Questionari ambulatorio STP-ENI Asl RmB Via Cartagine



Pazienti ambulatorio 2006-2008 (v.p.)

Fonte: Questionari ambulatorio STP-ENI Asl RmB Via Cartagine

L'Associazione ha preparato due distinti progetti che si realizzeranno speriamo a breve. Il primo è un corso di cucina italiana per badanti, questo mestiere viene svolto quasi sempre da donne straniere che hanno tradizioni culinarie molto differenti dalle nostre. Nella capitale sono quasi 50.000 gli anziani non autosufficienti o parzialmente autosufficienti molti di loro contano sul sostegno di assistenti familiari (badanti), come detto quasi sempre stranieri. Questo fenomeno è la principale conseguenza dell'incrocio di due delle trasformazioni sociali più incisive della società contemporanea, cioè l'invecchiamento della popolazione ed il fenomeno migratorio. Tra le mansioni di un assistente familiare c'è anche quella di cucinare, una corretta alimentazione da un lato è presupposto di salute, da l'altro può essere causa diretta e sufficiente di malattia. Le cause sociali e ambientali che possono determinarla vanno ricercate soprattutto nelle frequenti ristrettezze economiche, in particolari condizioni quali isolamento, solitudine e nella mancanza di aiuto domestico che determina sovente una difficoltà nella preparazione dei pasti. L'alimentazione dell'anziano, infatti, deve essere considerata come un atto globale che va dalla preparazione all'acquisto, della scelta del cibo e alla trasformazione di questo in un pasto adeguato. Quindi i nostri anziani con il loro budget giornaliero limitato sono abituati a mangiare cibi poveri, semplici, italiani e cotti all'italiana. Essendo normalmente stranieri, gli assistenti familiari tendono a cucinare i propri cibi con metodi tipici del loro paese di provenienza. L'anziano si ritrova all'improvviso o a mangiare cavoli o verza magari fatti benissimo ma molto lontani dai loro gusti, o tentativi di cucina italiana molto discutibili in quanto improvvisati da inesperte massaie della nostra cucina. Abbiamo considerato perciò quanto è importante per la salute dell'anziano "mangiare", e quindi la necessità di preparare le straniere a cui affidiamo i nostri genitori parenti amici a che apprendano le basi della dieta mediterranea. Potranno magari integrare con i propri piatti creando interessanti commistioni, ma in un successivo momento. Quindi l'obiettivo primario è favorire l'acquisizione di competenza in tema cucina italiana, organizzando una serie di appuntamenti formativi, periodici, finalizzati alla crescita professionali delle assistenti familiari operanti nel territorio del X Municipio. Il progetto, con il supporto tecnico del CESV e di un cuoco, è stato presentato alla Regione Lazio che ci risponderà forse nel settembre

2009, la nostra idea è comunque quella di realizzarlo anche se non venisse accettato, usando i finanziamenti ricevuti dalla ASL per il servizio STP (alquanto miseri però). Il secondo è quello di realizzare nel X municipio una biblioteca multi etnica, dato che da un'indagine condotta nell'area, nonostante che la presenza significativa di molte comunità straniere (Romene, Bengalesi, Africane ecc.) sia ormai un dato acquisito e consolidato, non risulta che esistano dei servizi preposti a favorire l'esplorazione e la divulgazione dei patrimoni culturali di cui sono portatrici queste popolazioni, con il supporto tecnico del CESV e di un cuoco, è stato presentato alla Regione Lazio popolazioni, in particolare si rileva l'assenza di una biblioteca che sia in grado di proporre testi in lingua originale che possano evitare ai migranti un distacco dal loro idioma. Autorevoli studi ritengono decisivo l'uso del proprio idioma ai fini dello sviluppo intellettuale e affettivo della persona soprattutto per le fasce di immigrazione più deboli, quali ad esempio coloro che hanno lo status di rifugiato politico e gli aventi diritto alla protezione sussidiaria, i quali difficilmente faranno ritorno ai paesi di origine.

L'idea è quella di realizzare una biblioteca per cittadini immigrati per arricchire l'incontro tra diverse culture, attivare un servizio gratuito di reperimento, lettura e prestito di libri di autori stranieri in lingua originale e, recanti possibilmente, la relativa traduzione in Italiano, la cui lettura potrebbe essere utile anche ai fini di un piacevole apprendimento della nostra lingua. La biblioteca dovrebbe rivolgersi a lettori di età compresa dai tre anni in su e dovrebbe considerare anche quegli idiomi che, ritenuti minori o comunque troppo distanti dalle nostre strutture sintattiche (Somalo, Tigrino, Amarico, Cinese) non trovano nella nostra città un adeguato canale espressivo.

Unitamente ai libri, tale attività potrebbe permettere il prestito di materiale audio visivo (film, documentari, strumenti didattici) e promuovere mediante proiezioni collettive di film e documentari in lingua, incontri trans culturali coinvolgendo anche gli studenti delle scuole del quartiere e tutti quei cittadini italiani interessati ad "allargare i propri orizzonti". Ci siamo rivolti inutilmente al Municipio, poi ad una cooperativa, Boogan, che gestisce una ludoteca per bambini al quartiere Quadraro ed è molto impegnata nell'integrazione sociale dei più fragili, che avrebbe messo a nostra disposizione una stanza purtroppo troppo piccola e con la necessità di essere ristrutturata, attualmente la nostra ricerca sembra essere terminata dato che siamo in trattativa con una Scuola della zona. Per reperire i testi necessari abbiamo contattato tramite posta, con l'invio di una lettera di presentazione dell'Associazione, tutte le Ambasciate presenti a Roma e alcune di esse, per la verità non molte, hanno risposto donandoci dei libri, ma la maggioranza di quest'ultimi dovremmo acquistarli presso fornitori specializzati con i nostri finanziamenti.

Ci piace poter fare una biblioteca per stranieri dentro una scuola italiana e che soprattutto questa sia già frequentata da giovanissimi, pensando che seminare conoscenza e intercultura ai ragazzi può solo dare buoni frutti. La creazione di una biblioteca multi etnica quindi ha un duplice obiettivo: creare una biblioteca con testi in madrelingua per favorire la continuità della loro cultura e della lingua d'origine, e l'inclusione delle comunità straniere alla vita socio culturale del X municipio, favorendo l'incontro e la comunicazione tra immigrati e cittadini Italiani attingendo ai diversi patrimoni linguistici.

Riteniamo importante l'intervento socio-sanitario che facciamo, ma riteniamo altrettanto importante l'incontro tra culture, soprattutto in questo periodo medioevale e poco luminoso, per poter scoprire che siamo sempre più simili di quanto pensiamo.

Salam: la “fu” universita’*D. D’Angelo, A. Marchi, M. Mazza, A. Patriarca, D. Proietti*

Associazione di volontariato “Cittadini del mondo” - Roma

Nel 2006 un numeroso gruppo di rifugiati politici e persone con permesso di soggiorno per protezione sussidiaria provenienti dal Corno D’Africa (Somali, Eritrei, Etiopi e Sudanesi) occupano uno stabile abbandonato nell’estrema periferia a sud di Roma, zona Romanina, ex dipartimento di Scienze Umanistiche dell’Università di Tor Vergata sita in via A. Cavaglieri, 8.

Action li ha aiutati nella logistica e li ha coadiuvati nei rapporti con le istituzioni, per cui in un primo momento l’occupazione risulta decisamente atipica in quanto il X Municipio e il Gabinetto del Sindaco la regolarizzano, pagando l’affitto alla proprietà (Enasarco) e la fornitura di energia elettrica; contemporaneamente l’Agenzia dei Diritti si occupa delle pratiche inerenti alla residenza e marginalmente dei bisogni sanitari. La nostra Associazione si occupava dal 2002 di migranti irregolari sia per i loro bisogni sociali ma soprattutto sanitari, e aveva stipulato una Convenzione con le Istituzioni nel 2005 per uno sportello STP nei locali dell’ASL storica del X Municipio, sita in via Cartagine, 85, ed è per questa sua esperienza che venne contattata per risolvere un problema sanitario presso un palazzo occupato, dai rifugiati politici, sito alla Collatina: in questo stabile vivevano dai 700 ai 900 R.A.R.U., essi improvvisamente apparvero sulla cronaca dei quotidiani, avendo organizzato dei blocchi stradali su una delle principali arterie romane, perché lo stabile si era allagato interrompendo l’erogazione di energia elettrica agli occupanti. Questa situazione li aveva portati alla ribalta della cronaca romana, facendo “scoprire” ad un’“attenta” ASL responsabile del distretto la presenza di queste persone, le quali da sempre non avevano nessun contatto o aiuto dal SSN. Il nostro intervento è stato favorire fra i migranti, i responsabili del distretto, il Municipio e i medici di base una relazione. Questo è stato il nostro primo contatto con i R.A.R.U. Nel Novembre del 2006 interveniamo nel palazzo occupato di via A. Cavaglieri, denominato SELEM e coordinandoci con il capo Distretto, con la medicina dei servizi e con la direzione sanitaria, iniziamo a raccogliere le iscrizioni sanitarie, fotocopiando i permessi di soggiorno o i cedolini di rinnovo e il codice fiscale, compilando un apposito modulo con le generalità, distribuendo progressivamente i tesserini e un nostro medico volontario viene scelto come medico di base per i pazienti iscrivibili al SSN. I nostri operatori aiutano dando indicazioni inerenti all’esonazione tickets, al certificato di inoccupazione presso il centro impiego, l’invio presso l’Agenzia delle Entrate per il codice fiscale. Nota dolente: sia noi sia la ASL abbiamo cercato altri medici e pediatri disponibili al rapporto con i R.A.R.U. ma abbiamo trovato scarsa, tendente all’inesistente, collaborazione. All’interno della struttura stessa, abbiamo organizzato un piccolo ambulatorio permanente che è attivo un giorno alla settimana, il Giovedì sera, dove si esegue un’assistenza di primo livello offerta dai medici volontari dell’Associazione, e negli ultimi tre anni avendo notato le precarie condizioni abitative e quindi la vulnerabilità e suscettibilità alle infezioni respiratorie e gastrointestinali, sono state fatte vaccinazioni anti- influenzale raggiungendo coperture inimmaginabili per la nostra scarsa esperienza e per la loro iniziale diffidenza data dalla non abitudine a questa metodica sanitaria. A dimostrazione della nostra inesperienza, alla prima campagna vaccinale organizzata nella “Palazza”, in mancanza di mediatori culturali utilizzando occasionali traduttori, il primo appuntamento è stato decisamente surreale, dato che non si presentò anima viva, anzi incrociammo diversi sguardi di traverso. La causa di quest’atmosfera era da ricercare nella cattiva traduzione dei cartelli affissi nell’androne, infatti su di essi era riportata in varie

lingue l'offerta di una vaccinazione anti-concezionale!!!!!!! A proposito di questo argomento le donne del palazzo sono in un grave stato di disagio per quanto riguarda il controllo delle nascite il monitoraggio di uno stato di gravidanza e la cura dei loro bambini con l'assistenza pediatrica e su questi argomenti tranne che in alcuni casi seguiti personalmente con estrema difficoltà e risolti positivamente (esempio Sada eritrea di 22 anni con 3 splendidi bimbi di 4, 2 e 6 mesi e un marito disoccupato che ha capito l'esistenza della possibilità contraccettiva e ci ha chiesto finalmente consiglio) non esiste nulla di standardizzato che le possa aiutare, da anni parliamo della possibile presenza o reperibilità di mediatori culturali nei consultori o possibilità di progetti audiovisivi atti ad informare su questioni sanitarie, vedi la contraccezione, logicamente tradotti in varie lingue, ma nulla di tutto ciò a livello di consultori si è mosso concretamente, tutto è sempre affidato all'"arte di arrangiarsi" professionista del momento. L'iniziale supporto del Gabinetto del Sindaco e del Municipio terminò bruscamente nel giugno del 2007 a causa del rifiuto degli occupanti al trasferimento in altre strutture, infatti dopo la visita del precedente ministro alle politiche sociali Paolo Ferrero, organizzata dal X Municipio, erano stati stanziati dei fondi per una nuova locazione. Il motivo del rifiuto è da ricercare nella scarsa comunicazione tra le parti, soprattutto il non aver mostrato agli occupanti, già esausti dalla situazione estremamente precaria fin là vissuta (nota bene molti di loro venivano da altre terribili occupazioni, come l'hotel Africa dove il rapporto con le istituzioni si è concluso malamente con un improvviso sgombero) le strutture d'accoglienza prestabilite. Infatti il giorno stabilito del trasferimento, all'arrivo dei pullman con la presenza del presidente del X Municipio Sandro Medici, gli occupanti organizzati dal Comitato interno (composto da rappresentanti delle varie etnie) si barricarono all'interno del palazzo, impedendo l'ingresso a chiunque incatenando i cancelli. Questa rottura dei rapporti con le istituzioni ha prodotto notevole disagio alla comunità abitativa; abbandonati a se stessi hanno visto progressivamente deteriorarsi le strutture del palazzo subendone le conseguenze. Noi ci siamo trovati in questo momento particolare e mentre cercavamo di organizzarci, di capire se era il caso o meno di continuare ad occuparci della situazione che pensavamo più grande di noi, tutti i protagonisti istituzionali si sono dileguati, anche l'H 24 (Cooperativa Sociale) messa lì dal Gabinetto del Sindaco a controllo della struttura, mal tollerata dagli abitanti non essendo riuscita a stabilire un buon rapporto con essi. Il numero degli occupanti è variabile, può oscillare da 400 a 600 unità ed oltre. Tutti i giorni arrivano nuove persone, alcune (molto poche in verità) se ne vanno definitivamente in Svezia, in Svizzera ecc, altre ancora per alcuni mesi si spostano inseguendo un lavoro stagionale o una promessa all'estero per poi tornare più stanchi e depressi di prima. Le famiglie stabili con bambini che visitiamo sono circa 10, ma molte altre arrivano e sono ospitate per periodi più o meno lunghi. Gli ospiti (!?), come li chiamano gli "storici" della Romanina sono sistemati in enormi cameroni dove le condizioni igieniche sono inesistenti, i bagni, fisicamente e percentualmente insufficienti, sono degli orinatoi che poco si differenziano da fogne aperte e che spesso mancando l'acqua emanano un fetore insopportabile; l'unica privacy per queste nuove famiglie arrivate è costituita da teli o bandoni di latta e cartone. Per gli "anziani" dello stabile, dall'ottobre del 2007 la situazione è andata via via peggiorando. Questi ultimi hanno varie stanze ricavate in modo più o meno consona dalle aule dell'università, ma in genere hanno dei bagni più decenti. Nelle camere si cucina con fornelli da campo, ci si riscalda con stufe rimediate e l'impianto elettrico è a dir poco fatiscente; i rischi sono innumerevoli soprattutto in presenza di bimbi. La luce, dopo vari cortocircuiti che hanno determinato l'incendio di alcune stanze adibite ad abitazione (eventi questi che hanno richiesto l'intervento dei vigili del fuoco) non c'è più ufficialmente da fine novembre. Girando per lo stabile si possono vedere i vari vani bruciati e le macerie non sono state portate via. Molti occupanti si sono prodigati con allacci di corrente con i fili scoperti e abbiamo visitato molte persone con le ustioni sulle mani, sulle braccia e soprattutto per più di qualcuno abbiamo

chiesto la consulenza ad oculisti per disturbi del visus a seguito alle folgorazioni. Il freddo, particolarmente intenso nei mesi di dicembre gennaio febbraio e marzo, ha provocato malattie da raffreddamento in quantità incredibile, dai semplici raffreddori si finiva sempre a quadri complicati di patologie respiratorie (da qui l'idea di utilizzare la campagna nazionale anti-influenzale rimborsata del SSN. Le broncopolmoniti erano e in parte sono, all'ordine del giorno. Molti dei bimbi più piccoli, usano l'ospedale per riscaldarsi e riposarsi, ma abbiamo riscontrato comunque un aumento superiore alla media di episodi di bronchiolite asmatiforme. Le condizioni legate alla tubercolosi non mancano, sono sei i casi monitorizzati da mesi. La compliance del paziente, la loro precarietà abitativa, la loro non conoscenza dell'italiano e delle strutture ospedaliere, li portano a non capire la necessità della continuazione della terapia e solo con lavoro costante di informazione si riesce ad evitare o arginare i contagi. La cattiva abitudine che gli abitanti dello stabile avevano, di chiamare l'autoambulanza e di ricorrere continuamente ai pronti soccorsi di vari ospedali è diminuita da quando seguiamo la situazione assicurando una continuità assistenziale. Altre patologie importanti sono quelle dermatologiche scabbia e dermatiti dovute ad agenti esterni fisici, chimici ed ambientali. Anche la semplice acne (molto comune in quanto l'età media è sui venticinque anni) in questi pazienti diventa un problema per le condizioni igieniche e per il costo delle soluzioni detergenti e curative. Si riscontrano anche altralgie diffuse dovute all'uso di giacigli improvvisati, per terra o su divani e poltrone letto di discutibile comodità, per l'alto tasso di umidità negli ambienti e assoluta assenza di diagnosi in età pediatrica ed adolescenziale di problematiche legate a vizi dovuti a patologie ortopediche. Un esempio eclatante di questo è la storia di Amira che con un osteonecrosi dell'articolazione coxo femorale ci chiedeva solo anti infiammatori al bisogno!!!! Gli stati ansiosi depressivi. Vorremmo toccare questo argomento perché è impressionante come questi ragazzi vadano dalla risata più spontanea ed immediata, ad espressioni che dipingono una tristezza assoluta. La "casa" dove abitano, la promiscuità obbligata delle loro stanze, la mancanza di lavoro, la lingua (fra di loro spesso non si capiscono convivono quattro culture), la lontananza dei cari con spesso la consapevolezza di aver abbandonato per sempre alcune figure e luoghi delle loro origini, la fuga, i ricordi di esperienze passate sicuramente non piacevoli e soprattutto la non chiarezza o speranza nel futuro determina una sfuggibile luce nei loro occhi che li indurisce, li sgomenta, li intristisce comunque li disorienta. Terminato il rapporto con il Comune, da luglio 2007 i nuovi arrivati non possono più ottenere la residenza in Via Arrigo Cavaglieri, 8 (il X Municipio non ha valide alternative), qualcuno la prende a Via degli Astalli, (ma anche qui hanno spesso problemi) quindi in sede di rinnovo del permesso di soggiorno non vengono accettate le domande dalle autorità competenti; la carta sanitaria che noi dell'Associazione gli facciamo ottenere riporta l'indirizzo di Via Cavaglieri, sul permesso di soggiorno hanno gli indirizzi di arrivo in Italia (magari Lampedusa Trapani Crotone), al Centro Impiego scrivono l'indirizzo presente sul soggiorno e così i loro documenti sono nel caos! Le tessere sanitarie vengono spedite a destra e manca e se arrivano al destinatario arrivano scadute. I segnali di questo disagio li vediamo sotto forma di mille patologie psicosomatiche: dispepsie che evolvono in gastriti e vere e proprie ulcere gastriche o duodenali; coliti con disturbi dell'alvo con crisi emorroidali; disturbi del sonno; attacchi di panico; crisi di pianto di fronte ad ostacoli anche "stupidi" ad esempio ".... non mi hanno fatto quell'esame perché non ero digiuno." o ".... sono arrivato tardi perché non trovavo il posto e non mi hanno accettato. "o"mi hanno mandato via dopo la visita e non ho capito cosa avevo e cosa dovevo fare". Vedere ragazzi "grandi e grossi" come si dice a Roma che piangono induce a pensare che il loro stato emotivo è al limite della sopportazione. In ultimo, ma non meno importante, le liti fra di loro dovute a banalità o anche a cose più gravi e la loro frequente degenerazione chiarisce che queste convivenze non possono continuare (esempio è stato medicato un ragazzo con tre ferite da taglio e da bastonate), ma comunque di continuo le

discussioni degenerano e i più deboli o solo i più sfortunati vanno dal medico di base della nostra Associazione o negli ospedali per le medicazioni. La polizia interviene spesso, chiamata anche dagli stessi occupanti ma, se non momentaneamente, non può risolvere un problema che deve essere affrontato politicamente. Come Associazione abbiamo sollecitato un intervento del X Municipio, scrivendo una lettera ufficiale al presidente Sandro Medici e contattandolo telefonicamente e nei suoi uffici. Abbiamo allertato la ASL/RMB per le questioni sanitarie, vedi epidemia spaventosa (praticamente tutti i casi che abbiamo visto sono andati in incontro a complicanze, uno addirittura ha reso necessario un ricovero ospedaliero di circa 10 giorni), ottenendo solo un servizio completamente inutile: la presenza settimanale di un camper con all'interno un medico, un assistente sociale, un infermiera e un mediatore culturale Rom, noto idioma del Corno D'Africa, personale assolutamente non pratico di rifugiati politici, tra l'altro presente soltanto il martedì mattina orario di lavoro per gli adulti e per quanto riguarda i bambini orario di asilo. Abbiamo contattato il CIR che nella figura del presidente Heine e altri collaboratori hanno visitato più volte il palazzo occupato. Successivamente si è svolto all'interno del X Municipio un incontro tra il CIR, il Centro Astalli, la nostra Associazione e l'assessore alle politiche sociali dove si è deciso di chiedere un incontro con il Prefetto. L'incontro c'è stato e noi ne siamo stati esclusi (il colmo!!), è stato affidato il compito di redigere un censimento degli occupanti e la verifica della sicurezza della struttura alla CRI. Un mese fa c'è stato un ennesimo sopralluogo all'interno del palazzo occupato con la presenza dei Vigili del Fuoco, ma tutto sembra inamovibile. Ogni giovedì andiamo lì e li troviamo soli ad affrontare fame freddo e lavoro scadente mal pagato precario e senza protezioni come il giovedì precedente da soli nella "grande mela romana"

“Pentimento” ... senza paradiso

D. D'Angelo, A. Marchi, M. Mazza, A. Patriarca

Associazione di volontariato “ Cittadini del Mondo “ - Roma

E'li seduto nel corridoio, la gamba destra allungata, l'aria paziente di chi è abituato a lunghe attese. Lo sguardo vigile spunta sotto la visiera del cappello, nonostante l'occhio sbilenco. Dopo, nella fase di registrazione dei dati, si lascia interrogare e le sue risposte sono precise e soprattutto misurate, parla e comprende bene la nostra lingua, assecondandola con il ritmo un pò cantilenante del Sudamerica.

L.B.P. anni 36, emigra in Italia dal Venezuela qualche anno fa, inizia o continua un attività “di solito redditizia” che però a lui va decisamente male subito. Viene arrestato per reati connessi alla droga a fine gennaio del 2000 e dal Regina Coeli, dove passa nove mesi, inizia un percorso di recupero presso una comunità per circa tre anni. Incredibile, ma vero, riesce a disintossicarsi, ma l'impatto con la nuova realtà non è facile..... la difficoltà nell'ottenere un Permesso di Soggiorno, avendo rischiato un espulsione nel 2003 senza giusta causa, lo conduce verso il lavoro nero senza nessuna tutela ancor più perché immigrato non in regola.

L. trova lavoro, nel 2003, in una ditta appaltatrice che lo assume senza alcun contratto all'interno del Bio – Parco di Roma, fino al giorno in cui subisce un grave infortunio sul lavoro: sulla caviglia destra cade un muletto! I suoi datori di lavoro, in seguito a questo grave episodio che lo renderà invalido permanentemente, non solo non si preoccupano per la gravità dell'accaduto, ma addirittura lo licenziano senza dargli alcun risarcimento o liquidazione, considerando troppo rischioso, dal punto di vista legale, mantenere un rapporto di lavoro in quelle condizioni.

Era Ottobre 2006 quando lo abbiamo conosciuto. Si era rivolto a noi, all'ambulatorio STP da noi gestito, non nella speranza di migliorare la sua condizione ortopedica, peraltro disastrosa, ma solamente spinto dall'insopportabile dolore correlato alla sua situazione. Aveva infatti un grave deficit nella deambulazione dovuto a una frattura multipla al malleolo destro che gli impediva la deambulazione autonoma. Da circa un anno girovagava da un ambulatorio STP all'altro alla ricerca di ogni tipo di antiinfiammatorio, camminava a malapena, senza appoggiare il piede, usando stampelle e deambulatore “fai da te”.

Per la prima volta, a questo dolore cronico si sostituisce l'idea di cura, tra i rimedi provvisori si fa posto una possibilità di risoluzione.

Da qui L. inizia a raccontare e mano a mano che la visita procede esprime un coinvolgimento maggiore, soprattutto quando descrive l'incidente. Torna in ambulatorio e ogni volta, con la sua solita gentilezza e discrezione, racconta altri particolari....

In data 19/05/2005 venne accompagnato dal 118 al Pronto Soccorso del Policlinico Umberto I di Roma, alle 7 e 40 del mattino per una caduta accidentale da circa mezzo metro di altezza, con contemporaneo rovesciamento del muletto su cui lavorava, riportando trauma da schiacciamento del piede destro, in assenza di altri traumi. All'esame del paziente si evidenziava la presenza di vasta ferita lacero contusa in regione malleolare interna destra con fuoriuscita di circa 10 cm di tibia e lussazione del piede.

Eseguiva RX della gamba che documentava frattura scomposta del terzo distale della diafisi femorale.

In urgenza si procedeva alla riduzione della lussazione, che risultava molto instabile.

Veniva ricoverato presso il reparto di Ortopedia d'urgenza e, in tre sedute, veniva effettuato

intervento chirurgico di osteosintesi: il 19.05.05 esplorazione della ferita, courettage dei tessuti molli, accostamento e medicazione della ferita, applicazione di trazione trans-calcaneare, il 26.05.05 intervento di osteosintesi con vite a placca, infine il 30.05.05 rimozione di vite tricorticale.

Viene dimesso in data 31.05.05, dopo soli 20 giorni di degenza, senza successivo periodo di riabilitazione, alla quale deve provvedere da solo, a pagamento e con enormi disagi.

Trascorre circa 4 mesi di convalescenza, al termine dei quali si ripresenta al precedente posto di lavoro per farsi riassumere. Lo riprendono, ancora una volta senza contratto ma, dopo pochi mesi, constatando la sua inabilità, lo licenziano nuovamente: un lavoratore disabile è improduttivo.

Continuando le nostre chiacchierate in ambulatorio ci racconta di una altro violento incidente, risalente al 1998, avvenuto in Venezuela, in cui aveva riportato un grave trauma cranico con dislocazione dell'occhio destro e fratture multiple a carico dell'emitorace destro (IV V VI VII VIII coste).

Dopo ancora altro tempo la relazione di fiducia che si era instaurata lo ha portato a raccontarci altre storie, non prettamente sanitarie ma devastanti. Ci racconta della tossicodipendenza, dello spaccio, del carcere, della comunità riabilitativa. E poi, quando questa parentesi sembra risolta, arriva l'espulsione, fortunatamente evitata grazie agli avvocati, Perché senza giusta causa.

Capiamo sempre di più i motivi di una sindrome ansioso depressiva, già diagnosticata nel 2005 e trattata con SSRI, e di varie recidive di psoriasi.

Nel febbraio 2007, lo abbiamo accompagnato presso l'ufficio vertenze dell'organizzazione sindacale RDB del nostro Municipio, dove L. ha fornito la documentazione necessaria per intraprendere una vertenza contro i suoi vecchi "datori di lavoro", ancora in corso.

L. si è rivolto ad un avvocato per ottenere un Permesso di Soggiorno per riabilitazione civile con istanza presentata presso il Tribunale civile di Roma.

Nel frattempo ripensiamo alla caviglia. L. si rende conto che esiste la possibilità di camminare e di soffrire un pò meno. Torna in ambulatorio, con pazienza e fiducia. Solo dopo molte consulenze ortopediche, molti ricoveri e molte richieste di aiuto alle varie cliniche abbiamo trovato chi volesse operarlo; infatti la decisione di mettere le mani su una caviglia pluri-fratturata e così trascurata non convinceva nessun sanitario.

Richiediamo una RMN nel marzo del 2007 che mostra una grave artrosi tibio-peroneo-astragalica destra. Chiediamo dunque un ricovero per una accurata valutazione del quadro clinico e delle possibilità terapeutiche. L. viene ricoverato presso la casa di cura "Villa Pini d'Abruzzo" di Chieti, nell'U.O. di Reumatologia clinica e Riabilitativa, dal 10.12.07 al 14.12.07.

Esegue una nuova RMN della caviglia ed una TC che confermano la grave artrosi e il peggioramento dello stato di infiammazione cronica.

Gli ortopedici, data la gravità del quadro clinico, la giovane età e le elevate richieste funzionali del paziente, consigliano un intervento di artroprotesi o di artrodesi alla caviglia.

Intanto L. raccoglie articoli di giornali, dalle free press che si trovano in metropolitana, su specialisti ortopedici che esplorano nuovi campi e compiono l'incompiuto.....dall'ignorare la cura e accettare il dolore è passato a immaginare le soluzioni, a cercarle e a documentarsi, comprendendo per la prima volta il suo "diritto alla salute".

Finalmente, troviamo qualcuno disposto ad interessarsi al caso clinico ed L., a maggio 2008, viene sottoposto ad intervento chirurgico di artrodesi tibio-astragalica con fissatore esterno, presso il Policlinico Umberto I di Roma. Viene prescritto l'utilizzo di deambulatore.

A settembre 2008 viene rimosso il fissatore esterno e viene consentita la deambulazione a carico totale. Dieci giorni fa l'abbiamo visto in ambulatorio. È arrivato camminando ed è uscito salticchiando!!!

Nell'arco di tempo descritto alcuni amici lo hanno ospitato, ha dormito agli angoli delle strade con i cartoni, è stato alla Caritas e attualmente è ospite presso il centro di accoglienza per l'emergenza freddo di Via Assisi. Per alimentarsi ha elemosinato e ha usufruito delle mense pubbliche. GOOD NEWS negli ultimi giorni ha trovato una occupazione presso una ditta di manutenzione giardini. Dai "paradisi artificiali" all'inferno quotidianoci sarà un PURGATORIO PER L.??

Partorire in terra straniera: nostra esperienza

R. Piro, B. Benfante, M. R. D'Anna

U. O. C. di Ostetricia e Ginecologia

Ospedale Buccheri La Ferla Fatebenefratelli Palermo

L'immigrazione nel nostro Paese, è un fenomeno in costante aumento.

Le motivazioni di detto evento sono ben note ed in linea di massima sono legate a malesseri nei Paesi di origine (guerre, carestie, mancanza di lavoro, etc.); conseguentemente, a causa della posizione geografica, il nostro Paese rappresenta una importante via di ingresso per l'Europa.

Secondo i dati stimati dall'Istat gli immigrati regolari nel Belpaese sono circa 4 milioni; tale dato, condiviso anche dalla Caritas, è sottostimato in quanto non tiene conto degli "irregolari".

I dati Istat relativi al 2005 ci dicono che sono venuti alla luce 51.971 bambini di genitori migranti, il 9,4 % del totale.

Il tasso di fecondità delle donne italiane sempre nel 2005 è di 1,33 figli; quello delle donne straniere nel 2004 è mediamente il doppio, ovvero 2,61.

Il saldo naturale è positivo per gli stranieri (48.838 unità), mentre per la popolazione italiana il saldo è negativo di 62.120 unità.

La crescita della popolazione italiana è dovuta per il 92 % all'apporto degli immigrati. L'incidenza degli stranieri sulla popolazione è del 4,5 %.

Sempre secondo i dati Istat, senza l'apporto degli stranieri, dal 1993 al 2006 la popolazione italiana sarebbe diminuita di 650.000 abitanti.

I minori stranieri, o figli di immigrati, sono in Italia 585.496, il 21,9 % del totale degli stranieri.

In alcune province l'incidenza delle nascite di bambini stranieri è molto elevata : superano infatti il 20 % nelle città di Mantova, Treviso, Piacenza e Modena.

Prato è la provincia che in termini assoluti ha la maggiore incidenza di nascite con il 24,6% dei nati.

Il 49 % degli stranieri sono europei (soprattutto dell'est); il 26 % sono africani; gli americani sono l'11,3 %; gli asiatici il 17,1 %.

La stima delle donne straniere a fine 2006 fatta dalle "Caritas/Migrantes" è di 1.842.004 pari al 49,9 % confermando il protagonismo femminile nell'attuale processo migratorio. La prima nazionalità per residenza anagrafica è l'Albania seguita dal Marocco, Romania, Ucraina e Cina. Negli ultimi anni la crescita del numero degli immigrati cinesi è stata esponenziale.

Per quanto riguarda il pluralismo religioso, le percentuali negli anni non si sono modificate di molto, nel senso che i cristiani sono circa la metà del totale ed i musulmani un terzo. Un peso molto inferiore hanno gli induisti ed i buddisti.

Gli immigrati e l'economia

Nel 2005 gli stranieri hanno dato al PIL un contributo di 86,7 miliardi, cioè il 6,1 % del totale.

Senza l'apporto del lavoro degli immigrati, il reddito prodotto in Italia sarebbe sceso nel 2002 (- 0,1), nel 2003 (-0,6), nel 2005 (-0,9).

Ovviamente gli immigrati " inseriti " nel nostro contesto sociale possiedono un conto in banca od alla posta e comprano casa (nel 2005 circa 600.000).

Ma come spendiamo i soldi per l'immigrazione?

Nel 2004 il 92% della spesa generale, per l'immigrazione è stato speso dal Ministero dell'Interno per controllare e contrastare l'immigrazione, ben 190.271.000 euro su 206.622.000- Ovvero, per un euro speso a favore dell'integrazione degli stranieri, ne sono stati spesi 4 per tenere lontani gli immigrati.

Nel 2005 la quota destinata alle Regioni dal Fondo Nazionale Politiche Sociali, ammontava a 518 milioni di euro, dimezzato rispetto al 2004 che aveva visto uno stanziamento di un miliardo di euro. Il decreto Bersani, nel 2006 ha incrementato il fondo portandolo a 775 milioni. Nel 2007 la somma del fondo destinata alle regioni ammontava a circa 900 milioni. La finanziaria del 2007 ha istituito il Fondo per le politiche per l'inclusione sociale degli immigrati con l'obiettivo di affrontare situazioni di degrado sociale ed abitativo. Il fondo è finalizzato alla realizzazione di un piano per l'accoglienza degli alunni stranieri, anche per favorire il rapporto scuola famiglia mediante l'utilizzo, per fini non didattici, di figure professionali madrelingua quali i *mediatori culturali*.

La somma stanziata ammonta a 50 milioni di euro per gli anni 2007-2008-2009.

Noi che operiamo in ambito sanitario ci rendiamo conto che la presenza del mediatore culturale è di fondamentale importanza per:

- 1) una migliore accoglienza;
- 2) favorire l'integrazione dell'immigrato in un ambiente ospedaliero e in un momento di disagio psicologico legato, sia alla difficoltà di comunicare che alla sofferenza fisica (evento travaglio – parto).

Lo scopo del mediatore culturale è quello di facilitare una relazione terapeutica efficace per far sì che gli immigrati possano accedere con più facilità ai Servizi Sanitari promuovendo “salute”, favorendo così una migliore relazione medico paziente, sempre nel rispetto dei valori culturali reciproci.

Nel nostro Ospedale, nel II semestre 2007, abbiamo avuto 1.050 parti; 67 di questi afferiscono a donne migranti.

Nel I semestre 2008 abbiamo avuto 1.034 parti; 81 di questi afferiscono a donne migranti.

Possiamo, quindi, affermare che vi è un incremento, pur se modesto, del numero di partorienti migranti.

Come riportato nelle tabelle allegate, i parti di donne provenienti da Romania, Sri Lanka e Bangladesh sono prevalenti. Da rimarcare l'incremento dei parti delle migranti provenienti dalla Cina (2 nel II semestre 2007; 7 nel I semestre 2008).

Su 67 parti del II semestre 2007 i tagli cesarei iterativi sono stati 12 (17,91%) mentre le cesarizzate per la prima volta sono state 20 (29,85%); i parti eutocici sono stati 35 (52,23%).

Su 81 parti del I semestre 2008 i tagli cesarei iterativi sono stati 9 (11,11%) mentre le cesarizzate per la prima volta sono state 17 (5,88%); i parti eutocici sono stati 55 (67,90%).

Nel II semestre 2008 abbiamo avuto 1.259 parti; 69 di questi afferiscono a donne migranti.

Su 69 parti del II semestre 2008 i tagli cesarei iterativi sono stati 8 (11,7%) mentre le cesarizzate

per la prima volta sono state 18 (26,3%); i parti eutocici sono stati 43 (62,00%).
Analizzando, quindi, i dati esposti, relativi al II semestre 2008, si evince che il trend precedentemente riportato viene, in linea di massima, confermato.

Considerazioni conclusive

Nel nostro Ospedale esistono dei percorsi privilegiati per le pazienti migranti che vanno dall'ambulatorio dedicato, ai corsi di preparazione al parto ed all'assistenza domiciliare durante il puerperio da parte del personale ostetrico. Per ottemperare al disconfort del travaglio di parto e al disagio psicologico e fisico viene proposta alle pazienti l'analgia peridurale.

I nostri dati incoraggianti quasi sovrapponibili per quanto riguarda le modalita' di espletamento del parto alle pazienti stanziali unite alla sempre crescente richiesta di partorire presso il nostro Ospedale, ci incitano a continuare in questo senso.

Parti da Luglio a Dicembre 2007 - Rep. Ostetricia		
Nazione di provenienza	Numero	%
Romania	8	11.94
Sri Lanka	8	11.94
Bangladesh	8	11.94
Ghana	4	5.97
Marocco	6	8.96
Venezuela	3	4.48
Costa d'Avorio	2	2.99
Cina	2	2.99
Brasile	1	1.49
U.S.A.	6	8.96
Jugoslavia	1	1.49
Capo Verde	1	1.49
Polonia	2	2.99
Albania	2	2.99
Filippine	5	7.46
Perù	1	1.49
Ungheria	1	1.49
Croazia	2	2.99
Nigeria	1	1.49
Giappone	1	1.49
Mauritius	2	2.99
Totale	67	

Parti da Gennaio a Giugno 2008 - Rep. Ostetricia		
Nazione di provenienza	Numero	%
Romania	13	16.05
Sri Lanka	7	8.64
Bangladesh	10	12.35
Ghana	3	3.70
Marocco	6	7.41
Venezuela	1	1.23
Costa d'Avorio	1	1.23
Cina	7	8.64
Brasile	1	1.23
U.S.A.	6	7.41
Jugoslavia	4	4.94
Capo Verde	1	1.23
Polonia	2	2.47
Albania	2	2.47
Filippine	1	1.23
Perù	1	1.23
Kenia	1	1.23
Ecuador	2	2.47
Ucraina	1	1.23
Messico	1	1.23
Algeria	3	3.70
Russia	3	3.70
Eritrea	1	1.23
Colombia	1	1.23
Tunisia	1	1.23
Thailandia	1	1.23
Totale	81	

Parti da Luglio a Dicembre 2008 - Rep. Ostetricia		
Nazione di provenienza	Numero	%
Romania	9	13.04
Sri Lanka	7	10.14
Bangladesh	8	11.59
Ghana	7	10.14
Marocco	7	10.14
Cina	4	5.80
Argentina	1	1.45
U.S.A.	3	4.35
Albania	4	5.80
Filippine	4	5.80
India	1	1.45
Nigeria	3	4.35
Ucraina	1	1.45
Brasile	1	1.45
Russia	1	1.45
Eritrea	2	2.90
Ecuador	1	1.45
Tunisia	5	7.25
Totale	69	

Migrazione e ritualità alimentare nelle festività
“La condivisione del pasto stabilisce una profonda comunione
di sentimenti e di vita tra tutti i commensali”

Rosanna Marchetti

Sociologa volontaria c/o L'Area sanitaria Caritas di Roma

Collabora con il “Centro Alcologico della Regione Lazio – Az. Policlinico Umberto I° Roma

Introduzione

Nel corso della sua storia, la composita società umana si è ulteriormente diversificata in una miriade di sottogruppi; iniziando dal modello clanico presente nelle società semplici, essa si è differenziata fino all'attuale distribuzione politico/demografica, in una diversità che ogni gruppo ha espresso nel corso della sua evoluzione in modo autonomo, elaborando così altrettante culture e sub-culture.

Una differenziazione avvenuta con il trascorrere del tempo e correlata a “patters of culture” dei singoli raggruppamenti umani, influenzata in parte dalla cultura egemonica, altre volte, legata a specifiche situazioni storiche, economiche, ed ambientali, con l'adozione da parte del sottogruppo di valori e scelte peculiari nella loro progettualità ed attuazione.

Questo, era condizionato non solo dalle risorse presenti sul territorio e dalla possibilità di un loro sfruttamento, ma anche dalla storicità del periodo.

Determinante importante dell'agire umano era (e lo è tuttora) l'incremento demografico; con l'aumento della popolazione si aveva la necessità d'intensificare la produzione, spesso in modo incontrollato e questo, portava ad un inevitabile impoverimento delle risorse.

Unica possibilità per garantire la sopravvivenza dei membri del gruppo era la migrazione verso nuovi territori fino ad allora inutilizzati o ancora produttivi.

Era un incessante peregrinare da un ecosistema all'altro, una perenne ricerca di risorse o comunque approvvigionamenti, in un continuum di riequilibri possibili tra pressione demografica e beni disponibili, tradizione e nuovi modi di produzione, il tutto finalizzato alla conservazione del gruppo.

La soddisfazione di “bisogni primari” come l'alimentazione essenziale per la sopravvivenza, e “l'accumulo delle risorse” necessario per soddisfare le esigenze dei tempi di magra, erano due attività che in tempi remoti venivano accomunate anche nella celebrazione di riti redistribuitivi; questi si svolgevano in determinati periodi dell'anno e regolati in base al numero di animali da macellare, dalle risorse ambientali ancora da sfruttare e dalle quantità di provviste accumulate.

Per l'occasione era consuetudine fare sacrifici animali (alcune volte anche umani), offerte votive dei prodotti della terra e rituali per ingraziarsi la benevolenza delle divinità e la loro protezione. *“Innestandosi su un bisogno primario dell'uomo, le religioni conoscono pasti sacri volti a stabilire una comunione con la divinità. Nella Bibbia e anche in tutte le civiltà orientali, il pasto ha, non a caso, un grande rilievo.”*(AAVV.1989)

Il cibo riveste quindi un'importanza simbolica a sé peculiare, essendo alla base di una delle più profonde e antiche paure dell'umanità, quella di “morire di fame”; questa inquietudine è costantemente annidata nell'inconscio anche nei periodi di abbondanza, come dimostrano i molti casi di obesità/malnutrizione presenti nell'attuale ed opulenta società occidentale.

Occorre d'altronde tener presente che i nostri antenati avevano enormi difficoltà nel procurarsi il cibo soprattutto quello più ambito, “la carne”, e questo non solamente in tempi molto remoti; tale difficoltà si ripresenta anche in periodi storici come in tempi di guerra, di carestia, di recessione.

La sopravvivenza degli esseri viventi è strettamente correlata all'alimentazione, ma “all'homo

sapiens” questo non basta. La specie umana ha bisogno anche di esprimere i propri bisogni tramite la cultura, non può vivere al di fuori di essa, né tanto meno riprodursi e darsi un assetto sociale. Anche nei casi di società semplici o bande primordiali, la cultura e con essa la soddisfazione di bisogni psicologici ed emotivi, erano alla base della loro sopravvivenza e continuità.

Per questo motivo acquistano particolare importanza le festività soprattutto quelle religiose e i riti dove è presente anche la convivialità. Essi sono parte integrante di ogni cultura, comprendendo valori e tradizioni tramandati nel tempo e sostenuti dall’emozionalità dell’evento stesso.

Con il passare dei millenni ed il progredire della condizione umana, si è passati da un orientamento “*centrato sull’alimento*” di cui cibarsi (bisogno biologico), ad una particolare attenzione ai “*valori e gratificazioni*” (bisogno psicologico/culturale) di uno specifico cibo consumato durante i rituali.

La ricerca

“Spesso la vita degli immigrati è scandita dalla lotta per il vivere quotidiano, ... trovare da mangiare e da dormire”

Mangiare alcuni cibi, in particolari occasioni, rappresentava per i primitivi un atto puramente mistico; presenti nei rituali del “*banchetto totemico*”, tali alimenti simboleggiavano addirittura lo stesso Dio e trasgredire alle regole imposte sul divieto di consumarlo in periodi normali, era considerato una vera e propria violazione di un tabù, punito in alcuni casi anche con la morte.

Questi riti avevano vari significati, alcuni erano percepiti come un processo di “*identificazione mediante introiezione*”, e mangiare quel particolare alimento significava in qualche modo farlo diventare parte del proprio essere; in altre occasioni erano previste offerte di alimenti, fatte alla Divinità in segno di devozione e ringraziamento.

I capi religiosi prima ricevevano le offerte, quindi le immagazzinavano per i periodi di magra e poi, tramite riti propiziatori, le ridistribuivano al popolo sotto forma di “*cibo concesso agli uomini per volere divino*”; questa doppia offerta del cibo “*dono agli Dei*” e “*pasto con l’intera comunità*”, costituiva l’aspetto ritualizzato dello scambio redistributivo delle risorse alimentari.

In “*Totem e tabù*”, Freud ipotizza l’aspetto evolutivo della ritualità alimentare riferito alla condivisione del cibo con gli Dei o “*pasto totemico*”; nel corso dei millenni “*i banchetti redistributivi*” si trasformarono in rituali essenzialmente simbolici come ad esempio l’Eucaristia nel rito della S. Messa, in ricordo della “*condivisione del pane e del vino con il Cristo*” in ricordo dell’ultima cena.

Possiamo tuttora ritrovare atteggiamenti in forme più o meno simili, in molte abitudini alimentari tipiche riconducibili alla nostra tradizione, ricorrenti soprattutto durante le festività più importanti.

Limitazioni alimentari o meglio ancora il digiuno, oppure limitazioni della sessualità in determinate ore del giorno, stanno anche ad indicare l’espiazione dei peccati commessi. Possiamo fare qualche esempio: la tradizione dell’agnello pasquale che un tempo veniva sacrificato come “*capro espiatorio*” era un segno di espiazione riconducibile ai propri peccati, i pasti frugali nei giorni quaresimali o addirittura il digiuno, sono tuttora “*segni di penitenza*”, così pure il pane azzimo in ricordo de “*l’esodo*” degli ebrei dall’antico Egitto verso la terra promessa, ecc.

Tornando alle argomentazioni della ricerca e partendo da una chiave di lettura antropologica, in questo studio analizzeremo usi e significati relativi alle pratiche alimentari della popolazione immigrata, con riferimento alle tecniche di preparazione delle pietanze presenti sulle loro

tavole durante le loro festività religiose e/o civili.

Con la migrazione cambia inevitabilmente non solo il modo di alimentarsi, ma anche la preparazione dei cibi, i modi, i tempi e la ricercatezza degli ingredienti; conseguentemente, vi sono dei cambiamenti anche nelle abitudini che di giorno in giorno diventeranno sempre più usuali, interessando inevitabile anche le festività ricorrenti nella cultura autoctona.

Trattandosi di immigrati, non bisogna trascurare il fatto che una particolare “ricorrenza” molto festeggiata nel paese di origine, può non ricevere la stessa attenzione commemorativa in terra d’immigrazione, causa un inevitabile sincretismo culturale frutto del processo d’integrazione e del trascorre del tempo.

Il nuovo status socio/culturale acquisito dalla persona immigrata, spesso non rispecchia più la situazione ricoperta nel proprio paese; l’immigrato per potersi integrare, dovrà adattarsi a differenti situazioni socio-economiche che possono divenire anche precarie, impedendo una riedizione del passato soprattutto per quei valori e quelle ritualità legati al territorio.

Ma l’apertura al cambiamento può essere influenzata anche da altre concause come: la sistemazione abitativa spesso precaria e/o presso il proprio datore di lavoro probabilmente di religione differente, il desiderio d’integrazione, la conoscenza di altri modi di vivere e di concepire la propria esistenza. Questa mancanza di continuità ed il conseguente diminuito controllo sociale, può indurre alcuni di questi immigrati, magari più aperti al cambiamento, anche all’inosservanza di valori e regole un tempo condivise con il gruppo originario. Essi sono la sommatoria di alcune delle concause che poi determineranno una rielaborazione dei propri comportamenti rispetto al passato, e questo anche per quel che riguarda le tradizioni da ricordare riferite alla propria cultura, e quelle nuove da conoscere e, con il tempo, fare proprie.

Ma vi è un fattore importante che può ostacolare i rapporti comunitari/societari e quindi l’inserimento nel nuovo contesto; esso è identificabile con la solitudine o più esattamente con la sporadicità degli incontri sia con i propri connazionali, sia con gli altri immigrati, che con la popolazione ospitante. Una condizione che molti immigrati soprattutto tra i meno inseriti sperimentano.

Materiali e metodi

La ricerca si è svolta presso il Poliambulatorio Caritas di Roma sito in via Marsala.

Gli obiettivi proposti erano quelli d’indagare sul come gli immigrati provvedevano alle loro necessità alimentari, spaziando nell’analisi tra le diverse problematiche relative al consumo dei cibi, tenendo conto anche dei loro comportamenti e delle loro scelte.

Le persone immigrate intervistate per questo studio fanno parte di un campione casuale semplice costituito da 104 soggetti, cui è stato sottoposto un questionario composto da due parti: la prima, comprendeva notizie sulla struttura del campione e sul suo stato di salute; la seconda, era specifica sulle tematiche qui sotto menzionate con risposte precostituite, per alcuni dei quesiti proposti, era possibile esprimere più di un parere.

Come abbiamo accennato, la ricerca si compone di un ampio studio, che ha avuto come oggetto di analisi “L’alimentazione negli immigrati”; questa a sua volta si articolava in cinque distinte tematiche: “*Consumi sostanze voluttuarie tra gli immigrati extracomunitari*” (Marchetti R. atti dei Workshop IIMS Roma 2003), “*La migrazione e abitudini alimentari*” (Marchetti R. atti SIMM Pa 2004), “*L’alimentazione materno infantile*” (Marchetti R. atti SIMM Pa 2004), il presente lavoro su “*Migrazione e ritualità alimentare nelle festività*” ed infine “*Dalle Ande agli Appennini, il viaggio della nostalgia*” e “*Consumi alcolici in contesto migratorio*” in fase di elaborazione.

La ricerca ha avuto inizio 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) e proseguita successivamente con l'introduzione della tematica discussa in questo lavoro, sulla ritualità alimentare con particolare attenzione alle festività. Gli immigrati stabilitesi in Italia negli anni passati e ormai regolarizzati, si rivolgono agli stessi servizi sanitari offerti agli italiani dalle strutture pubbliche e non più a quelli del volontariato, in quanto quasi sempre sono in possesso del permesso di soggiorno o almeno del tesserino STP (legge marzo 1998 n° 40 art. n° 32, 33, 34). E' da notare che la legge 189/2002 non ha apportato modifiche agli articoli riguardanti l'assistenza alla popolazione immigrata irregolare.

Se da una parte negli anni l'accesso ai servizi si è consolidato, negli ultimi mesi, coincidente con l'ampio dibattito sulla sicurezza e con l'avvento di un nuovo governo, si è assistito ad una progressiva diminuita accessibilità alle strutture sanitarie soprattutto per la componente irregolare. L'ipotesi dell'introduzione del reato di clandestinità, la proposta di obbligare il medico a denunciare gli irregolari, la crescente tensione sociale ha indotto molti stranieri, per paura, a trascurare percorsi di cura e, di fatto, a ritornare nell'invisibilità sanitaria che certamente produrrà danni per la loro salute e per quella della collettività.

STRUTTURA DEL CAMPIONE				
	Valori ass. M.	Valori rel M.	Valori ass. M.	Valori rel. M.
Totale pazienti I04	38	36,53%	66	63,46%
<i>Classi di età</i>				
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%	//	//
<i>Stato civile</i>				
Celibe/Nubile	14	36,84%	30	45,45%
Coniugato	22	57,89%	26	39,39%
Divorziato/a	2	5,26%	7	10,60%
Vedovo/a	//	//	3	4,54%
<i>Grado istruzione</i>				
Elementare	1	2,63%	4	6,06%
Media	13	34,21%	20	30,30%
Diploma	18	47,36%	34	51,51%
Laurea	2	17,42%	8	12,12%
<i>Periodo presenza in Italia</i>				
Meno di 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 i 6 anni	5	13,15%	5	7,57%
<i>Stato giuridico</i>				
Regolare	5	13,15%	4	6,06%
Irregolare	27	71,05%	62	93,93%
Rifugiato politico	6	15,78%	//	//
<i>Professione attuale</i>				
Operaio	5	13,15%	1	1,51%
Disoccupato-a/casalinga	26	68,42%	26	39,39%
Golf/badanti	3	7,89%	36	54,54%
Ristoratore	4	10,52%	//	//
<i>Paese di origine</i>				
Bangladesh	3	7,89%	1	1,51%
Brasile	2	5,26%	/	/
Ecuador	5	13,15%	19	28,78%
Columbia	//	//	2	3,03%
Perù	2	5,26%	11	16,66%
Eritrea	3	7,89%	1	1,51%
Etiopia	4	10,52%	4	6,06%
Repubblica Del Tongo	1	2,63%	//	//
Nigeria	2	5,26%	1	1,51%
Romania	13	34,21%	16	24,24%
Ucraina	//	//	4	6,06%
Bulgaria	//	//	5	7,57%
Moldavia	//	//	1	1,51%
Cina	1	2,63%	1	1,51%
Cile	1	2,63%	//	//
Argentina	1	2,63%	1	1,51%
El Salvador	//	//	1	1,51%

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, è 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, 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. Il concetto di "malattia" acquista in differenti contesti, significati ed interpretazioni differenti, con una sintomatologia alcune volte incomprensibile per la nostra medicina ufficiale.

In tal caso, risposte parziali ed insufficienti, risulteranno 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, distintivi di alcuni gruppi etnici, si differenziano 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. a)

Tab.a				
Patologie contratte p orig	M valori assoluti	M valori relativi	F valori assoluti	F valori relativi
Nessuna	24	63,15	48	72,72
Dentarie	2	2,26	3	4,54
Dermatiti	2	2,26	7	7
Gastro-enteriche	3	7,89	7	7
Respiratorie	4	10,52	4	6,06
TBC	3	7,89	3	4,54
Ginecologiche	2	2	2	3,03
Tiroidee	7	7	5	7,57
Renali	1	2,63	7	7

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 d'integrazione o eventualmente, conterrà l'eventuale esclusione dallo stesso.

In tal senso bisogna evitare la ghetizzazione, dove la differenza è vissuta come un disvalore, e non come un arricchimento finalizzato al processo di cooperazione 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. b)

Tab. b				
Patologie contratte in It.	M valori assoluti	M valori relativi	F valori assoluti	F valori 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	1	2,63	2	3,03
Tiroidee	1	2,63	2	3,03
Renali	3	7,89	2	3,03
Anemia	1	2,63	1	1,51
Dermatiti	2	5,26	1	1,51

Tradizioni e ritualità alimentare nei paesi di provenienza

“Nell’antica Israele qualsiasi uccisione di animali era un sacrificio: nessuno poteva mangiare manzo o carne di montone se non come atto religioso” (W. Robertson Smith)

Il cibarsi di particolari pietanze rappresenta un momento centrale nella ritualità alimentare, soprattutto nelle ricorrenze annuali, diventando un atto socializzante di ospitalità e di convivialità.

Per colui che ospita, il suo modo di ricevere, la ricercatezza nell’allestire il convivio, sono tutti elementi che indicano in parte la sua condizione sociale.

Le caratteristiche della tavola imbandita sotto il profilo della qualità/quantità del cibo messo a disposizione dei commensali, acquistano una evidente valenza di “*status symbol*” e nel suo ruolo di leader anche se circoscritto all’evento, “*il padrone di casa*” decide simbolicamente della redistribuzione delle risorse

“In tutto il mondo le feste e i banchetti sono la prova della entusiastica passione della nostra specie, persino da parte di individui ben nutriti, per mangiare oltre il necessario”. (Harris, 1988)

Probabilmente questa tendenza non è altro che un comportamento ereditato dal passato.

Al termine dei periodi di carestie, alluvioni stagionali e la conseguente scarsità di cibo, le popolazioni tornavano ad un consumo abituale, senza peraltro praticare delle vere e proprie “*abbuffate*”, in quanto vigeva un’economia di sussistenza con consumi di cibi prevalentemente vegetali, regolata dalle risorse disponibili dall’ambiente.

Questo fenomeno è confermato da studi paleontologici effettuati su resti umani preistorici, dai quali risulta che effettivamente i nostri antenati vivevano seguendo periodi alternati di banchetti e digiuni, con occasionali intervalli di prolungata carestia; di qui i divieti alimentari soprattutto per la carne che, seppur dettati principalmente da problemi economici/ambientali, venivano poi legittimati dalla religione.

“Le culture tendono a imporre sanzioni di ordine sovranaturale sul consumo di carne animale, quando il rapporto tra benefici comuni e costi connessi all’uso di una particolare specie subisce uno squilibrio.” (M. Harris 1988).

Questo spiega perché soprattutto in passato, i sommi sacerdoti prescrivessero divieti alimentari riservati ad una ristretta varietà di alimenti, in special modo la carne di specifici animali.

A loro dire, il divieto veniva istituito in nome di un ordine sovranaturale; in realtà tali

limitazioni riguardavano essenzialmente il rapporto tra i benefici (rispetto all'alimentazione) e i costi (sostenuti per l'allevamento di quella particolare specie animale), uno squilibrio in termini di resa.

Questi divieti o precetti derivano anche da alcune prescrizioni alimentari presenti nella Bibbia, dove vengono indicate alcune specie animali considerate *“immonde”* (come ad esempio il maiale).

Il maiale, in particolare, fu ritenuto troppo costoso causa l'esigenza di vivere in zone umide, poco conciliabile con il clima arido tuttora presente in Medioriente, di qui la proibizione alimentare.

“Con il sorgere dell'Islam, l'antico tabù israelita del maiale divenne parte di un ulteriore complesso di principi dietetici divinamente sanzionati. Il maiale divenne particolarmente obbrobbioso nel Corano ed oggi i mussulmani si oppongono al suo consumo quanto gli ebrei ortodossi” (M. Harris1988).

Spesso i banchetti erano preceduti da offerte rituali agli Dei di cibo e bevande; ciò sta a significare che, nelle antiche religioni, *“gli uomini e gli Dei erano uniti da uno stesso ciclo alimentare”*; stiamo parlando del cibo riservato agli Dei, *“Senza l'aiuto degli Dei, gli uomini non avrebbero avuto alcuna possibilità di sopravvivere e, per ottenere questo aiuto, dovevano essi stessi nutrire gli Dei”* (M. Harris1991)

In molte delle antiche religioni, le bevande alcoliche e la carne rappresentavano il tipo di cibo ideale nel ciclo di scambio alimentare tra gli Dei e gli uomini; questo perché la carne era l'alimento più desiderato causa la difficoltà nell'approvvigionamento.

Le uccisioni rituali di particolari animali e il consumo delle loro carni era dettato da regole ben precise perché costituivano *“un'offerta di pace”*; viceversa, in altri periodi dell'anno, il consumo di quei medesimi animali era severamente vietato (*tabù*), in alcuni casi, per i trasgressori era prevista anche la condanna a morte.

“Il più importante dei sacrifici israeliti era quello dell'agnello durante la festa della Pasqua. Quand'erano schiavi in Egitto, gli israeliti sacrificarono un agnello, con il sangue del quale macchiarono gli architravi e gli stipiti delle loro case e poi lo arrostitono e lo mangiarono con erbe amare e pane azzimo. (Harris1991).

In molte religioni, vi sono delle indicazioni sui divieti alimentari, con motivazioni legate a uno stile di vita più salutare, spesso in rapporto all'habitat originario in cui era collocato *“il popolo”*; per esempio è noto che i musulmani osservanti aderiscono a una dieta chiamata *“Hhalaal”* (alimentazione frugale) e generazioni di cattolici perlomeno in passato, sono cresciute evitando di mangiare *“di grasso”* il venerdì e nelle viglie di Natale, Pasqua, ed altre festività religiose. Durante i periodi di penitenza ad esempio la Quaresima, l'ortodossia Cattolica proibisce di mangiare carne.

Con il diffondersi di religioni *“non violente”*, i sacrifici cruenti e le offerte alimentari furono sostituiti dalla predicazione per una vita di meditazione e buone azioni; il banchetto rituale diventa del tutto simbolico, una sorta di *“dematerializzazione dei pasti comuni”*.

Non a caso, durante il rito eucaristico, nel corso della Messa dei Cristiani, l'atto di *“accostarsi alla mensa del Signore”* significa appunto condividere simbolicamente il pane ed il vino.

Il mangiare insieme costituisce anche un segno di amicizia ed alleanza, un mezzo per rinsaldare vecchie intese o iniziarne delle nuove: il compagno, l'amico, le persone su cui contare, sono coloro con le quali poi si condivide *“il pane”*, alimento simbolo per eccellenza dell'alleanza e dell'amore.

La teoria del sacrificio presuppone la presenza di istituzioni come quella dello scambio; gli Dei ricambiano il dono ricevuto offerto dagli uomini sotto forma di offerte votive (dono piccolo), con forme di protezione e benevolenza verso il popolo (dono grande).

Con l'evoluzione del diritto e del pensiero religioso donare ai poveri generi di sussistenza

come il cibo in sostituzione di offerte votive, furono considerate azioni fatte per ricevere l'approvazione del Signore; da qui la teoria dell'elemosina che per un verso è la nozione morale del dono e dall'altra quella del sacrificio.

La vecchia morale diventa con il passare del tempo anche fonte di giustizia. La "sadaka" araba e "zedaqā" ebraica significano appunto elemosina da cui nacque la dottrina della carità tuttora presente in quasi tutte le religioni come nel Cristianesimo e nell'Islam.

"L'immagine del grande dispensatore diffusa su scala continentale si risolveva in quella del grande dispensatore di giustizia e misericordia e del divino protettore degli umili. Qui sta l'origine delle religioni universalistiche dell'amore e della misericordia del vecchio Mondo".

(M. Harris 1988)

Le grandi religioni i cui dettami principali erano la misericordia e la pietà, trasformarono i grandi dispensatori in grandi credenti; essi costruirono cattedrali, moschee e templi di immenso valore artistico oltre che religioso e simbolico, annullando al contempo, l'antica pratica della redistribuzione delle risorse causa anche l'impoverimento dell'habitat e l'incremento demografico.

Tornando ai risultati della ricerca, le risposte del campione esaminato sui consumi alimentari correlati alle tradizioni del proprio paese, la maggior parte del campione afferma di osservare in prevalenza le regole religiose più di quelle civili; tali indicazioni riguardano entrambi i due sessi con il 97,36% per i M ed il 90,90% per le F. (Tab. 1)

1-Nel tuo paese di origine, osservavi le tradizioni alimentari durante le festività?				
	M valori ass	M valori rel	F. valori ass.	F. valori rel.
Religiosi	37	97,36%	60	90,90%
Civili	12	31,57%	25	37,87%
I più importanti	0	//	3	4,54%
Era un obbligo sociale	1	2,63%	2	3,03%
Saltuariamente	4	10,52%	3	4,54%

I divieti alimentari sono rispettati dal 57,89% dei M e dal 50% delle F, anche se molti non li rispettano mai, precisamente il 26,31% dei M, ed il 15,15% delle F; un dato che fa riflettere sull'evoluzione dei costumi che si avviano verso una dissacrazione dell'elemento religioso (Tab. 2);

2- Nel tuo paese rispettavai i divieti alimentari per motivi religiosi?				
	M valori ass.	M valori rel.	F. valori ass.	F. valori rel.
Sempre	22	57,89%	33	50,00%
Mai	10	26,31%	10	15,15%
Solo i più importanti	4	10,52%	15	22,72%
Saltuariamente	2	5,26%	5	7,57%
Digiuno	0	//	3	4,54%

Le festività sono momenti in cui si ritrova anche chi non si frequenta assiduamente: in questi giorni particolari i commensali raccolti attorno a una tavola imbandita, spesso appartengono alla famiglia estesa indicata dai M con il 47,36%, o alla cerchia di amici come confermano le F con il 34,84%; non di rado l'invito è esteso all'intera comunità, se presenta ridotte dimensioni tipiche dei villaggi lontani dai grandi centri urbanizzati, come indicano i M con il 26,31% e le F con il 24,24% (Tab. 3).

3- Durante le festività religiose con chi consumavi i pasti prima di emigrare?				
	M valori ass.	M valori rel.	F valori ass.	F valori rel.
F a m i g l i a nucleare	5	13,15%	11	16,66%
Famiglia estesa	18	47,36%	15	22,72%
Amici	5	13,15%	23	34,84%
Intera Comunità	10	26,31%	16	24,24%
Salvuarimente	//	//	1	1,51%

La ricerca evidenzia che il digiuno totale non è più rispettato come in passato, ad eccezione di gruppi particolarmente legati alle tradizioni; l'intero campione si esprime con un 78,94% per i M, ed un 68,18% per le F, dissente totalmente con un "Si ma nessuno lo rispetta più" (Tab. 4);

4- Nella tua religione è previsto il digiuno assoluto?				
	M valori ass.	M valori rel.	F valori ass.	F valori rel.
No	8	21,00%	21	32,00%
Si nei giorni di vigilia	10	26,31%	15	22,72%
Solo in alcune ore del giorno	5	13,15%	2	3,03%
Si ma nessuno lo rispetta più	30	78,94%	45	68,18%

Durante i periodi di penitenza, in genere si preferisce un'alimentazione frugale, come si è evidenziato sopra. Al quesito sui divieti, in particolare per quel che riguarda la carne hanno risposto il 47,36% dei M ed il 78,78% delle F, cui fanno seguito le pietanze più sostanziose, ovvero quei piatti che richiedono una certa ricercatezza nell'esecuzione con il 31,57% delle indicazioni dei M ed il 25,75% delle F. (Tab. 5)

5- Quali sono gli alimenti vietati per motivi religiosi?				
	M valori ass.	M valori rel.	F valori ass.	F valori rel.
Carne	18	47,36%	52	78,78%
di cui: maiale	8	21,05%	9	13,63%
Agnello	4	10,52%	2	3,03%
Bevande alcoliche	4	10,52%	3	4,54%
Pietanze sostanziose	12	31,57%	17	25,75%

Le scelte culturali nella realizzazione dei cibi

La preparazione di piatti tipici, che nella loro elaborazione seguono rigorosi schemi, prevedono nello specifico ingredienti e procedimenti particolari (anche se non sempre è possibile); essi costituiscono uno dei principali veicoli per comunicare anche in modo non-verbale l'appartenenza ad un "noi", un'indicazione ben precisa di "identità culturale".

Ricette e piatti particolarmente elaborati consumati durante le festività, acquistano non solo una "personalità globale" derivante dalle idee espresse dal gruppo, ma anche, una "specificità simbolica" che quel particolare alimento esprime nella ricorrenza di un determinato evento. L'assegnazione di questa visibilità più o meno ricorrente, è determinata non solo dalla cultura

egemonica, ma anche dalle sub-culture e dalle diverse religioni praticate nel nuovo contesto, espressione del proprio credo.

Va anche ricordato che alcuni di questi alimenti sono consumati solo nelle festività annuali, e questo sia per il loro valore simbolico, ma anche per la loro reperibilità squisitamente stagionale; quest'ultima, non sempre presente sul mercato del paese ospitante.

Attualmente, nei periodi di vigilia, la carne è sostituita spesso dal pesce considerato carne bianca ed idealmente più vicina alla frugalità; in realtà questo escamotage è un artificio del nostro tempo sempre più secolarizzato, tanto è vero che per gli immigrati provenienti da paesi più vicini alla tradizione, questo alimento è consumato soltanto dal 13,15% dei M e dal 21,21% delle F.

Le preferenze in fatto di sostituzione vedono nei M pietanze frugali con il 42,10%, mentre le F indicano come sostituzione preferibilmente frutta/cereali con ben il 46,96% del totale (Tab. 6).

6- Con quali alimenti vengono sostituiti?				
	M valori ass.	M valori rel.	F valori ass.	F valori rel.
Carni bianche	//	//	//	//
Pesce	5	13,15%	14	21,21%
Formaggi/uova	3	7,89%	9	13,63%
Cereali/frutta	14	36,84%	31	46,96%
Pietanze frugali	16	42,10%	12	18,18%

Inoltre si preferiscono pietanze cotte, in particolare al vapore, con il 34,21% per i M mentre le F preferiscono la cottura alla brace con il 16,66% ed una quasi totale assenza di consumo di carne cruda. Una parte importante è rappresentata dalle spezie piccanti, un indice confermato dalle F con il 59,09% di preferenze, mentre i M anche se danno un'indicazione meno evidente con il 13,15%, (non è detto che le disdegnino, forse tali risposte sono correlate alla scarsa informazione sui modi di preparazione richiesti, una cosa da donne) (Tab. 7)

7- Come sono preparate queste pietanze?				
	M valori ass.	M valori rel.	F valori ass.	F valori rel.
Più tipi di carni	4	10,52%	15	22,72%
Spezie piccanti	15	39,47%	39	59,09%
Ingredienti cotti di cui: a vapore	26	68,42%	38	57,57%
Fritti	13	34,21%	8	12,12%
alla brace	5	13,15%	3	4,54%
Crude	6	15,78%	11	16,66%
	0	//	4	6,06%

Sul tema degli alimenti impiegati nella preparazioni dei cibi consumati nei giorni di festa, si registra una netta preferenza per la carne, considerata tuttora un alimento costoso per popolazioni con un basso reddito, perlopiù consumata nei giorni di festa; il campione risponde con il 39,47%, per i M ed il 57,57% per le F, seguita dal pesce con 26,31% preferenze per i M e 25,75 % delle F. (Tab.8);

8- Quali sono gli ingredienti o alimenti base che compongono questi piatti?				
	M valori ass.	M valori rel.	F valori ass.	F valori rel.
Carne	15	39,47%	38	57,57%
di cui: agnello	4	10,52%	10	15,15%

Pollame	3	7,89%	20	30,30%
Maiale	8	21,05%	8	12,12%
Pesce	10	26,31%	17	25,75%
Verdure	5	13,15%	4	6,06%
Dolci	12	31,57%	12	18,18%

I gusti e le preferenze sono difficili da cambiare in tempi rapidi, come ad esempio una spiccata predilezione per alcuni tipi di carni come il maiale per i M con il 21,05% (a maggior provenienza dalla Romania), e per il pollame per le F con il 27,27% (molte originarie dei paesi Amerindi).

Il pesce è poco presente sulle tavole a causa dell'alto costo; le preferenze vedono i M con il 13,13% e le F con solo il 3,03%, il che evidenzia anche il differente potere d'acquisto tra i due sessi; mentre i cereali consumati sotto forma di vari tipi di pane é ben sottolineato dall'intero campione con il 39,47% per i M ed il 28,78% per le F; anche per quanto riguarda la consumazione di alcolici, spesso a basso costo vede i M con 26,31% di preferenze mentre le F si attestano sul 19,69%. (Tab. 9)

9- Quali sono gli alimenti base più consumati durante le festività in Italia?				
	M valori	M valori rel.	F valori ass.	F valori
	ass.			rel.
Carne	17	44,73%	34	51,51%
Di cui: agnello	4	10,52%	10	15,15%
Maiale	8	21,05%	6	9,09%
Pollame	2	5,26%	18	27,27%
Dolci	5	13,15%	17	25,75%
Alcolici	10	26,31%	13	19,69%
Pesce	5	13,13%	2	3,03%
Cereali	15	39,47%	19	28,78%

Ritualità e alimentazione lontano dalle proprie radici

"I doni fatti agli uomini e agli dei, hanno anche lo scopo di procurare la pace con gli uni e con gli altri" (Mauss M. 1965)

Secondo quanto espresso da molti intervistati, il loro modo di mangiare esprime la loro concezione etica di reciprocità e solidarietà; il convivio è l'occasione in cui vengono trasmesse regole e valori del gruppo di appartenenza e anche un modo di autocontrollo alla voracità e all'egoismo.

Quel particolare modo di mangiare, magari nello stesso piatto o bevendo nella stessa ciotola, esprime un tratto di eccellenza, una priorità culturale, una possibilità di comunicazione e scambio.

Questa condivisione è sostenuta sia dal controllo sociale molto presente nelle società tradizionali che dalla dottrina del contenimento dei consumi, indicativa in molte religioni. Diventa quindi importante alla fine della ricerca analizzare come, in ambito migratorio gli immigrati cambino o mantengano le proprie abitudini, oppure, come spesso accade, elaborino nel tempo un sincretismo alimentare, sempre più affine al modello autoctono e sempre meno a quello originario.

Molte delle usanze un tempo rispettate, qui in Italia vengono sempre meno osservate, l'aspetto edonistico prevale sempre più sul vero significato dell'evento religioso, anche se tra questi immigrati continua ad esserci una forte consapevolezza dell'importanza della festività religiosa.

Quando si fanno acquisti in particolare quelli alimentari, le scelte rispondono ad un puro criterio di utilità e di razionalità economica, finalizzata al soddisfacimento del bisogno primario di mangiare; se invece queste scelte sono fatte per festeggiamenti, vengono osservate regole ben precise, sulle scelte e l'elaborazione delle vivande e degli alimenti, sempre più accurate nella

loro specificità.

Importante è la base di criteri con cui vengono selezionati gli ingredienti, i modi di cucinarli e consumarli, prendendo ad esempio antiche ricette, magari revisionate con l'aggiunta di nuovi alimenti tipici del nuovo contesto, o perché impossibilitati a reperire quelli previsti.

Nel nostro Paese, l'aspetto cerimoniale è investito anche di un vissuto più secolarizzato e meno vistoso rispetto alle tradizioni dei paesi di provenienza ed anche se molti degli intervistati sono di religione Cattolica come la maggior parte degli italiani, non significa eguale assiduità nell'osservanza delle norme religiose. La stessa diversità si denota nel nostro Paese nei festeggiamenti svolti in zone rurali più legate alla tradizione religiosa, rispetto a quelli svolti in ambito cittadino o industrializzato, anche da parte di persone provenienti da tradizioni contadine.

Nella successiva domanda, il quesito "*le cerimonie più importanti sono osservate come un tempo*", i M rispondono con il 47,36%, solo per le più importanti, preferendo l'aspetto edonistico della festa, mentre le F con il 75,75%, rispondono con un "*si*" che le tradizioni sono ancora rispettate, mostrando un maggior impegno religioso. (Tab. 10).

10- Nel tuo gruppo le tradizioni religiose sono osservate come un tempo?				
	M ass.	valori M valori rel.	F valori ass.	F valori rel.
Si	15	39,47%	50	75,75%
No	5	13,15%	10	15,15%
Solo per le cerimonie più import.	18	47,36%	6	9,09%

Anche qui in Italia, gli intervistati dicono di avere una maggiore osservanza per le festività religiose rispetto a quelle civili, rispondendo affermativamente con il 63,15% dei M, ed il 68,18% delle F

Vi è poi una fetta del campione che dice di non rispettarle più, con un 15,78% per i M ed un 31,75% per le F; questa estraneità può indicare fattori discordanti; o l'immigrato ha subito un processo di acculturazione all'insegna della secolarizzazione, oppure presenta delle difficoltà economiche/sociali e quindi impossibilitato a seguire la tradizione del proprio paese. Affermano infine di aver assimilato nuovi modelli culturali che con il tempo hanno fatto propri il 18,42% dei M ed il 16,66% delle F dell'intero campione (Tab. 11)

11- In Italia rispetti le tradizioni alimentari del tuo paese?				
	M ass.	valori M valori rel.	F valori ass.	F valori rel.
Solo quelle religiose	24	63,15%	45	68,18%
Solo quelle civili P. origine	2	5,26%	4	6,06%
Solo le più importanti	1	2,63%	3	4,54%
E' un obbligo sociale	2	5,26%	7	10,71%
Non le rispetto più	6	15,78%	12	31,57%
Festeggio anche quelle italiane	7	18,42%	11	16,66%

In Italia le tradizioni culinarie possono subire rielaborazioni; spesso si mangia all'italiana e i divieti alimentari non sempre vengono rispettati nella loro assolutezza ed osservanza.

Il 36,84% dei M e il 33,33% delle F affermano di rispettare sempre i divieti religiosi; vi è anche un nutrito numero di adesioni per soluzioni opposte, che vede il 26,31% dei M, ed un altrettanto 22,72% delle F che dicono di non rispettare mai tali divieti. (Tab. 12)

12- In Italia rispetti i divieti alimentari per motivi religiosi?

	M valori ass.	M valori rel.	F valori ass.	F valori rel.
Sempre	14	36,84%	22	33,33%
Ma	10	26,31%	15	22,73%
Solo i più importanti	4	10,52%	12	18,18%
Saltuariamente	4	10,52%	13	19,69%
Non li rispetto più	10	26,31%	7	10,60%

Ci preme sottolineare come l'immigrazione porti con sé la doppia pratica alimentare e l'adozione di comportamenti differenti rispetto al passato. L'osservanza dei divieti alimentari avvertiti fortemente nel proprio paese, altrove presentano dei rinvii con una rivalutazione dei valori religiosi e dei tempi di attuazione; questi cambiamenti indurranno poi ad una mediazione tra il vecchio ed il nuovo.

La maggior parte delle persone intervistate sul rispetto dei divieti qui in Italia, dice di non osservare più le prescrizioni religiose di un tempo; potremmo supporre che chi emigra ha ben poco spazio e tempo per osservare la tradizione e la ritualità alimentare, in quanto è costretto a confrontarsi ogni giorno con la nuova realtà, immersa sempre più in un mondo moderno e secolarizzato.

Gli intervistati infatti rispondono con un no netto ben il 78,94% dei M, ed il 83,33% delle F; una parte del campione di religione Islamica afferma l'osservanza dei divieti prescritti durante il Ramadan, con il 13,15% dei M, e solo il 3,03% delle F. (Tab. 13)

13- In Italia rispetti il digiuno nei modi previsti dalla tua religione?				
	M valori ass.	M valori rel.	F valori ass.	F valori rel.
Sì	8	21,05%	11	16,66%
No	30	78,94%	55	83,33%
Solo giorni Ramadan	5	13,15%	2	3,03%

Stiamo parlando di una comunità di immigrati che presentano un'eterogeneità assai complessa e cerca di adattarsi al nuovo contesto con risultati non sempre gratificanti, ne tantomeno definitivi.

Una comunità che cerca di riproporre un tipo di alimentazione purtroppo non sempre uguale a quella conosciuta nel proprio paese e nello stesso tempo apprezza sempre più anche quella nostrana. Di qui la coniazione del termine "*modello bi-alimentare*", un'espressione che indica un soggetto con l'osservanza e pratica di due realtà alimentari diversificate tra loro.

Spesso i festeggiamenti si ricordano non solo in famiglia con il 39,47% per i M, ed il 46,96% per le F; molto sentito anche il legame con i propri connazionali con il 36,84% per i M, ed il 31,81% per le F; ma anche con la famiglia presso la quale si lavora, spesso come golf/badanti, con il 15,15% per le F, mentre i M non danno nessuna indicazione; oppure non si festeggia per nulla, come dimostrano le risposte dei M con il 26,31% e delle F il 16,66% del totale. (Tab. 14)

14- In Italia con chi festeggi le ricorrenze festive?				
	M valori ass.	M. valori rel.	F valori ass.	F valori rel.
In famiglia	15	39,47%	31	46,96%
Con gli amici anche italiani	3	7,89%	5	7,57%
Con i miei connazionali	14	36,84%	21	31,81%
Non le festeggio più	10	26,31%	11	16,66%
Secondo situazioni	2	5,26%	5	7,57%
Nella famiglia in cui lavoro	//	//	10	15,15%

Abbiamo detto comunità bi-alimentare perché vi è una condivisione nella realizzazione dei piatti tipici, anche se vi sono differenze come appunto nella quantità e nella dose degli alimenti adoperati, nelle ricette, nelle modalità di cottura, in un sincretismo culturale tra la tradizione ed il nuovo.

Nonostante la difficile situazione sociale spesso inevitabile per chi decide o è costretto all'emigrazione, il sentimento che unisce nei giorni di festa è sempre presente, anche se con sfumature e diversa partecipazione dei soggetti, forse dettata dal caso o dall'adattamento che l'immigrato vive e sperimenta in quei giorni.

Discussione

“Nessuna ritualità alimentare o banchetto totemico è analizzabile in sé, se non compreso all'interno dei valori simbolici, che la comunità gli attribuisce, secondo le proprie caratteristiche fondative, precipue e culturali” (R. Marchetti)

La ritualità alimentare osservata nei giorni di festa, ha origini antichissime che si perdono nella notte dei tempi; dal banchetto totemico ritualizzato, si passò ad una dematerializzazione del pasto in comune all'interno della comunità, trasformando il cerimoniale in una totale simbolizzazione dell'offerta di cibo agli Dei, considerato anche come atto di espiazione delle proprie colpe.

La tradizione legata alla ritualità alimentare si arricchì nei vari contesti di nuovi significati legati al consumo di alimenti, come per l'appunto il comportamento mansueto l'agnello simboleggia presso quei popoli dediti alla pastorizia l'innocenza sacrificale, rivestendo particolare importanza sia nella Pasqua ebraica che in quella Cristiana.

Stesso rivestimento simbolico è riservato all'uovo, un'entità cellula contenitore di vita che in periodo pasquale torna prepotentemente sulle tavole; esso è simbolo di festività religiose, ed il suo consumo è presente in quasi tutte le culture, favorito dell'allevamento di animali da cortile.

Già 5.000 anni fa i persiani salutavano l'arrivo della primavera con lo scambio di uova e con la stessa valenza, questo scambio di doni era presente anche nella cultura egizia e greco-romana, adottato poi dalla tradizione giudaico-cristiana. Nel corso dei secoli, per la sua duplice natura simbolica (il tradizionale consumo di uova) si trasformò in simbolo religioso, espressione della rinascita della natura (primavera), ma soprattutto l'affrancamento dal peccato (morte dell'anima).

Per quel che riguarda il pane, l'alimento più diffuso nell'area mediterranea, è da sempre un richiamo al nutrimento, questo anche in ricordo di passate carestie; anche i pesci come il pane, la vite e l'ulivo, sono prodotti tipici delle comunità che si affacciano nel bacino Mediterraneo, e conseguentemente inseriti nella dieta Mediterranea.

L'impasto di cereali e la sua trasformazione in vari tipi di pane, sono a salvaguardia della vita terrena, ma anche nutrimento per lo spirito; di qui l'accostamento all'Eucaristia in ricordo dell'ultima cena, come *“invitati alla mensa del Signore”*. L'abbondanza di questi prodotti che simboleggiano anche il favore divino, vennero poi inseriti nella liturgia e nell'iconografia cristiana.

Un'iconografia emigrata e fatta propria anche da popolazioni evangelizzate come quelle amerinde, che seppero coniugare le abitudini e le credenze *“dei conquistadores”* con le loro; queste erano pregnanti nel vissuto delle comunità, il loro valore simbolico e politico/religioso coincideva anche nelle figure dei sacerdoti, che al tempo stesso erano anche figure politico/istituzionali.

Stessa analisi per gli immigrati di religione musulmana. *Il Corano impone a tutta la comunità musulmana lo stesso ritmo di vita: le preghiere al richiamo del sacerdote (muezzin), il digiuno*

dall'alba al tramonto nel mese di (Ramadan), le grandi feste, i pellegrinaggi soprattutto quello alla Mecca... Valgono per tutti le stesse consuetudini e gli stessi divieti alimentari" (P. Gorge 1983)

Tuttora le tradizioni molto sentite nel paese di origine, in terra d'immigrazione subiscono un affievolimento di consensi e forse alcune modifiche nella loro connotazione originaria, e le ragioni vanno ricercate soprattutto nella nuova collocazione sociale dell'immigrato.

Diverso status sociale, adattamento a nuovi stili di vita, l'accettazione o perlomeno la conoscenza di differenti credi religiosi, possono portare a differenti valutazioni sui divieti alimentari dettati dalla propria fede.

Chi emigra, con il tempo adotterà anche modi diversi sul come vivere le festività, religiose o civili della propria cultura, rielaborando alcune tra le tradizioni tipiche del paese ospitante, adattandole poi alle proprie credenze e abitudini, all'insegna della modernità.

Accanto all'aspetto ludico della società consumistica si percorre sempre più la ricerca scientifica, che a volte rivaluta gli antichi precetti, trovando nella moderna scienza dell'alimentazione valide giustificazioni nelle indicazioni, da un punto di vista esclusivamente nutrizionistico

Festa, cibo, commensali, modi di mangiare, spazi riservati alla convivialità, sono tutti elementi culturali che nel nuovo contesto assumono altre dinamiche ed altri significati simbolici; una chiave di lettura antropologica quella sul cibo, che diventa un formidabile spazio di osservazioni sulle differenze culturali e i possibili sincretismi in atto sempre più accettati da parte del migrante che vuole in qualche modo integrarsi nel nuovo contesto

Risultati

Dall'analisi delle risposte dei test, possiamo in definitiva trarre alcune schematiche considerazioni:

1. Per quanto riguarda le festività dai risultati si evidenzia che sono maggiormente osservate quelle religiose, sia in terra d'origine che nel paese di immigrazione;
2. In queste occasioni, gli ingredienti e/o alimenti di base più frequentemente utilizzati sono la carne e cereali, ma anche i dolci ed in alcuni gruppi anche gli alcolici.
3. Si riscontrano delle differenze comportamentali, per quanto riguarda il rispetto dei divieti alimentari: infatti, si riscontra una maggiore sensibilità al fattore religioso in terra d'origine, verosimilmente per un maggiore controllo sociale;
4. Si possono notare altre differenze per quanto riguarda altri aspetti del modo di festeggiare, legate a diversi fattori: nel paese d'origine infatti, dove i rapporti parentali sono molto sentiti, vi è una maggiore convivialità e reciprocità durante i giorni di festa, che vengono vissuti anche come occasioni d'incontro e di riunione;
5. In terra d'immigrazione, non tutte le ricorrenze vengono festeggiate, dato che i vincoli parentali e amicali diventano sempre più labili, ed alcune volte si esauriscono nel tempo. Si cominciano a frequentare amici di altre nazionalità, con differenti modi di aggregazione e una nuova sensibilità con lo stare insieme nella convivialità e nel festeggiare anche le ricorrenze presenti nel paese ospitante.

Conclusioni

"l'adempimento di un cerimoniale può essere effettivamente comparato all'osservanza di una serie di leggi non scritte" (S. Freud 1985)

Fino a pochi decenni or sono le pratiche sull'osservanza dei divieti alimentari si erano mantenute con una certa continuità nel tempo; progressivamente, tali abitudini divennero sempre meno osservate causa l'avvento della società dei consumi e la rivisitazione di tradizioni

ormai sorpassate.

Il processo di secolarizzazione presente in tutto il mondo Occidentale è meno evidente nei paesi in via di sviluppo, dove la religiosità è più sentita e praticata; anche se la maggioranza degli intervistati afferma che, nel proprio paese di origine, in questi ultimi periodi l'osservanza delle regole sulla ritualità alimentare è divenuta meno evidente, benché fondamentalmente si continuano a usare procedimenti di preparazione e cottura dei cibi tipici della loro tradizione culinaria.

In Italia, il folclore originario dell'immigrato risente dei cambiamenti dettati dal nuovo contesto, molto differente dal proprio, sia in ambito sociale, che culturale, religioso ed anche economico.

Per quanto riguarda l'impatto della nuova situazione esistenziale sulle abitudini alimentari (quindi anche quelle di tutti i giorni) si può concludere che in generale l'immigrato diventa, con il trascorrere del tempo e con il miglioramento delle sue condizioni economiche, un soggetto bi-alimentare; cambiando il concetto di ritualità del mangiare insieme, adottando l'aspetto edonistico del mangiare all'italiana.

L'adesione a culture così differenti dalla propria, in un ambito importante come quello delle abitudini alimentari, costituisce un forte segnale positivo di innovazione e d'integrazione sociale.

Si auspica per l'appunto un maggiore interscambio di idee e sentimenti cooperativi, anche se vanno preservate le proprie peculiarità, che sono la ricchezza di ogni popolo, ed anche di ognuno di noi.

Bibliografia

1. A.A. Enciclopedia delle religioni . Garzanti editore, 1989
2. Bastide R. Sociologia delle malattie mentali. La Nuova Italia, 1981
3. Douglas M. Antropologia e simbolismo. Il Mulino, 1885
4. Ferrarotti F. Il filo spezzato: disagio, esclusione sociale e povertà nel Lazio. Cripes, 2000
5. Freud S. Totem e tabù. Newton Compton Editori, 1985
6. Grinberg R. Grimberg C. Psichiatria e cultura. Franco Angeli, 1990
7. Grinberg R Grimberg C Psicoanalisi dell'emigrazione e dell'esilio. Franco Angeli, 1990
8. Geertz C. Interpretazione di culture. Il Mulino, 1987
9. Harris M. Cannibali e re. Universale Economica Feltrinelli, 1988
10. Harris M. La nostra specie. Rizzoli, 1991
11. Lévi-Strauss C. Il crudo e il cotto. Il Saggiatore, 1980
12. Marchetti R. Immigrazione ed abitudini alimentari. Atti Congresso Nazionale SIMM,2004
13. Marchetti R. Consumi sostanze voluttuarie tra gli immigrati extracomunitari. Atti Congresso Nazionale dei Workshop IIMS, 2003
14. Mauss M. Teoria generale sulla magia. Scientifica Einaudi, 1965
15. Mellina S. Psicopatologia dei migranti ed altri saggi. Lombardo, 1992
16. Nathan T. La follia degli altri elementi, in etnopsichiatria. Ponte alle Grazie, 1990
17. Róheim G. Psicanalisi e antropologia. Rizzoli Editore, 1974

Consumi alcolici e migrazione

“Le modalità del bere, la cultura ed i riti, i consumi e gli abusi, un dibattito per una società multiculturale in trasformazione”

Rosanna Marchetti

Sociologa volontaria c/o l'Area sanitaria Caritas di Roma

Collabora con il "Centro Alcolico della Regione Lazio – Az. Policlinico Umberto I° Roma

Introduzione

L'esigenza di disporre di una chiave di lettura il più possibile esaustiva per la comprensione del complesso e variegato universo immigrazione, è compito principe di numerosi professionisti, che prestano la loro opera nel sociale e tra questi le varie realtà del volontariato.

Molti di coloro che operano professionalmente nel comparto Sanità, hanno da tempo attivato una più attenta analisi al fenomeno migratorio, rispetto a chi è estraneo a questo tipo di approccio, e questo anche grazie all'ausilio di metodologie che si riferiscono alla Medicina transculturale.

Libere da pregiudizi e stereotipi, queste metodiche danno al contempo massimo valore e attenzione alla persona che, nel momento in cui chiede aiuto, è bisognosa di cure, indipendentemente dal suo status giuridico o etnia di appartenenza.

Strutture pubbliche e organizzazioni di volontariato lavorano spesso nel settore dell'immigrazione, anche con contatti diretti tra operatori sia in campo preventivo che di assistenza; la legge 40/98 prevede che sia garantito a tutti i residenti sul territorio nazionale, (anche agli immigrati irregolari) la tutela alla salute, facendo divieto al personale sanitario di denunciare casi d'irregolarità giuridica.

Non è facile nell'immediato superare le difficoltà e le differenziazioni che permangono tra culture molto diverse tra loro, alimentate anche da possibili diffidenze ed incomprensioni da ambo le parti.

Da non dimenticare la persistenza di quel senso di rifiuto all'interagire, tutt'ora presente in alcune sacche del sociale; una sommatoria d'inconvenienti che alimentano i disagi incontrati da molti immigrati e tra questi anche la possibilità di usufruire dei servizi sanitari pubblici.

Altro elemento correlato al difficile inserimento sociale che l'immigrato sperimenta, è l'esiguo numero di pazienti extracomunitari rispetto alle presenze sul territorio che utilizzano le strutture sanitarie pubbliche. A questo punto c'è da domandarsi se queste situazioni lacunose sono da attribuirsi alla mancata informazione, oppure ad uno scarso senso dell'accoglienza ed elasticità culturale, a fronte di problematiche per noi nuove, come la diversità che questi manifestano nella sintomatologia e nel linguaggio del corpo.

Questo significa mancanza di comunicazione e minor efficacia preventiva/curativa, anche se con il passare del tempo pregiudizi particolarmente radicati come la difficoltà nel rapportarsi con loro, vengono via via superati, o semplicemente migliorati nell'interpretazione e decodificazione della modalità di comunicare, come ad esempio la gestualità differente dal nostro modo interpretativo.

Chi decide di migrare dal proprio paese, sovente è in buona salute psico-fisica, ed in grado di affrontare con maggiore sicurezza ed autonomia i rischi e le privazioni che il viaggio comporta. Lo stato di buona salute è necessario soprattutto in terra d'immigrazione, quando il migrante è più esposto a possibili malanni per le precarie condizioni di vita spesso sperimentate e, conseguentemente, la possibilità che nel tempo possa contrarre delle malattie figlie del degrado e dell'abbandono; oppure, fare proprie delle abitudini lesive, come l'abuso alcolico. Quest'ultimo sta assumendo sempre più un aspetto macroscopico, coinvolgendo soggetti appartenenti a strati sociali un tempo estranei a questo fenomeno, come per chi proviene da paesi islamici.

Un "*passo in più*" verso la dipendenza alcolica, correlata ad altre sintomatologie che esprimono forme di disagio sociale come le affezioni da raffreddamento presenti tra i senza fissa dimora, l'insufficiente e sregolata alimentazione per i meno abbienti, malattie sessualmente trasmesse.

In alcuni casi si riscontra la presenza di doppia diagnosi, con un'inevitabile vissuto all'insegna di "*deriva sociale*" vivendo quotidianamente l'impasse dell'esclusione; un fenomeno sicuramente sottostimato perché molti immigrati che non disdegnano l'ubriacatura soprattutto nei "*fine settimana*", si sottraggono a possibili interventi di diagnosi, cura e percorso di reinserimento sociale.

Materiali e metodi

La posizione geografica dell'Italia, considerata la porta d'ingresso verso i paesi della ricca Comunità Europea, è il confine che l'immaginario collettivo indica come *delimitazione* tra il nord del mondo ed il suo benessere ed il sud del pianeta caratterizzato dall'arretratezza socioeconomica.

Il fenomeno della migrazione è in continuo aumento; la popolazione immigrata presente sul territorio italiano, presenta al suo interno una sempre più evidente diversificazione dal punto di vista etnico, linguistico, religioso, culturale.

Una connotazione sociale variegata che determina la necessità da parte delle istituzioni di un innovativo adeguamento delle proprie strutture alla nuova situazione, come risposte più efficaci e sollecite, per richieste tra le più diversificate, soprattutto nel campo dell'assistenza sanitaria.

In quest'ambito va ribadito che l'abuso di bevande alcoliche può provocare stati morbosi che, con il persistere di comportamenti a rischio, possono tradursi in patologie croniche, oppure favorire comportamenti antisociali quali: ubriachezza, schiamazzi, atti violenti o vandalici, aggressività, ecc., una serie d'indicatori che sicuramente non favoriscono l'inserimento sociale di queste persone, ma ne accentuano l'esclusione e la deriva sociale.

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*" atti Congresso Nazionale dei Workshop IIMS, 2003; questa a sua volta si articolava in cinque distinte tematiche quali: "*Consumi sostanze voluttuarie*", atti Congresso Nazionale dei Workshop IIMS, 2003; Immigrazione ed abitudini alimentari, atti SIMM Pa 2004 "*L'alimentazione materno-infantile*" atti SIMM Pa 2004; "Migranti e ritualità alimentare" Consumi alcolici in contesto migratorio" (in questo scritto).

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

Quando la ricerca si svolge direttamente sul campo, a diretto contatto degli interessati, e con la possibilità che si definiscano situazioni spesso imprevedute dal progetto iniziale, può verificarsi che qualche altro avvenimento o indicatore culturale si inserisca nella rilevazione dei dati; situazioni queste, tra le più probabili soprattutto se l'ipotesi di lavoro è inedita o poco studiata.

Stiamo parlando di discipline sociali che nella loro formulazione, spaziano in molti campi dell'agire umano, un approccio scientifico né uniforme né rettilineo come può esserlo in special modo lo studio riguardante "*culture altre*", ricco di fenomeni ed elementi culturali, spesso sconosciuti o poco evidenziati, e proprio per questo che vanno adeguatamente indagati.

Una pluralità d'indicatori, dettata dalla necessità di analizzare le preferenze del soggetto intervistato, colui che ha scelto di migrare, del suo bisogno di risolvere i propri problemi esistenziali, le proprie possibili debolezze come l'abuso di alcolici, oppure l'adozione di una corretta alimentazione ed un moderato consumo di bevande alcoliche.

La ricerca si è svolta interamente presso il Poliambulatorio Caritas di Roma di via Marsala, avvalendosi 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; per alcuni dei quesiti proposti,

quando era ritenuto utile, era possibile esprimere più di un parere.

L'argomento qui analizzato tratta di consumi/abusi alcolici e possibili comportamenti a rischio che pazienti immigrati in cura presso la Caritas, possono adottare. Il problema degli abusi di alcolici sta assumendo un aspetto macroscopico, coinvolgendo soggetti sociali un tempo assenti dal fenomeno, come ad esempio quei soggetti provenienti da paesi dove il consumo è pressoché inesistente.

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).

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 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).

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 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 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 risultano 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. (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).

Struttura del campione

Tab.a				
Totale pazienti	M valori ass.	M valori rel.	F. valori ass.	F valori 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				
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.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

Tab.e					
Continente	Paese d origine	M valori ass.	M valori rel.	F valori ass.	F valori 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. 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				
S o g g i o r . 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	/	/

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 valori 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

Stato di salute

La differenza, che trasforma il disagio sociale (presente al loro arrivo in un contesto diverso da quello abituale), in disturbo psichico, risiede non solo nel modo in cui l'immigrato percepisce il "contesto situazionale" in cui è calato, ma soprattutto, in come metabolizzerà il processo d'integrazione o eventualmente, l'esclusione dallo stesso. La sofferenza vissuta con patos dagli immigrati per la mancanza di senso di accoglienza che spesso si trasforma in una ghettizzazione di intere comunità, risulta, dunque, essere supportata da evidenti difficoltà oggettive.

In tal senso bisogna evitare l'emarginazione, ossia: allontanare la visione delle differenze tra il soggetto e la comunità autoctona percepiti come disvalore, bensì aprirsi ad un arricchimento finalizzato al processo di cooperazione in una società eterogenea.

Così pure, nei primi tempi del soggiorno italiano, in molti permangono le buone condizioni di salute; poi, nel prosieguo della permanenza, soprattutto in chi sperimenta precarietà abitative e vagabondaggio, possono insorgere patologie da raffreddamento, o da dipendenza come l'alcolismo, che risultano essere tra le più ricorrenti e compromettenti.

Patologie contratte paese di origine

Gli extracomunitari presenti in Occidente, non vengono dalla foresta, ma dalle città urbanizzate del proprio paese; luoghi dove si possono più facilmente contrarre malattie così dette "della società dei consumi" presenti anche in Occidente.

Molti di questi immigrati hanno già effettuato una prima migrazione dal villaggio alla città, successivamente dal proprio paese in altre nazioni limitrofe e poi nel nostro, o direttamente in Italia.

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

Tab.o					
Patologie contratte orig	p	M valori assoluti	M valori relativi	F valori assoluti	F valori relativi
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	/	/

Patologie contratte in Italia

La differenza, che trasforma il disagio sociale (presente al loro arrivo in un contesto diverso da quello abituale), in disturbo psichico, risiede non solo nel modo in cui l'immigrato percepisce il "contesto situazionale" in cui è calato, ma soprattutto, in come metabolizzerà il processo d'integrazione o eventualmente, l'esclusione dallo stesso. La sofferenza vissuta con patos dagli immigrati per la mancanza di senso di accoglienza che spesso si trasforma in una ghettizzazione di intere comunità, risulta, dunque, essere supportata da evidenti difficoltà oggettive.

In tal senso bisogna evitare l'emarginazione, ossia: allontanare la visione delle differenze tra il soggetto e la comunità autoctona percepiti come disvalore, bensì aprirsi ad un arricchimento finalizzato al processo di cooperazione in una società eterogenea.

Così pure, nei primi tempi del soggiorno italiano, in molti permangono le buone condizioni di salute; poi, nel prosieguo della permanenza, soprattutto in chi sperimenta precarietà abitative e vagabondaggio, possono insorgere patologie da raffreddamento, o da dipendenza come l'alcolismo, che risultano essere tra le più ricorrenti e compromettenti. (tab. p)

Tab. p					
Patologie contratte in It.		M valori assoluti	M valori relativi	F valori assoluti	F valori 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
Renali		3	7,89	2	3,03
Anemia		1	2,63	/	/
Dermatiti		2	5,26	/	/

Consumi alcolici e modalità di assunzione

E' da più parti dimostrato che un precoce accostamento al consumo di bevande alcoliche

comporta una maggiore possibilità dell'insorgenza di PAC (patologie alcol-correlate), perché la tossicità presente nella bevanda ha maggiore incisività in età adolescenziale.

Durante l'adolescenza, periodo critico dello sviluppo umano proprio per la giovane età dei soggetti, possono ritenersi a rischio soprattutto per quel che riguarda le imitazioni di comportamenti, l'adozione di quelle forme di consumo considerate dagli adulti come "socialmente tollerate".

Da sottolineare che per quel che riguarda la prima esperienza sulla consumazione di alcolici, questa avviene quasi sempre in famiglia, perlopiù in occasioni di festività.

Al vino viene conferito un ruolo celebrativo, e la loquacità che esso procura è erroneamente intesa come risorsa, soprattutto da parte di ragazzi che presentano una qualche forma di difficoltà di socializzazione o più semplicemente timidezza; la birra consumata, anch'essa principalmente in età adolescenziale/giovanile è spesso associata a valenze di tipo simbolico e di appartenenza al gruppo; mentre i superalcolici possono correlarsi alla cosiddetta "cultura da sballo", un'idea falsata su come accedere ad una dimensione "adulta" finora sconosciuta, inedita, un ruolo nuovo ed importante da rivestire all'interno del gruppo. (tab. 1)

1-Quando hai bevuto per la prima volta alcolici?					
Vino		M valori as.	M valori rel	F valori as.	F valori rel
	Mai	8	21,05	19	28,78
	Paese orig.	28	73,68	45	68,18
	Paese imm.	2	5,26	1	1,51
Birra					
	Mai	8	21,05	19	28,78
	Paese orig.	26	68,42	45	68,18
	Paese imm.	4	10,52	1	1,51
Super alcol					
	Mai	8	21,05	22	33,33
	Paese orig.	24	63,15	40	60,60
	Paese imm.	6	15,78	4	6,06

Al di sopra di 5 drink di vino/birra al giorno, il consumo alcolico è considerato come "sopra soglia", una condizione che può facilitare il rischio di ipertensione, di infarto cardiaco ed ictus, mentre nei bevitori moderati la casistica risulta meno rilevante; va quindi sottolineato che, bere moderatamente a pasto, può essere consigliabile, se non vi sono controindicazioni, per gli astemi è bene che continuino a non bere.

Per quanto riguarda particolari periodi della vita come lo stato di gravidanza o dell'allattamento, è necessario astenersi dall'assumere alcolici, così pure chi deve affrontare un viaggio, in caso di assunzione di farmaci, durante le ore di lavoro (soprattutto di manovalanza) per il possibile alto rischio di infortuni causa l'intorpidimento procurato.(tab. 2)

2- Quale la quantità di alcolici che consumi attualmente?					
Vino/birra		M valori as.	M valori rel	F valori as.	F valori rel
	Mai	8	21,05	19	28,78
	Saltuario	6	15,78	23	34,84
	Sotto soglia	22	57,89	21	31,81
	Sopra soglia	2	5,26	2	3,03
	Alcolista	2	5,26	2	3,03
	Fuori pasto	2	5,26	3	4,54
Super alcol					
	Mai	8	21,05	22	33,33
	Saltuario	20	52,63	42	63,63
	1 drink die	8	21,05	/	/
	La mattina	2	5,26	2	3,03

Si osserva una certa disinformazione per gli effetti dannosi che l'alcol procura, anche se gli intervistati riferiscono che per la maggior parte, il loro consumo di alcolici è solo durante i pasti; vi è comunque tra loro chi abusa periodicamente di alcolici, come nei momenti di ritrovo con gli amici il sabato sera, spesso anche con la relativa "sbornia di gruppo".

Nello studio della dipendenza alcolica, una particolare rilevanza va attribuita agli aspetti psicologici presenti nel soggetto: oltre ad una certa predisposizione al consumo incontrollato di alcolici, spesso derivato anche dall'interiorizzazione di modelli comportamentali familiari (i 2/3 degli alcolisti ha un familiare alcolista, spesso il genitore), s'intravede anche una personalità tipicamente antisociale; non a caso l'alcolismo è considerato anche una malattia della famiglia in quanto, tutti i componenti del nucleo familiare risentono della difficile convivenza, spesso improponibile con un alcolista.

Nell'atto dell'abuso il soggetto esprime una condizione di malessere interiore, vi è un'irrefrenabile ricerca della novità, come risposta a determinati stimoli ambientali; oppure una effimera fuga dal dolore per evitare frustrazioni e situazioni avverse, ed infine la fittizia gratificazione che l'alcolista è convinto di provare, in un rapporto di dipendenza psico-fisica con "la magica pozione".

Il nostro campione riferisce di bere perlopiù a pasto, con dosi da ritenersi sotto soglia, a parte i casi sopra soglia correlabili alle sbornie sperimentate durante il fine settimana; qualcuno prima di emigrare aveva già sviluppato la dipendenza alcolica. (tab. 3)

3-Quale consumo di alcolici avevi prima di migrare?				
	M valori as.	M valori rel	F valori as.	F valori rel
Saltuariamente	5	13,15	14	21,21
Solo a pasto	16	42,10	26	39,39
Con moderazione	1	2,63	2	3,03
Ubriacavo fine sett	6	15,78	5	7,57
Sono alcolista	2	5,26	2	3,03
Mai bevuto	8	21,05	19	28,78

La stima di "sotto soglia", presente nella tabella sovrastante, raccogliendo un alto indice percentuale, ha con ogni probabilità una qualche relazione con le poche disponibilità economiche che molti di questi immigrati hanno al momento dell'intervista; la maggior parte

di loro non ha un reddito, anche minimo, mentre “il bere”, anche se di qualità scadente ha i suoi costi.

Queste ristrettezze economiche, dovute anche al mancato inserimento lavorativo di questi immigrati, sono alcune delle motivazioni alla base di questi mancati consumi, peraltro momentanei; altrimenti, in condizioni socio economiche migliori, potrebbero superare anche il limite del bere moderato.

Un'ultima considerazione, per quanto riguarda la quantità dei consumi alcolici, è quella correlata alla provenienza del soggetto; la maggior parte del campione è originaria dell'Europa dell'est, dove il bere alcolici è praticato liberamente; anzi, tra queste popolazioni si registra un'alta percentuale di alcolisti o forti bevitori.

La cultura del bere

Il consumo di alcolici è estremamente diffuso, ed ogni gruppo ha elaborato un proprio modo del bere ed una ritualità dello stare insieme nella convivialità, con proprie modalità sia nei consumi, sia nell'approccio alla bevanda stessa.

Si riscontrano delle diversità nella gradazione tra le diverse bevande a seconda della materia prima utilizzata, così pure nelle quantità consumate, e nel ripetersi temporale nell'arco della giornata.

Vi sono poi delle regole ascritte interiorizzate dal gruppo sulla permissività correlata oltre che al sesso anche alle fasce d'età, nella possibilità di reperire il prodotto, nella particolarità culturale; per questo ogni gruppo che ne fa uso, condanna o favorisce socialmente il consumo.

Va comunque ribadito che chi sviluppa la dipendenza alcolica, non potrà mai mettere fine alle sofferenze indotte dall'alcolismo, né definirsi definitivamente fuori dal problema; egli resta sempre e comunque un alcolista: Con il tempo, egli acquisisce la condizione di “astinente” (nessun consumo di alcolici), che può essere seguita anche da un cambiamento comportamentale, un distacco emotivo dalla sostanza definito dagli Alcolisti Anonimi come “stato di sobrietà”.

Il problema non è tanto il consumo di alcolici, ma quando e in che misura e le motivazioni che il soggetto formula, che ne sostengono l'abuso.

Di fatto, la cultura del bere assume anche una fenomenologia sociale correlata alle diverse situazioni in cui la bevanda alcolica viene bevuta: ritualità del gesto, il suo agire socializzante tra la convivialità e lo stare nel gruppo, sono tutti riferibili a modelli comportamentali che fanno parte di tradizioni spesso locali, e in modo più pregnante familiari/amicali (tab. 4)

4- Nella tua cultura come è considerato il bere gli alcolici?				
	M valori as	M valori rel	F valori as	F valori rel
Consumo moderato	11	28,94	16	24,24
Consentito solo ♂	4	10,52	13	19,69
S o c i a l m e n t e condannato	2	5,26	3	4,54
Consumo libero	17	44,73	41	62,12
Divieto religioso	8	21,05	2	3,03

La produzione di bevande alcoliche e il conseguente consumo sono in forte aumento in molte parti del mondo: la birra è prodotta in sempre maggiore quantità anche nei paesi in via di sviluppo, imponendosi come la bevanda alcolica più consumata a livello mondiale, seguita dal vino soprattutto nei paesi produttori dell'area Mediterranea, mentre per i super alcolici (in rapporto anche al loro prezzo) si riscontrano minori consumi nelle preferenze degli

immigrati.

L'umanità consuma alcol sotto vari tipi di bevande da ben 15.000 anni; una simbologia importante è correlata alla pozione alcolica, soprattutto durante i riti religiosi (es. riti dionisiaci, riti saturnini, riti cristiani, etc.), nelle festività, in molti momenti legati alla socializzazione come nei rapporti formali, nell'intimità dei propri affetti con amici e parenti. (tab.5)

5-In quale occasione hai bevuto per la prima volta alcolici?					
Vino/birra		M valori as	M valori rel	F valori as	F valori rel
	Mai	8	21,05	19	28,78
	Festività	16	42,10	33	50,00
	Momento difficile	/	/	1	1,51
	Con amici	10	26,31	11	16,66
	In famiglia	15	39,47	18	27,27
Super alcol					
	Mai	8	21,05	23	34,84
	Festività	16	41,10	33	50,00
	Momento difficile	/	/	1	1,51
	Con amici	19	50,00	18	27,27
	In famiglia	/	/	/	/

Va in ogni caso individuato “cosa significa bere moderato”, considerando che le opinioni in proposito appartengono all'immaginario collettivo che è anche molto variegato tra i gruppi sociali, per la mancanza di una precisa valutazione quantitativa da parte del mondo scientifico; ne deriva che l'uomo comune si rifà ai propri modelli culturali non sempre coincidenti con la reale quantità consigliabile dal punto di vista dietetico, optando in alcuni casi anche per un bere “sopra soglia” da considerare a rischio sia per un probabile alcolismo, sia per ragioni sanitarie.

L'immigrato proveniente da società dove il consumo alcolico è notevole (es. europei dell'Est, sud americani), può non riconoscersi per ragioni culturali come soggetto a rischio di PAC, continuando a proporsi condotte imprudenti che lo porteranno verso la dipendenza alcolica.

Stiamo parlando di quel confine estremamente labile che segue un “continuum” che va dal consumo moderato ad un quantitativo incontrollato; da una modalità di bere non manifesta nell'immediato in modo visibile, ma costante e sempre presente; un lungo percorso caratterizzato anche da forti bevute durante i fine settimana, tanto da procurare uno stato di ebbrezza, sempre più costante nel tempo, fino a diventare un vero alcolista.

A questi, viene spesso associato anche un forte tabagismo (sempre presente in soggetti alcolisti o comunque forti bevitori), con comportamenti alimentari tipici dell'alcolismo attivo come la malnutrizione, o la sotto alimentazione. (tab 6)

6-Da quando bevi alcolici come è cambiata la tua alimentazione?				
	M valori as	M valori rel	F valori as	F valori rel
Non bevo	8	21,05	19	28,78
Nessun cambiamento	23	60,52	30	45,45
Regolare	5	13,15	15	22,72
Mangio sregolato/ alcolista	2	5,26	2	3,03

Consumi alcolici In Italia

Non si può parlare di condotte alcoliche senza tenere in considerazione i problemi sociali con cui queste persone devono condividere la loro esperienza migratoria.

Dietro le abitudini del “bere smodato”, c'è tutto un contesto difficile col quale interagire, un groviglio di vissuti influenzati non solo da scelte sbagliate, ma anche da fattori ambientali, che condizioneranno “opzioni e condotte”, forse, apparentemente insignificanti, che poi, si riveleranno, veri e propri “comportamenti a rischio” per la salute.

Lo stress da transculturalità presente negli immigrati extracomunitari è una “sofferenza emotiva”, conseguente sia alla perdita delle proprie radici culturali, sia alle difficoltà soggettive che vi sono per la mancata integrazione.

Un modo di vivere degenerativo che ostacola l'elaborazione di una nuova identità di valori, forse quel “determinante oscuro” che può condurre a condizioni di vita difficili da gestire, come per chi si è avvicinato a comportamenti tipici della dipendenza alcolica.

Il crescente consumo di queste bevande, anche tra immigrati provenienti da regioni estranee a questi usi, fornisce una chiave di lettura sulla fenomenologia del disagio sociale.

Condizioni antro-po-esistenziali degenerative diffuse in vaste aree metropolitane delle nostre città, dove la presenza migratoria è più alta che altrove, vede nell'alcolismo uno degli elementi che determinano il fallimento sia sociale sia personale di questi soggetti. (tab.7)

7-Tra i tuoi connazionali come è cambiato il consumo di alcolici qui in Italia?				
	M valori as	M valori rel	F valori as	F valori rel
Non ne parlano	3	7,89	8	12,12
Bevono con moderazione	10	26,31	25	37,87
Non accettano chi abusa	4	10,52	8	12,12
Consentito solo ♂	1	2,63	3	4,54
Condanna sociale	8	21,05	2	3,03
Molti si ubriacano	16	42,10	22	33,33

Nella cultura italiana, il consumo di alcolici (soprattutto vini), è da sempre supportato dalla tolleranza, sia per la storicità radicata nel nostro paese a tale consumo, sia perché l'Italia è tra i primi produttori vitivinicoli del mondo; una chiave di lettura che risponde parzialmente al perché del “sottostimato intervento” da parte delle istituzioni, sulle possibili cause che determinano gli alti tassi di morbilità e di mortalità di patologie alcol-correlate.

E'indubbio che i consumi alcolici prestano la loro azione socializzante solo se bevuti con moderazione; nei casi, invece, dove si riscontra una progressiva abitudine all'abuso, la vita relazionale ed affettiva di questi immigrati è profondamente incisa. (tab. 8)

8- Che valore culturale attribuisce al tuo bere qui in Italia?				
	M valori as	M valori rel	F valori as	F valori rel
Non bevo	8	21,05	19	28,78
Fa parte alimentazione	8	21,05	18	27,27
Già bevevo alcolici	9	23,68	4	6,06
Socializzazione	11	28,94	23	34,84
Adeguarsi nuovi comportamenti	2	5,26	2	3,03

Le strategie nel trattamento dell'alcolismo devono prevedere, oltre ai vari presidi linici/psicoterapeutici/farmacologici, anche l'organizzazione e l'integrazione della terapia con interventi di natura preventiva e riabilitativa, con programmi interdisciplinari e la collaborazione di enti pubblici/privati, presenti sul territorio in modo abbastanza individuabile anche per chi è straniero, e quindi poco informato sui vari servizi socio-sanitari.

Risulterà sicuramente proficua la tempestività negli interventi, prevenendo in tal modo i possibili stati di sviluppo della dipendenza, prima che essa arrivi ad uno stadio irreversibile. Interventi sicuramente efficaci risulteranno quelli incentrati sull'autenticità dei rapporti faccia a faccia, soprattutto tra connazionali che comprendono a fondo le difficoltà incontrate nella fase d'integrazione nel nuovo ambiente, vissute anche da chi ha intrapreso la strada dell'abuso.

Questi sono percorsi che necessitano dell'operosità di tutte le figure professionali degli addetti alla salute, specificità che possono ricoprire un ruolo importante nei diversi contesti territoriali, soprattutto nella prevenzione/informazione, senza per questo togliere valore all'importante compito di persuasione e comprensione: l'amico, il compagno della fase migratoria, colui che condivide le stesse disuguaglianze sociali determinate dallo status d'immigrato extracomunitario spesso irregolare.

Va ribadito che l'alcolismo non è un comportamento deviante, ma una malattia psichiatrica, come indicato nel DSM IV; per questo il paziente che presenta una sintomatologia tipica delle PAC va sostenuto e aiutato come persona bisognosa di cure (tab. 9)

9- Cosa pensi di chi abusa di alcolici perché alcolista?				
	M valori as	M valori rel	F valori as	F valori rel
Non mi interessa	5	13,15	6	9,09
Non conosco alcolisti	5	13,15	3	4,54
Sono persone in difficoltà	15	39,47	30	45,45
Sono persone devianti	3	7,89	9	13,63
Io aiuterei un alcolista	17	44,73	26	39,39

Risultati finali

- per la quasi totalità del campione, l'approccio alle bevande alcoliche si è verificato nel paese di origine, anche se 1/5 degli intervistati risulta astemio, mentre 4 di loro (2 M, 2 F) sono alcolisti;
- chi beve regolarmente alcolici quantifica il proprio consumo con la quantità definita – sotto soglia – mentre per quanto riguarda i super alcolici, le indicazioni sull'intero campione risultano poco rilevanti;
- le comunità rappresentate in questo studio non disdegnano il consumo di alcolici,

anche se al loro interno le modalità d'assunzione sono estremamente variegata, andando dal consumo libero, a quello moderato, fino all'occasionale. Sono presenti in minoranza anche gruppi islamici che condannano socialmente il consumo di bevande alcoliche, mentre un esiguo numero lo prevede solo per i maschi;

- i consumi alcolici qui in Italia sono da considerare per la maggior parte moderati, anche se una parte della popolazione immigrata nei fine settimana, adotta condotte eccedenti, dovute essenzialmente all'allontanamento dal gruppo primario e ad un inesistente "controllo sociale". Da sottolineare che i valori comportamentali condivisi con la comunità di appartenenza, possono frenare condotte a rischio come l'abuso alcolico; ciò in contrasto con l'allentamento del controllo sociale (sopra citato) verificabile in terra migratoria, con l'adozione di scelte un tempo non condivisibili;

- molti degli intervistati affermano di considerare il bere come "coadiuvante alla socializzazione", a differenza di chi eccede nei consumi, da considerarsi "persone in difficoltà", che vanno comunque aiutate per un possibile recupero

Conclusioni

Da quanto esposto, possiamo dedurre che il campione non presenta problematiche alcoliche rilevanti; la maggior parte sostiene di avere dei consumi "sotto soglia" sia in contesto originario, sia in quello migratorio.

Risulta inoltre, che una buona percentuale delle persone intervistate non fa uso di alcolici; mentre una ristretta minoranza pari al 3% per le femmine e al 5% per i maschi, presentava la condizione di alcolista già prima di migrare. Una indicazione quest'ultima, in linea anche con le percentuali della popolazione italiana che sviluppa la dipendenza alcolica.

La disponibilità di bevande alcoliche a costi contenuti, come possibile incentivo ad aumentare i consumi alcolici, non sono in questo studio, rilevanti.

Bibliografia

1. R. Bastide- *Sociologia delle malattie mentali* ed. La Nuova Italia 1981 Fi
2. S. Brown- *Alcolismo, terapia multidimensionale e recupero* ed. Erickson 1997 Tn
3. L. Cancrini- *Date parole al dolore* ed. Euroclub Italia spa 1997 Mi
4. S-A. Coretti et coll.- *Alcolismo, fenomeno e cura-* ed. .Citta Nuova 1985 Roma
5. D. Dettore- *Il disturbo ossessivo-compulsivo-* ed. arti Grafiche 2003 Mi
6. F. Ferrarotti-*Il filo spezzato: disagio, esclusione sociale e povertà nel Lazio* ed. Cripes 2000 Rm
7. H. Kohut- *La guarigione del sé* ed. Boringheri 1987 To
8. C Grinberg, R. Grimberg- *Psichiatria e cultura-* Ed. Franco Angeli 1990
9. R. Marchetti-*Tubercolosi polmonare e percorso migratorio-* in atti Convegno per noi, Rm 98
10. R. Marchetti -*Vivere con il genitore alcolista: quale dialogo?* Atti Congresso Nazionale ISS, 2000
11. R. Marchetti -*La famiglia alcolista ed il suo interno.* Atti Congresso Nazionale ISS, 2002
12. R. Marchetti- *Storie di migranti tra integrazione ed emarginazione-* atti SIMM Pa 2002
13. R. Marchetti -*Consumi sostanze voluttuarie tra gli immigrati extracomunitari.* Atti Congresso Nazionale dei Workshop IIMS, 2003
14. R. Marchetti- *Immigrazione ed abitudini alimentari-* atti SIMM Pa 2004
15. R. Marchetti -*Abusi alcolici: una possibile cultura del rischio tra i giovani.* Riv.

Difesa sociale, 2004;6

16. R Marchetti *La famiglia alcolista e l'episodio della ricaduta*. Difesa sociale, 2004;2
17. R. Marchetti -*Consumi alcolici giovanili: indagine conoscitiva in alcune scuole di Roma* Riv. Difesa Sociale n° 1/2007 IIMS Roma;
18. S. Mellina- *Psicopatologia dei migranti ed altri saggi*- Ed. Lombardo 1992
19. T. Nathan- *La follia degli altri elementi di etnopsichiatria* ed.Ponte alle Grazie Fi 1990

La formazione dei medici per la promozione della salute dei migranti: l'esperienza di Bologna

C. Bodini, A. Martino, B. Marta, C. Di Girolamo, A. Fabbri, R. Nicoletti, A. Stefanini

Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale, Università di Bologna

Introduzione

Negli ultimi anni la presenza di individui immigrati, giunti in Italia alla ricerca di lavoro, ha avuto una crescita notevole, passando da 2 milioni e 800 mila nel 2004 a circa 4 milioni nel 2008.[4, 5] L'Emilia Romagna è stata una delle regioni più interessate da questo fenomeno, principalmente a causa dell'alto tasso di industrializzazione e dello sviluppo dei servizi alla persona. In base ai dati forniti dall'ultimo Dossier Caritas-Migrantes, infatti, la presenza straniera in Emilia Romagna nel 2008 è di circa 420 mila unità (pari all'8,5% della popolazione residente) e in aumento del 15% rispetto all'anno precedente.

Il *trend* è in crescita da tempo, e dal 2000 la popolazione immigrata è aumentata ogni anno di circa un punto percentuale rispetto alla popolazione generale. Tale incremento è tra gli elementi determinanti della crescita della popolazione residente, basti pensare infatti che l'aumento della natalità registrato a livello regionale riguarda per il 23% bambini nati da madre straniera.

Altri dati segnalano non solo la crescita, ma anche la stabilità della presenza dei nuovi cittadini nella nostra regione: circa il 20% dei nuovi assunti ogni anno è composto da lavoratori stranieri, oltre il 20% della popolazione straniera è composto da minori, i bambini stranieri nelle scuole sono circa l'11% del totale degli studenti, e si assiste ad un costante aumento dei ricongiungimenti familiari e della componente femminile, arrivata ormai al 49,4% [2].

La costante crescita della presenza di questi nuovi individui, che risiedono e lavorano nel territorio regionale, ha avuto un forte impatto sugli operatori sanitari, che si sono trovati in breve tempo a doversi confrontare con un'utenza diversa rispetto a quella a cui erano abituati, in quanto figlia di una storia e di un contesto socio-culturale differente.

Tale evoluzione del contesto sociale, ed i nuovi bisogni di salute di una popolazione sempre più multiculturale, hanno reso manifesta la necessità di una attualizzazione delle teorie e delle pratiche che riguardano la salute. Attualmente invece, così come descritto nel rapporto finale della Commissione sui Determinanti Sociali di Salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, in assenza di strategie organiche volte a comprendere, monitorare ed indirizzare tali fenomeni, assistiamo ad un aumento delle disuguaglianze e ad un peggioramento delle condizioni di salute della popolazione. Al fine di prevenire e contrastare queste gravi conseguenze, un'adeguata formazione degli operatori sanitari – a cominciare dal percorso universitario – può giocare un ruolo molto importante.

Il presente articolo si basa sull'esperienza condotta in questo ambito presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna che – da un recente studio – risulta essere tra le università più impegnate nella promozione di corsi relativi a salute globale e tematiche riguardanti la medicina delle migrazioni, con ben 8 corsi attivi.[7] Tra questi vi è il corso elettivo "Salute e Migrazione"³, giunto alla IV edizione, rivolto principalmente agli studenti della Facoltà di Medicina ma aperto anche ad altri Corsi di Laurea, che mira a dare ai partecipanti le nozioni essenziali sul fenomeno migratorio e sull'impatto che esso ha sulla salute della popolazione, includendo aspetti antropologici, socio-demografici, legislativi ed operativi.

3 <http://www.medicina.unibo.it/Medicina+e+Chirurgia/Didattica/Insegnamenti/dettaglio.htm?AnnoAccademico=2008&IdComponenteAF=312386&CodDocente=014846&CodMateria=26476>

Materiali e metodi

Con l'obiettivo di rispondere alle esigenze sopra esposte, a partire dall'anno accademico 2005/2006 è stato introdotto nella facoltà di Medicina e Chirurgia di Bologna il corso elettivo "Salute e Migrazione", organizzato a cura del Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale (C.S.I.)⁴.

Il corso prevede 8-10 incontri di due ore ciascuno, per una durata complessiva che varia dalle 16 alle 20 ore, ed è aperto a studenti di tutte le Facoltà senza limitazioni di anno di corso. La frequenza ad almeno l'80% delle lezioni è obbligatoria per acquisire i crediti formativi universitari (2 CFU), così come la compilazione di una tesina finale su uno degli argomenti trattati. Al fine di agevolare la partecipazione, le lezioni vengono svolte al di fuori dell'orario dei corsi obbligatori (in genere quindi dalle 18 alle 20). In media, hanno partecipato al corso 24 studenti per anno, in larga parte provenienti dal Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, ma anche da altri Corsi appartenenti alla sfera sanitaria (ad esempio Fisioterapia), e da Corsi di Laurea di discipline umanistiche quali Antropologia Culturale e Sociologia. Particolare cura è impiegata nella scelta e nella valutazione delle metodologie didattiche: gli argomenti maggiormente nozionistici (es. legislazione), per i quali è da prediligere la chiarezza espositiva e l'efficacia nella trasmissione di informazioni anche complesse, vengono trattati in lezioni frontali. Al contrario, ampio spazio viene dato alla partecipazione – attraverso una didattica interattiva – per argomenti nei quali sia importante stimolare il pensiero critico degli studenti e promuoverne un ruolo attivo all'interno del processo di apprendimento.

La tesina finale si configura come un ulteriore momento formativo fondamentale, in cui lo studente – in completa autonomia intellettuale ed operativa – approfondisce in maniera scientifica una tematica di suo interesse tra quelle trattate, sotto la supervisione di uno o più docenti di riferimento.

Il corpo docente del corso è formato da esperti di diverse aree, provenienti sia dall'ambito accademico (Facoltà di Medicina e Chirurgia, Antropologia Culturale, Sociologia e Giurisprudenza), che da ambiti più operativi e territoriali (professionisti sanitari, operatori di associazioni del privato sociale, mediatrici culturali ecc.).

Ogni anno, il programma didattico viene aggiornato ed arricchito, attraverso un confronto che si avvale sia del parere dei docenti che delle impressioni e dei giudizi degli studenti che vi hanno partecipato.

Le lezioni trattano i seguenti argomenti:

- inquadramento storico-politico dei fenomeni migratori: definizione del percorso storico, politico e culturale alla base dei fenomeni migratori dal colonialismo ai nostri giorni. Questa lezione introduttiva, solitamente a cura di uno storico, ha l'intento di "denaturalizzare" tali fenomeni, sottraendoli ad interpretazioni emergenziali e contestualizzandone in modo esaustivo le matrici storiche e politico-economiche, con particolare attenzione alla sempre più iniqua distribuzione di potere e ricchezza a livello globale;
- scenario demografico e socioeconomico della migrazione in Italia: analisi dei dati socio-demografici più recenti, arricchita da elementi relativi ad aspetti lavorativi e con riferimenti ai contesti geografici di provenienza. In questa lezione viene descritto il contesto italiano attuale, analizzando la presenza e il ruolo che i migranti si trovano a ricoprire sul territorio;
- profilo di salute dei migranti: aspetti clinico-epidemiologici, descrizione dei principali quadri patologici e loro correlazione con i determinanti prossimali e distali di salute. Questa lezione ha l'intento di sfatare i principali pregiudizi sul migrante "portatore di malattie", strettamente connessi alla disinformazione e spesso secondari a fenomeni di "esotizzazione" del diverso (nonché talora a strumentalizzazioni mediatiche o politiche),

⁴ Il CSI, sito nel Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica dell'Università di Bologna, si occupa di ricerca e formazione nell'ambito della Salute Globale.

fornendo al tempo stesso un quadro preciso ed attuale dei principali problemi di salute della popolazione immigrata;

- prospettiva antropologica e complessità culturale: descrizione socio-antropologica del vissuto di malattia del migrante. Questa lezione, a cura di sociologi ed antropologi medici, ha lo scopo di fornire agli studenti gli elementi necessari ad inquadrare i principali aspetti culturali che entrano nei processi di produzione di malattia;
- legislazione vigente: analisi della normativa nazionale e regionale che regola l'accesso dei migranti ai servizi sanitari. Questa lezione, svolta da un avvocato che opera nel settore o da un docente di Giurisprudenza, è volta a descrivere la condizione giuridica ed i diritti dei migranti, regolari e irregolari, a livello sia nazionale che regionale. Inoltre viene affrontato il problema della scarsa conoscenza delle normative vigenti sia da parte dell'operatore sanitario che del cittadino migrante e delle difficoltà che ciò comporta per una ottimale fruizione del servizio;
- aspetti relazionali e percorsi terapeutici nella pratica clinica: in questa lezione intervengono operatori sanitari che lavorano con i migranti a livello locale e nazionale, in contesti sia istituzionali che di privato sociale. Viene approfondito il ruolo della mediazione culturale e l'importanza di un approccio terapeutico multidisciplinare che possa tener conto della complessità delle situazioni da affrontare;
- organizzazione dei servizi per i migranti: esperienze locali, studi di caso e percorsi di integrazione nel Servizio Sanitario Nazionale dell'assistenza agli immigrati irregolari. Operatori di servizi istituzionali e del privato sociale raccontano le loro esperienze e l'evoluzione dell'assistenza sanitaria ai migranti nel corso degli anni;
- analisi della realtà bolognese: esperienze di ambulatori e reti per l'integrazione e l'assistenza socio-sanitaria dei migranti nella città di Bologna. Intervengono medici volontari che descrivono la loro esperienza di cura e tutela della salute dei migranti in un servizio di medicina di base e specialistica presso gli ambulatori delle loro associazioni.

Discussione

All'interno di un panorama accademico in cui non viene dato spazio a questi temi, obiettivo prioritario del corso è fare fronte a carenze informative e formative che, se non colmate, possono avere ripercussioni gravi sullo stato di salute della popolazione immigrata. Soprattutto nel momento in cui gli operatori sanitari intervengono in aree marginali della società, infatti, essi si trovano ad affrontare difficoltà a cui non sono in grado di rispondere con azioni sanitarie efficaci, a causa dei punti di debolezza della loro formazione medica e di una inadeguata organizzazione dei servizi. In questo contesto, gli operatori stessi percepiscono la carenza di strumenti teorici e pratici in loro possesso, con conseguente disagio e insoddisfazione degli esiti non ottimali del proprio operato.

Altro scopo del corso è quello di promuovere negli studenti un atteggiamento autoriflessivo e critico, integrando le competenze tecniche con nozioni di carattere storico, politico e culturale che affrontino la genesi e le caratteristiche intrinseche dei fenomeni migratori, infatti soprattutto in ambito interculturale, diventa fondamentale l'adozione, da parte dell'operatore sanitario, di un approccio socialmente ampio e culturalmente profondo, in grado di restituire ai processi di salute e malattia l'adeguata complessità, superando i limiti di un riduzionismo biologico che si dimostra sempre più inadatto a comprenderli. Come sottolineato in letteratura [1, 6, 9], la mancata interpretazione dei possibili diversi significati culturali di malattia, così come la mancata considerazione del ruolo dei determinanti sociali nella genesi dei processi patologici, si traduce nell'incapacità da parte dell'operatore sanitario e dei servizi di effettuare una reale presa in carico del paziente, con il rischio di rendere le pratiche cliniche inappropriate ed inefficaci.

Per rispondere a queste esigenze è stata quindi promossa l'interazione con altre discipline (in particolare Antropologia e Sociologia), che fossero in grado di fornire agli studenti gli strumenti teorici e pratici necessari per interpretare i fenomeni di salute e malattia in ambito interculturale. La collaborazione tra differenti figure professionali ha favorito una reciproca **“contaminazione”** tra le diverse aree del sapere, portando alla formazione ed al consolidamento di un vero e proprio network multidisciplinare. Il terreno di confronto e scambio con le discipline umanistiche e le scienze sociali è stato principalmente quello dei determinanti di salute e malattia, che rappresentano il quadro teorico attraverso cui individuare e comprendere come fattori sociali, economici, politici, culturali e biologici influiscano sulla salute delle persone, e in particolar modo dei migranti. Al tempo stesso, l'importanza degli aspetti culturali nei processi di produzione ed interpretazione dei fenomeni di salute e malattia è accompagnata da una riflessione critica sui rischi di un'eccessiva culturalizzazione, spesso maschera di diseguaglianze che nulla hanno a che vedere con la diversità, essendo prodotte e mantenute da un ordine sociale ingiusto.

Conclusioni e prospettive

L'esperienza di questi 4 anni ha dimostrato la validità di alcune scelte teoriche e metodologiche, quali l'apertura del corso a studenti di altre Facoltà, l'approccio fortemente multidisciplinare, il coinvolgimento di realtà territoriali impegnate nell'assistenza socio-sanitaria agli immigrati. Infatti, la presenza di studenti di discipline non sanitarie ha permesso di ampliare il confronto in aula, arricchendo le lezioni di contributi e riflessioni alternative e integrative della realtà clinica, molto efficaci in quanto frutto di uno scambio diretto tra i discenti. Inoltre la collaborazione con realtà territoriali a stretto contatto con gli immigrati ha fornito agli studenti esempi pratici delle difficoltà quotidianamente riscontrate dagli operatori e delle strategie messe in atto alla ricerca di un efficace presa in carico dei pazienti.

Il corrente anno accademico vedrà quindi una riproposizione del corso con alcune innovazioni metodologiche e contenutistiche volte a rendere la didattica ancor più partecipata e interattiva, al fine di contestualizzare meglio i contenuti appresi. Dal punto di vista metodologico, il corso verrà arricchito con l'introduzione di giochi di ruolo, filmati e documentari, seguiti da momenti di discussione e confronto. Si tratta di metodologie innovative per il contesto accademico della Facoltà di Medicina, volte a rendere lo studente soggetto attivo nel proprio percorso formativo, stimolandolo ad esprimersi ed a riflettere criticamente sui contenuti proposti. Dal punto di vista contenutistico, verrà introdotto uno spazio dedicato agli stessi migranti (tramite il coinvolgimento del Coordinamento Migranti Bologna), per offrire agli studenti la possibilità di un confronto diretto con persone che vivono le problematiche oggetto di analisi.

Da quest'anno, ai partecipanti verrà anche proposto, all'inizio ed alla fine del ciclo di lezioni, un questionario costituito da domande a risposta multipla (pre e post-test), per valutare se il corso ha realmente inciso sulla loro conoscenza dell'argomento. L'analisi di questi questionari, integrata con quella della valutazione finale di gradimento, sarà molto utile per i docenti, che riceveranno in questo modo un *feedback* del lavoro svolto. Infine, come già sperimentato con successo in altri corsi, al termine delle lezioni programmate verrà proposto agli studenti più interessati di proseguire attività e approfondimenti sul tema salute e migrazione attraverso un "gruppo partecipativo". Tale modalità si è già rivelata molto utile ed apprezzata, sia dagli studenti che hanno partecipato, a cui ha dato l'opportunità di perfezionare una formazione specifica e maturare un'autonomia di ricerca sugli argomenti trattati, sia dai docenti - che collaborando con i ragazzi - hanno trovato stimoli e suggerimenti utili per migliorare e perfezionare l'insegnamento negli anni successivi.

In conclusione, l'esperienza fin qui condotta con il corso descritto è stata soddisfacente in termini

di partecipazione e crescita. Tuttavia, ulteriori sforzi sono necessari al fine di promuovere l'inserimento di queste tematiche all'interno dei *curricula standard* delle facoltà mediche. Per raggiungere questo obiettivo, il C.S.I. ha intrapreso una strategia di disseminazione all'interno della Facoltà di Medicina e Chirurgia, volta ad introdurre in altri corsi, sia obbligatori che opzionali, tematiche inerenti la salute interculturale (ad esempio nel corso di Igiene e Sanità Pubblica è stata inserito un modulo sui determinanti sociali e culturali di salute e malattia). Parallelamente, è stata condotta una strategia di disseminazione all'esterno dell'Università, utilizzando i canali della società civile: conferenze, lezioni aperte alla popolazione e articoli su riviste locali e nazionali sono stati e continuano ad essere strumenti preziosi per costruire ed allargare uno spazio di riflessione sulla salute in ambito interculturale.

Bibliografia

- Aa. Vv., *Diseguaglianze di salute in Italia*, Torino, Edizioni Inferenze, 2004
- Agenzia Sanitaria Regionale Emilia Romagna, *Disuguaglianze in cifre*, Dossier 145-2007
- Basso P., Perocco F., *Immigrazione e trasformazione della società*, Franco Angeli, 2000
- Caritas/Migrantes, *Immigrazione: Dossier Statistico 2005. XV Rapporto*. Edizioni IDOS, Roma, 2005
- Caritas/Migrantes, *Immigrazione. Dossier statistico 2008. XVIII Rapporto*. Edizioni IDOS, Roma, 2008
- *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health*, rapporto finale della Commissione sui Determinanti Sociali di Salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, 2008
- *Equal opportunities for health: action for development. Final report*. Consultabile sul sito <http://www.mediciconlafrica.org/globalhealth/home.asp>
- Hahn, *Anthropology and Public Health: Bridging Differences in Culture and Society*, Oxford University Press, 2008
- Marmot, Wilkinson, *The Solid facts*, II edizione, WHO, Copenhagen, 2003
- Regione Emilia Romagna, *La nascita in Emilia Romagna. Quinto rapporto sui dati del Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) – anno 2007, 2008*

Il bambino straniero e il suo mondo relazionale

I. Finzi

Cooperativa Crinali Onlus, Milano

Crinali è una cooperativa di donne, mediche, ostetriche, psicologhe, assistenti sociali e mediatrici linguistico culturali provenienti da diversi paesi, che da oltre dieci anni si occupa di accoglienza e cura delle donne migranti e delle loro famiglie. Lavora attraverso progetti prevalentemente in ambito sanitario nell'area materno infantile, in collaborazione con il servizio pubblico, con un approccio fortemente interdisciplinare e con un metodo che prevede tre livelli di intervento:

- la formazione di operatori dei servizi materno infantili del territorio (neuropsichiatri infantili, terapisti della riabilitazione, psicologi, assistenti sociali, ginecologi, ostetriche, pediatri, ecc.),
- la sperimentazione di nuovi modi di accoglienza, diagnosi e cura dei bambini e delle loro famiglie con l'introduzione sistematica di una mediazione linguistico culturale specializzata e di strumenti di valutazione idonei,
- l'attivazione di gruppi di consultazione e psicoterapia transculturale utilizzando il modello francese dell'ospedale Avicenne di Parigi, opportunamente modificato per adattarlo alla realtà milanese.

Partendo dall'esperienza dei "Centri di salute e ascolto per le donne immigrate e le loro famiglie" attivi presso l'Ospedale San Paolo e l'Ospedale San Carlo di Milano e dal lavoro svolto nei Consultori Familiari pubblici, dove l'accesso prevalente è di donne che portano problemi connessi con la salute del corpo e l'area della procreazione, l'attenzione si è orientata successivamente verso le problematiche dell'età evolutiva, considerando l'alta incidenza delle segnalazioni di bambini figli di famiglie migranti ai servizi territoriali di psicologia del bambino e dell'adolescente, ai servizi tutela minori e alle UONPIA.

Bambini e adolescenti appartenenti a famiglie straniere, che siano nati in Italia, che siano immigrati con i loro genitori o ricongiunti dopo periodi più o meno lunghi di separazione, devono affrontare processi complicati nella costruzione della loro affiliazione e identità. L'esperienza migratoria e il relativo trauma, provocato dalla rottura dell'"involucro culturale" di riferimento, fragilizza i genitori, esponendo anche i bambini ad una condizione di particolare vulnerabilità.

Il tema della vulnerabilità specifica in età evolutiva è trattato nella letteratura internazionale, in particolare francese⁵, ed indica tre momenti critici:

- il periodo neonatale e il primo anno di vita,
- l'ingresso a scuola,
- l'adolescenza.

La condizione migratoria infatti, considerando gli effetti potenzialmente traumatici della perdita dei legami culturali e familiari, lo sradicamento dal proprio contesto di riferimento e dalle proprie reti sociali, rende i genitori incerti rispetto al loro ruolo. Partorire da sole in un paese straniero, senza il supporto delle donne della famiglia e della rete amicale, espone le neomadri a un rischio depressivo e a vissuti di incapacità nell'accudimento del bambino. La solitudine di molte donne nel primo periodo di vita del loro bambino costituisce un fattore importante di malessere che può investire la relazione precoce con elementi di difficoltà nello stabilire il legame di attaccamento. La culla culturale che accoglie ogni nuovo nato nella famiglia e che contribuisce a costruire nel tempo la sua identità e la sua affiliazione, viene a

5 Vedi i lavori di Marie Rose Moro e della sua équipe dell'Ospedale Avicenne, Bobigny, Parigi

mancare nella migrazione a meno che non si sia in grado di costruire ponti fra il qui e il là, fra il mondo d'origine e quello d'accoglienza e fra le generazioni che vivono lontane. Quanto più vi sono vissuti di sofferenza o situazioni traumatiche tanto più la tendenza difensiva è quella di operare scissioni o rimozioni che rendono più difficile la trasmissione transgenerazionale. Anche la relazione nella coppia può risultare messa in discussione dalle attese di ruolo e di comportamenti culturalmente diversi dal mondo d'origine, in un paese come il nostro dove i ruoli di genere, i compiti familiari e le aspettative educative sono determinate da trasformazioni sociali e culturali recenti, condivise nella nostra società ma che non possono essere considerate universali.

In età scolare il compito dei bambini è quello di entrare nella cultura del mondo di accoglienza senza disporre di un accompagnamento competente dei propri genitori, che hanno studiato e sono cresciuti altrove e che non sono in grado di introdurre i propri figli nelle logiche scolastiche italiane. Il problema di imparare in un'altra lingua e di assimilare una cultura estranea può porre i bambini in una sorta di conflitto di fedeltà che rende impossibile o molto difficile accedere al piacere di imparare, perché ogni apprendimento li allontana simbolicamente dai genitori e dal loro mondo. Spesso insegnanti e operatori sentono di non disporre di strumenti adeguati per valutare il tipo di difficoltà che questi bambini si trovano ad affrontare, se si tratti cioè di disturbi cognitivi o di problematiche di tipo emotivo, o anche di incertezze o ritardi nella costruzione di una struttura linguistica di riferimento. Su queste possibili difficoltà si innesta la frequente inadeguatezza delle risorse pedagogiche necessarie ad un buon inserimento scolastico e all'apprendimento della seconda lingua, con conseguenze di difficoltà di apprendimento, ritardo scolastico, demotivazione allo studio e insuccessi nel percorso formativo. E ciò risulta tanto più doloroso in quanto generalmente nel progetto migratorio dei genitori è molto forte la spinta verso il successo scolastico della seconda generazione, considerato come garanzia di un buon inserimento lavorativo e sociale. Genitori che hanno studiato al proprio paese, ma che non hanno potuto ottenere un lavoro di livello adeguato, subiscono così una doppia umiliazione per i propri studi non valorizzati e per l'insuccesso scolastico dei figli. Riuscire a effettuare diagnosi tempestive e adeguate ai problemi di apprendimento di questi bambini costituisce una modalità essenziale di intervento anche nel senso di una prevenzione del drop out scolastico e di problemi di tipo sociale.

Infine la tematica adolescenziale, che nello sforzo di costruzione dell'identità non può prescindere dalla gestione della doppia appartenenza, alla famiglia e alla sua origine e al gruppo dei pari e alla cultura, comportamenti e valori della società di accoglienza. In particolare si pongono problemi di identità di genere e di modelli di comportamento a ragazzi e ragazze che provengono da società diverse da quella occidentale, con la complessità ulteriore di non essere partecipi dei cambiamenti che pure avvengono nel tempo anche nei paesi d'origine. L'esperienza di altri paesi nei quali la immigrazione ha una storia più lunga che da noi, mostra la complessità del processo di integrazione e la variabilità dei contesti nei quali questo si svolge.

L'intervento clinico e psicoterapico ha molti ambiti di sviluppo possibili, sia nel processo di crescita in famiglia, sia nei dolorosi percorsi di ricongiungimento che molte famiglie sperimentano dopo anni di separazione, in una età delicata come l'adolescenza.

L'inserimento di mediatrici linguistiche e culturali nei servizi di neuropsichiatria infantile e di psicologia dell'infanzia e dell'adolescenza, ha consentito di modificare le modalità di accoglienza, di diagnosi e di cura in una direzione di maggior attenzione alle variabili transculturali. Dalla possibilità di chiarire da subito le aspettative delle famiglie e le offerte dei servizi, alla raccolta di anamnesi con uno sguardo attento al paese d'origine e alla specificità del contesto di appartenenza e al percorso migratorio, al progetto della famiglia, alla condivisione di preoccupazioni e rappresentazioni culturali sui significati degli avvenimenti e dei disturbi,

alla co-costruzione di percorsi terapeutici, la modalità di lavoro con la mediazione ha arricchito enormemente la conoscenza dei casi, la disponibilità degli operatori ad avvicinarsi ad altre modalità di rappresentazione della realtà e soprattutto ha ridotto drasticamente il drop out dei casi.

La formazione teorica e la pratica clinica che tiene conto di un approccio transculturale modifica profondamente il modo di lavorare degli operatori anche con i pazienti italiani, aprendo nuove finestre sul mondo e dotandoli di una capacità più raffinata di rappresentarsi l'alterità, le ragioni dell'altro e le modalità con le quali entrare in comunicazione nel rispetto reciproco. E questo non solo secondo un riferimento di tipo ideologico, ma anche seguendo tecniche quali il decentramento e l'analisi del proprio controtransfert culturale che sono strumenti di lavoro importanti in ogni relazione di aiuto.

Dal punto di vista diagnostico sono stati analizzati i "bias" degli strumenti normalmente in uso e sono stati sperimentati strumenti o in madre lingua o il più possibile "culture free" o costruiti con una attenzione transculturale specifica, cercando di introdurre criteri utili a soddisfare i bisogni di avere risultati il più possibile attendibili anche se la variabile culturale non è del tutto eliminabile. Su questo punto la sperimentazione è in corso e necessita di ulteriore validazione. Il fatto di aver attivato gruppi di studio interdisciplinari ha dato una spinta importante al ripensamento degli strumenti e delle categorie diagnostiche in uso.

Il servizio di clinica transculturale che è attivo presso due sedi territoriali pubbliche e che funziona un pomeriggio alla settimana in ciascuna sede, si configura come risorsa terapeutica di secondo livello, nel senso che le famiglie vengono accompagnate dagli operatori invianti, dopo che si è discussa insieme l'idoneità dell'indicazione e si è avuta la loro adesione al percorso di consultazione. Si tratta di un dispositivo costituito da un gruppo di terapeuti nel quale sono presenti mediatrici linguistiche culturali, una in funzione di traduttrice e altre come testimoni della migrazione e rappresentanti di altre realtà culturali. Il gruppo, nel quale viene accolta la famiglia con genitori e bambini insieme e altre eventuali persone significative, oltre che gli operatori invianti, costituisce un contenitore all'interno del quale può essere ricostruita la storia migratoria, avvenimenti traumatici precedenti la migrazione, la storia delle famiglie d'origine, il matrimonio dei genitori, le eventuali separazioni, perdite, lutti. Nel dispositivo è possibile evocare rappresentazioni culturali di salute e malattia che fanno riferimento a luoghi differenti, a metodi di cura tradizionali, a un'attribuzione di senso agli eventi che si riferisce a modelli diversi dai nostri. Un terapeuta principale conduce la seduta e i coterapeuti possono intervenire utilizzando associazioni, metafore, immagini che favoriscano l'emergere di rappresentazioni altre, che nel contesto della vita quotidiana o di un rapporto duale non potrebbero avere uno spazio di espressione, ma che il gruppo autorizza e accoglie. Lo scopo è quello di aiutare a superare le scissioni fra i mondi e la rimozione degli eventi traumatici, che spesso vengono inconsciamente trasmessi da una generazione all'altra senza possibilità di elaborazione. Il passaggio fra le due lingue è di per se stesso una metafora della possibile connessione, come anche il fatto di poter sviluppare un racconto che si snoda fra i due mondi costituisce a volte una occasione per i figli di conoscere eventi mai prima raccontati. I bambini sono molto partecipi in queste sedute e spesso esprimono con i loro disegni la comprensione e la partecipazione ai discorsi che si vanno dipanando. Le evocazioni, anche dolorose, vengono accolte e condivise e a volte depositate nel gruppo, che le contiene e contribuisce ad elaborarle con un grande sollievo di tutti i membri della famiglia. Gli operatori presenti hanno l'occasione di arricchire la loro rappresentazione delle dinamiche in atto e sono sempre molto colpiti dalla prospettiva nuova e più articolata con la quale percepiscono le situazioni. Per molte persone che vengono da realtà diverse dalla nostra il modello grupale è più familiare e rassicurante di quello duale perché evoca la famiglia allargata, il villaggio, la rappresentazione che il problema appartiene al gruppo e non al singolo individuo, in una prospettiva di relazione con

il mondo che coinvolge la collettività.

Il dispositivo di clinica transculturale costituisce anche un luogo di apprendimento importante per gli operatori, i quali hanno l'occasione di assistere a modalità di lavoro nelle quali le rappresentazioni culturali hanno uno spazio di espressione e vengono gestite secondo il modello complementarista descritto dai fondatori del metodo, sia pure con le variazioni che ogni applicazione di teorie comporta. Il nostro modello ha introdotto la mediazione nel doppio ruolo di cui si diceva sopra secondo una sperimentazione originale, resa necessaria dal contesto italiano nel quale, a differenza di altri paesi, non abbiamo ancora disponibili terapeuti formati provenienti da un percorso migratorio. Le mediatrici con la loro presenza e con gli interventi evocativi di altre realtà che hanno imparato a fare, permettono processi di identificazione importanti e contribuiscono a costruire una relazione nella quale è percepibile la pari dignità delle diverse appartenenze e rappresentazioni, ma anche la possibilità di passare da una all'altra e di costruire possibili "meticciamenti" che non sacrificino nessuno.

Il lavoro con gli operatori dei servizi permette di rivisitare i provvedimenti, le risorse e le indicazioni terapeutiche offerte abitualmente dal nostro sistema di presa in carico, e di valutarli in funzione delle rappresentazioni culturali di persone che provengono da altri paesi e culture. Molte delle nostre risorse, inevitabilmente determinate dal nostro modello culturale di riferimento, non sono comprese e condivise da persone che appartengono ad altri mondi, nei quali le soluzioni ai problemi sono offerte da altre risorse sociali. Pensiamo all'affido familiare o al ruolo del giudice o allo stesso compito di un neuropsichiatria infantile o di uno psicologo: spesso non corrispondono ad alcuna esperienza nei paesi d'origine e suscitano reazioni che non possono essere comprese se non in un confronto che permetta l'espressione di rappresentazioni e pensieri che nascono da altre modalità culturali di intervenire. Ad esempio il ruolo della famiglia allargata, dei genitori della coppia, di una figura autorevole del paese, del mutuo aiuto familiare o dei vicini, del terapeuta tradizionale, ecc. Alla luce di un processo di decentramento culturale e della possibilità di esprimere altri punti di vista, i provvedimenti possono assumere un significato condiviso e diventare molto più efficaci e mirati.

L'approccio transculturale declinato in modi flessibili a seconda del contesto nel quale operiamo, costituisce una risorsa importante per gli operatori che si occupano dei migranti, e, come spesso accade, ha ricadute interessanti anche per il lavoro con gli italiani.

Pensiamo infine che i pediatri del territorio siano in una posizione strategica per osservare eventuali indicatori di disagio evolutivo, sia nella relazione precoce e nell'evoluzione nel primo anno di vita, sia successivamente. Spesso la sofferenza si manifesta attraverso sintomi ad espressione somatica o comportamentale, nei bambini o nei genitori, ed esprime problematiche profonde che riguardano la famiglia e le sue risorse evolutive nella migrazione. Un'attenzione che utilizzi il contributo della clinica transculturale e la lettura della complessità dei compiti evolutivi nella migrazione ci sembra di grande interesse per tutte le professioni di cura.

Bibliografia

- ALGINI M.L., LUGONES M., *Emigrazione sofferenza d'identità*, Ed. Borla, 1999
 CATTANEOM.L./DALVERMES., *Donne e madri nella migrazione. Prospettive transculturali e di genere*, 2005, Milano, Edizioni Unicopli
 MORO M.R., *Bambini immigrati in cerca di aiuto – I consultori di psicoterapia transculturale*, 2001, Torino, UTET
 MORO M.R., *Genitori in esilio*, 2002, Milano, Ed. R. Cortina

Il bisogno di salute chiama, l'Assessorato risponde

L. Mondo, S. Dacquino, A. DeGasperi, M. Del Savio, MR. Giolito, PG Maggiorotti, G. Montanari, R. Nugara, S. Orecchia*

Gruppo coordinamento centri ISI, Assessorato Sanità Regione Piemonte e * ASL TO4 Piemonte

La prima risposta alla crescente presenza di stranieri extracomunitari non regolarmente presenti sul territorio nazionale e, quindi, non iscrivibili al SSN, è stata data dall'assessorato alla sanità piemontese nel lontano 1996 rendendo ufficiale la presenza dei Centri di Informazione Sanitaria per Immigrati (Centri ISI). Il fenomeno migratorio, infatti, che all'inizio godeva dell'effetto migrante sano, con il tempo iniziava a connotarsi con caratteristiche diverse: da un lato si manifestava il problema della persona che si ammala vivendo in un contesto di estrema precarietà sia economica che abitativa; dall'altro chi era riuscito in qualche modo a garantirsi una situazione stabilmente accettabile poteva rappresentare un'opportunità di condizioni di vita migliori per il resto della famiglia, sia aiutando economicamente che era rimasto nel luogo d'origine, sia come "testa di ponte" per chi intendeva provare a vivere in Italia.

Ovviamente questo secondo fenomeno ha comportato l'arrivo di persone non più giovani, affette da patologie croniche per lo più trascurate o non diagnosticate.

Infine, non va sottovalutato anche il problema degli infortuni/incidenti sul lavoro, che anche se mistificati rappresentavano sicuramente una causa di insorgenza di disabilità o di necessità di cure continuative

La consapevolezza di questa nuova realtà aveva quindi indotto l'assessorato della sanità a far emergere queste persone come soggetti da tutelare indipendentemente dalla loro condizione di regolarità, istituendo in via sperimentale una modalità di assistenza strutturata tramite i Centri ISI.

Operativamente, al momento del primo accesso ai pazienti viene attribuito un codice STP (acronimo per Straniero Temporaneamente Presente) che permette di garantire loro l'assistenza socio sanitaria: un inquadramento della loro situazione e del problema di salute per cui accedono cui segue la visita medica.

Se il medico che opera nell'ambulatorio del centro lo ritiene necessario, può richiedere, utilizzando il ricettario del servizio sanitario regionale, visite specialistiche, prestazioni di diagnostica e di laboratorio, richieste di ricovero (ordinario, day hospital, day surgery) nonché può redigere delle prescrizioni farmaceutiche.

Nella fase di accoglienza è anche garantita la presenza di mediatori culturali, forniti da cooperative "certificate" di mediazione culturale, quindi persone appartenenti alle culture dei migranti formate per questo tipo di intervento e non semplici traduttori, che permettono di migliorare la qualità delle prestazioni facilitando l'incontro tra le diverse culture che si confrontano, nel rispetto di entrambe.

In questo contesto sono da parecchi anni attivi in regione numerosi corsi per mediatori culturale e più recentemente sono stati attivati corsi per una nuova figura "ponte", quella del leader di comunità. Tali soggetti sono mediatori naturali all'interno delle comunità di appartenenza, cui la comunità riconosce una leadership, che hanno la funzione di indirizzare le persone ai vari servizi offerti sul territorio in modo tempestivo e coerente con il bisogno esplicitato.

Parimenti all'impegno formativo di persone appartenenti ad altre culture, in regione si è molto investito anche nella formazione integrata del personale sanitario/amministrativo operante nei settori che più facilmente entrano in contatto con questa utenza (pronti soccorsi, ambulatori territoriali, consultori pediatrici e di famiglia, etc). Caratteristica di questi corsi è affidare la docenza anche/soprattutto a professionisti che spesso hanno sperimentato sulla propria pelle

l'esperienza della migrazione.

Con la circolare n° 5 del 23/3/2000 il ministero della salute sancisce che anche gli stranieri non regolari hanno diritto ad accedere alle prestazioni sanitarie: si parla di cure urgenti ed essenziali, ancorchè continuative, cioè di tutte quelle prestazioni la cui mancata erogazione comporta un peggioramento della salute dell'individuo.

Oltre a ciò la circolare ministeriale, ribadendo l'analogia con i diritti/doveri dei cittadini italiani, afferma che anche queste persone hanno diritto a beneficiare dell'esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria nei casi in cui siano affetti da patologie cronico degenerative, o da malattie rare.

L'assessorato alla sanità regionale fa propria questa indicazione con una circolare del 3/8/2004 dove, a fronte di un crescente numero di STP affetti da patologie croniche ed invalidanti, impartisce alle ASL le disposizioni in materia di esenzione dalla quota di partecipazione alla spesa sanitaria. Il processo di rilascio dell'attestato di esenzione segue il percorso già previsto per i cittadini italiani, ma per la peculiarità della modalità assistenziale adottata, attribuisce al medico del centro ISI, in quanto depositario dell'intera documentazione sanitaria del paziente, la responsabilità e al competenza nell'attivazione delle pratiche per il rilascio dell'attestato di esenzione per patologia e/o malattie rare.

Questa circolare rappresentava quindi un altro passo per garantire il diritto alla salute anche a queste persone, che però non potevano ancora accedere ad altri importanti settori dell'assistenza, quali l'integrativa, la piccola e grande protesica, le cure palliative, l'Hospice, etc

Il problema delle prestazioni di assistenza integrativa e protesica non era facile da risolvere, perché sia la normativa nazionale che quella regionale le vincolava alla presenza di una certificazione di invalidità civile che, a sua volta, richiede la residenza del soggetto nel comune un cui opera la commissione medico legale. Oltre a ciò la certificazione di invalidità civile avrebbe comportato anche dei benefit di tipo economico, che non potevano e non possono tutt'ora essere esigibili da tali persone.

Di contro aumentavano in regione i pazienti affetti da patologie croniche che imponevano alimentazioni particolari (nefropatici, celiaci, diabetici, etc) o persone che a seguito di interventi chirurgici demolitivi necessitavano, per periodi temporanei o permanenti di presidi per le stomie, di protesi, o ancora di persone che per effetto dell'invecchiamento presentavano problemi ortopedici e quindi necessitavano di busti etc

Con D.G.R. 6 -3264 del 27.06.2006 l'Assessorato alla salute della Regione Piemonte, superando il vincolo anagrafico, riconosceva il diritto all'erogazione anche a favore degli stranieri STP delle necessarie prestazioni integrative e di assistenza protesica. Come?

Non riuscendo a superare il vincolo della commissione medico legale, ha disegnato un percorso parallelo, in cui rimane sempre allo specialista di struttura pubblica e privata accreditata la competenza nella prescrizione del presidio o dell'ausilio

Ma la risposta non era completa, Perché i flussi informativi regionali relativi all'utenza che afferiva ai centri ISI dimostravano che l'utenza in carico invecchiava, alcune patologie si slatentizzavano o si cronicizzavano, altre ancora si complicavano....per questi motivi sempre con la circolare del 2006 l'assessorato garantisce altre importanti risposte: il diritto di accompagnamento alla dialisi, l'ossigenoterapia e la possibilità, ove richiesto, di accesso all'hospice.

Sicuramente molti passi sono stati fatti per garantire a tutte le persone che vivono sul nostro territorio se non il diritto alla salute almeno quello ad un'assistenza sanitaria tempestiva ed efficace, sempre salvaguardando la condizione di parità con il cittadino italiano.

Nel 2008 l'assessorato ha preso una posizione forte: la necessità di continuare a garantire

l'assistenza sanitaria a tutti i soggetti che erano diventati neo-comunitari, e che quindi formalmente perdevano tutti i diritti previsti per gli STP. Per queste persone la regione ha inventato un nuovo codice, l'ENI, che è l'acronimo di Europeo Non Iscrivibile, è che è diventato lo strumento indispensabile per continuare a tutelare persone che nominalmente sono cambiate, ma sostanzialmente versano nelle stesse condizioni di criticità e fragilità in cui versavano al 31/12/2007. In analogia con gli STP, quindi, anche gli ENI continuano ad essere seguiti dai centri ISI, con gli stessi diritti e sempre in condizioni di parità con il cittadino italiano.

Infine, la recente pubblicazione di una "Guida ai servizi sanitari per immigrati" (http://www.regione.piemonte.it/sanita/program_sanita/dwd/guidaimmigr08.pdf) che fornisce riferimenti utili per tutti gli operatori, della guida "Fatti riconoscere!" (<http://www.piemonteimmigrazione.it/PDF/Guida%20titoli%20studio%20per%20sito.pdf>) per il riconoscimento dei titoli di studio e delle competenze professionali dei cittadini stranieri si stanno rivelando utili strumenti di lavoro.

Altre risposte sono in attesa di definizione ed approvazione: la possibilità di inserimento in ADI e di visite domiciliari, ad esempio.

Segni particolari: immigrati irregolari - Traiettorie di accesso e percorsi di cura a Napoli

*M.L. Russo**, *L. Gualdieri***

*Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale Università degli Studi di Trento

**Asl Napoli 1- Centro per la tutela della salute degli immigrati Ospedale "C. Ascalesi"

La cornice economico-sociale della città di Napoli rende la riflessione sul rapporto tra servizi socio-sanitari e popolazione straniera particolarmente interessante. L'accesso e la certezza del diritto all'assistenza sanitaria, già fragili per la popolazione autoctona, risultano infatti precari per i cittadini stranieri, per i quali si aggiungono una serie di problematicità che possono concorrere a delineare una condizione cumulativa di svantaggio sociale e rendere questa fascia di utenza più esposta di altre al rischio di discriminazione e disuguaglianza. Infatti, malgrado il diritto alla salute sia un diritto formale per gli stranieri, la stessa procedura amministrativa mette in discussione questo principio, introducendo criteri che regolano l'accesso, come l'urgenza che permette di accedere alla prestazione indipendentemente dallo status giuridico, e creando soggetti la cui titolarità di fruizione dei servizi sociali è limitata, secondo un *welfare differenziato*.

A Napoli sono presenti, al gennaio 2008, più di 53.700 stranieri regolarmente soggiornanti, cui va aggiunta una buona quota di immigrati non in regola con i documenti di soggiorno, che vivono intrecciando le loro vite ad un mercato del lavoro spesso precario e marginale, ad una scarsa e scadente possibilità abitativa ed ad una rete di servizi per i cittadini oramai affaticata.

Contestualizzando l'uso e il ricorso ai servizi sanitari da parte dell'utenza straniera, a Napoli negli ultimi decenni possiamo riconoscere il passaggio da un non uso ad un uso determinato dall'identificazione del servizio sulla base delle capacità di accoglienza, piuttosto che sulla base di un riconoscimento del servizio nel suo complesso, nel tentativo di personalizzare e semplificare le procedure. All'interno dell'offerta di servizi sanitari per gli stranieri a Napoli si distingue l'esperienza del Centro per la Tutela della Salute degli Immigrati.

Il Centro si inserisce nel Dipartimento Sociosanitario della ASL Napoli 1 e si avvale della presenza di un medico internista a tempo pieno e di un assistente sociale da condividere con tutte le altre unità operative dell'ospedale. La presenza del centro all'interno della struttura ospedaliera offre la possibilità di consulenze in tempo reale per alcune branche quali la Dermatologia e l'Otorinolaringoiatria, nonché l'effettuazione di visite specialistiche in tempi molto brevi (odontoiatria, cardiologia). Durante il corso del 2008, si è offerta la presenza di uno psicologo dipendente della ASL una volta la settimana. Si sono rivolti per motivi psicologici a questo servizio circa 60 soggetti, anche se per la maggior parte dei casi (34) l'intervento si è esaurito in un solo incontro, rivelando più un senso di urgenza e di allarme vissuto dagli utenti, che una vera riflessione sulla natura del disagio, evidenziando, così, le difficoltà di ordine culturale, linguistico ed emotivo insite nella specifica relazione terapeutica.

Durante lo svolgimento delle quotidiane attività del Centro è presente, frequentemente, un volontario di un'associazione, in convenzione con l'ospedale, traccia evidente del percorso partecipato della nascita dell'ambulatorio e al contempo evidenza dell'importanza di una risorsa ad alto potenziale relazionale.

Il medico, a causa della mancanza di un infermiere, effettua le terapie intramuscolari, i prelievi per pazienti infettivi, le medicazioni e la piccola chirurgia. Nel Centro è presente una piccola farmacia ospedaliera con l'erogazione di una decina di principi farmaceutici (tra cui gli antitubercolari, antidolorifici ed antinfiammatori iniettabili). Attorno alle attività del Centro,

ed anche in direzione di una consapevole costruzione di rete, al di là della funzionalità delle collaborazioni, si sono create una serie di produttivi raccordi per linee di intervento specifiche: i pazienti HIV + sono indirizzati presso le Malattie Infettive della Seconda Università e le parassitosi intestinali sono diagnosticate con un nuovo metodo di alta sensibilità presso l'Ospedale di Malattie Infettive "Cotugno". Inoltre vi è una collaborazione bidirezionale con l'istituzione delle Suore di Madre Teresa di Calcutta, la Caritas Diocesana e, per i rifugiati, la Provincia di Napoli.

I lineamenti delle attività di questo servizio rivelano proprio la consapevolezza dell'importanza di questa direzione: rafforzare gli elementi, soprattutto quelli umani e relazionali, che possono rendere effettiva una presa in carico della popolazione migrante priva di permesso di soggiorno, che nella caoticità della città di Napoli, non presenta caratteristiche molto lontane dalla popolazione autoctona se non rispetto al grado di inserimento e coinvolgimento in reti sociali-familiari.

Nel corso del 2008 è stata condotta un'indagine conoscitiva rispetto al rapporto tra la situazione economica e il quadro patologico presentato. Sono stati intervistati 240 soggetti, con 28 nazionalità rappresentate. Per i soggetti migranti, molto spesso fluttuanti - a secondo della congiuntura legislativa - tra regolarità e irregolarità, gli elementi emersi testimoniano che gli elementi che compongono la vita materiale, come le condizioni abitative, la disponibilità economica, il lavoro pervasivo in termini di tempo e logorante fisicamente, divengono prepotentemente dei determinanti di salute molto influenti. Se infatti l'evento migratorio coinvolge generalmente la fascia di popolazione in migliore stato di salute, d'altro canto le condizioni di vita reale a Napoli tendono a restringere quell'*intervallo di benessere* in cui il proprio patrimonio di salute è intatto e diviene una risorsa.

Nei primi mesi del 2009 si è avviata un'indagine focalizzata alla valutazione dell'accesso all'ambulatorio, rispetto alla necessità o meno di accompagnamento e di mediazione, e inoltre, una valutazione di urgenza, essenzialità o altro delle prestazioni richieste.

Si è pensato di riflettere e di gettare uno sguardo critico, sull'impostazione di un'offerta di salute - che fornisce prestazioni all'interno della cornice delle cure *urgenti essenziali, ancorché continuative* - attraverso la lettura dei bisogni di salute indirettamente espressi dalla popolazione straniera nella richiesta di prestazioni presso il Centro.

Nel tentativo di una lettura più approfondita dei criteri dell'urgenza, dell'essenzialità e della continuità - secondo i quali viene modulato l'accesso alle prestazioni sanitarie - è stata predisposta una griglia con un numero finito di categorie di pazienti, teoricamente omogenee per processo di cura. I segmenti di pazienti vengono identificati così tra coloro che accedono alla visita: per consiglio, per valutazione e prescrizione, per indagini e prescrizione, per procedure minori senza indagini, per indagini unite a trattamento minore, per indagini multiple o complesse, per indagini e trattamenti complessi. Il passaggio successivo consiste nell'individuare la tipologia di prestazione, che può essere: urgente, urgente differibile, di essenzialità, di continuità diagnostica, di continuità terapeutica oppure di prevenzione.

Rispetto a questo punto l'analisi ha una grande rilevanza perché sarà possibile, su un numero elevato di contatti, acquisire informazioni sull'urgenza delle prestazioni. Per questo si userà la definizione di urgenza - prestazione la cui effettuazione deve avvenire nell'arco della giornata o in un periodo differito non superiore alle 24 ore - e di urgenza differibile - prestazione la cui effettuazione deve avvenire entro 7 giorni - della Regione Campania espressa nella delibera n. 4061 del 7/9/2001.

Un altro aspetto considerato, come abbiamo visto, è il bisogno di accompagnamento o mediazione dei pazienti. A termine della visita si rilevano a questo proposito una serie di informazioni:

- quale organizzazione o soggetto ha inviato-orientato il paziente
- presenza durante la visita di un accompagnatore
- necessità di un accompagnatore per le visite successive
- competenze linguistiche del paziente

Per quel che abbiamo potuto osservare, in relazione alla modalità di accesso una percentuale superiore all'80% degli utenti si è presentata sola alla visita; poco oltre il 10% è giunta accompagnata da un connazionale mentre il 3% circa degli utenti è giunto all'osservazione insieme ad un accompagnatore di altra nazionalità o ad un italiano. In una percentuale superiore all'80% l'utente non ha bisogno di un accompagnamento successivo alla prestazione, mentre chi ha un accompagnatore scelto personalmente viene seguito anche successivamente.

Per quanto riguarda gli aspetti della comprensione linguistica bisogna tener conto del dato relativo alle competenze linguistiche dell'operatore medico che è in grado di comunicare in inglese, francese, portoghese e wolof. Si registra, comunque, una percentuale del 70% di utenti che parlano in maniera comprensibile l'italiano, il 24% beneficiano delle conoscenze linguistiche del medico mentre la restante parte necessita di una mediazione linguistica (cinese, arabo, indiano) fornita il più delle volte dall'accompagnatore prescelto. Malgrado l'attuale brevità di osservazione di queste dinamiche, sembrano essere presenti molteplici elementi di interesse, tra tutti la riflessione sull'importanza delle scelte di sanità pubblica rispetto alla cura della salute delle persone straniere.

ABSTRACTS

Le circolari amministrative sulla salute degli stranieri: ovvero della gestione discrezionale del diritto alle cure

Iside Gjergji

Associazione Studi Giuridici Immigrazione

L'accesso ai servizi *socio-sanitari* da parte dei cittadini immigrati – com'è noto – è ostacolato o limitato da diverse disposizioni giuridiche. Alcune di queste barriere sono esplicite, ovvero stabilite chiaramente dalla normativa vigente, altre derivano dalla farraginosità della normativa. Questa è articolata, infatti, su diversi piani ed è composta da una molteplicità di ordinamenti e fonti che si pongono spesso in “conflitto”. Per una completa ricostruzione della disciplina occorre, inoltre, che alle disposizioni legislative (di carattere nazionale e regionale) vadano aggiunte innumerevoli circolari amministrative (emanate da diverse autorità: Ministeri, Regioni, ASL, ecc.), attraverso cui si stabiliscono modalità di accesso e di fruizione delle prestazioni sanitarie.

La sovrapproduzione di circolari amministrative, di vario livello, ha determinato negli anni la realizzazione di una prassi fortemente differenziata, sia a livello regionale che all'interno di una stessa regione e anche nelle diverse aziende sanitarie locali, oltre che la creazione di notevoli spazi di discrezionalità. E qui non si fa certo riferimento alla discrezionalità comunque prevista e riconosciuta dall'ordinamento giuridico alla pubblica amministrazione, ma ad un tipo di discrezionalità eccedente. L'incessante produzione di catene di circolari aventi carattere dispositivo (o anche “meramente” interpretativo) dà origine ad un livello giuridico parallelo a quello formale e, apparentemente, altrettanto “legittimo”. La coesistenza di due fonti giuridiche parallele, parimenti “legittime”, che spesso esprimono contenuti opposti (o anche semplicemente non coincidenti), crea di fatto le condizioni in cui l'operatore possa “legittimamente” decidere di applicare una disposizione piuttosto di un'altra. L'operatore, cioè, tende a trasferire il contenuto della sua (discrezionale o arbitraria) decisione in una delle diverse prescrizioni e procedure “legali” stabilite dalle diverse *fonti* che disciplinano il settore. Se si tiene poi conto del fatto che le circolari, non essendo soggette ad alcuna procedura formale, vengono anche prodotte con una maggiore frequenza, si comprende come la *discrezionalità* degli operatori pubblici tenda a crescere ulteriormente. Il vorticoso *turnover* di ordini e “disposizioni normative”, con frequenza assai rapida, dà luogo infatti ad una situazione di totale incertezza circa l'orizzonte giuridico in cui gli attori (stranieri, operatori amministrativi e sanitari) sono costretti a muoversi. Nell'incertezza acquisisce forza l'arbitrio del singolo o di gruppi che effettivamente esercitano il potere. Una delle chiavi per comprendere l'esistenza di regole e procedure assai diverse nell'accesso alle cure, anche nell'ambito di un singolo Distretto sanitario, va individuato nel “governo per circolari” del diritto alla salute degli stranieri. Fenomeno, questo, che favorisce e lascia spazio anche ad episodi di corruzione e di razzismo.

Questo intervento si propone l'obiettivo, nei limiti dello spazio consentito, di analizzare e narrare, anche mediante alcuni esempi concreti, i tratti schizofrenici dell'attuale diritto alla salute dello straniero in Italia.

Su un caso di poliabortività in vasculite leucocitoclastica

A.M. Abbene, A. Affronti, M.C. Farina, M. Valenti, L. Aprea.

U.O.S. di Medicina dei Viaggi, del Turismo e delle Migrazioni

Direzione Sanitaria

Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" di Palermo

Donna di 27 anni, di origini balcaniche, in Italia da circa 25 anni. Riferiva all'anamnesi patologica remota appendicectomia all'età di 12 anni e di aver sofferto di asma bronchiale allergico, da polvere domestica, in età scolare, risolta spontaneamente. Nel 2003 un aborto spontaneo veniva seguito nel 2004 da una secoda gravidanza, che si concludeva con un parto pretermine, alla ventottesima settimana circa di gestazione. Alla fine di Luglio 2007 e di Gennaio 2008 si succedevano il secondo ed il terzo aborto spontaneo, intervallati dalla comparsa nell'ottobre 2008 di una lesione trofica a carico della superficie plantare del secondo dito del piede sinistro. Nel tempo tale lesione diveniva di tipo necrotico.

La paziente giungeva, dunque, alla nostra osservazione nel Febbraio 2008. Venivano eseguiti i primi accertamenti ematochimici, che risultavano nella norma. Nulla di rilevante all'ECG, poiché l'Rx torace mostrava la prevalenza del profilo sinistro, si eseguiva anche un ecocardiogramma che mostrava dei lembi mitralici ispessiti con lieve prolasso del lembo anteriore e una valvola aortica tricuspide fibrotica. Contemporaneamente veniva effettuato uno screening trobofilico completo ed il dosaggio degli anticorpi antifosfolipidi, risultati entrambi nel range di normalità. L'ecocolor Doppler arterioso degli arti inferiori visualizzava sul versante malleolare anterioremediale sinistro numerosi vasi di aspetto serpiginoso. A questo punto, nell'attesa del completamento del dosaggio degli autoanticorpi, si eseguiva una biopsia della lesione cutanea al piede. L'esame istologico indicava "a livello del derma e dell'ipoderma una spiccata flogosi mista linfo-granulocitaria associata a vasculite leucocitoclastica dei piccoli vasi del microcircolo". Ulteriore conferma diagnostica veniva dalla positività per gli anticorpi p-ANCA ed ANA (titolo 1:80 course speckled).

L'associazione poliabortività – ANCA positività viene sempre più spesso segnalata in letteratura.

Un caso di pancreatite calcifica tropicale (tcp)

A.M. Abbene, A. Affronti, A. Terranova, M. Valenti, L. Aprea.

U.O.S. di Medicina dei Viaggi, del Turismo e delle Migrazioni

Direzione Sanitaria

Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" di Palermo

Ragazzo bengalese di 26 anni, in Italia dal Settembre 2007, giungeva all'osservazione, riferendo steatorrea (2-3 scariche die di feci acoliche untuose), dolore addominale diffuso, da 8 anni, e dimagrimento (circa 8 kg in 6 mesi). Nel paese di origine era stato sottoposto a colonscopia ed erano stati diagnosticati ossiuriasi e piccola ulcera rettale. Al momento del ricovero in regime di DH, peso corporeo 45 kg, altezza 170 cm, e all'esame obiettivo nulla di rilevante, ad eccezione di dolenzia addominale diffusa, senza contrattura muscolare di difesa, con massa delle dimensioni di un mandarino in sede mesogastrica, paraombelicale sinistra, non dolente, di consistenza fibrosa, a margini sfumati. In considerazione di tale reperto veniva sottoposto ad ecografia addominale, in urgenza, con valutazione delle anse intestinali. L'esame ecografico visualizzava in corrispondenza del reperto fisico obbiettato una "white loop", con lieve versamento tra le anse intestinali. Gli esami ematochimici evidenziavano lieve incremento delle transaminasi, eosinofilia relativa e un assetto lipidico ai limiti inferiori della norma. A questo punto, nell'ipotesi di una sindrome da malassorbimento intestinale, il paziente veniva sottoposto ad uno studio completo del tubo digerente. La EGDS mostrava un reperto normale; alla colonscopia si segnalava un dolicosigma. Assenza di alterazioni della mucosa e di calibro anche al clisma del tenue a doppio contrasto. Nonostante la normalità del quadro endoscopico gastroduodenale, venivano ugualmente eseguiti prelievi biotici, il cui risultato istologico parlava di frammenti di mucosa duodenale con villi corti e tozzi sede di infiltrato flogistico cronico di tipo eosinofilo. Negativa la sierologia per morbo celiaco. A distanza di circa tre mesi dalla prima ecografia, veniva nuovamente ripetuta l'ETG addome, che indicava un incremento nel numero delle white loop e segnalava 2 nuovi reperti: sabbia biliare e linfadenomegalia paraotica di 1,4 cm. Veniva, quindi, trattato con acido ursodesossicolico, senza alcun beneficio ed eseguita intradermoreazione di Mantoux (negativa). Poiché lo studio del tubo digerente aveva dato esito negativo, ma i segni e sintomi persistevano, si procedeva all'esecuzione di una TC addome con m.d.c. tale indagine, in associazione al dosaggio della chimotripsina fecale ci consentiva di porre diagnosi di "Insufficienza pancreatica cronica" in paziente non alcolista, con pancreas in severa involuzione adiposa e calcificazioni della regione cefalo-pancreatica. Utilizzando la terapia sostitutiva si otteneva il miglioramento della steatorrea, l'incremento della chimotripsina facale e all'ETG addome di controllo, la scomparsa delle white loop.

Le Pancretiti tropicali, che comprendono le Pancreatiti calcifiche tropicali (TCP) ed il Diabete con pancreatite fibro-calcifica sono endemiche in alcune regione dell'Asia e dell'Africa. La causa di questa malattia rimane oscura: fattori ambientali come una malnutrizione (carezza proteica) ed eccessiva ingestione di cassava, forse agiscono su una predisposizione genetica. In particolare in Bangladesh mutazioni Kazal tipo I, riguardanti l'inibitore della serina-proteasi, (*PINK1 /PSTI*) sono spesso associate con Pancretiti Tropicali e Diabete Mellito di tipo II. In Bangladesh la mutazione SPINK1 N34S aumenta il rischio di forme gravi di malattie pancreatiche comprendenti il Diabete con pancreatite fibro-calcifica, la Pancreatite tropicale calcifica ed il Diabete Melliti di Tipo II.

La schistosomiasi

A.M. Abbene, M. Valenti, A. Affronti, G. Nugara

U.O.S. di Medicina dei Viaggi, del Turismo e delle Migrazioni

Direzione Sanitaria

Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico "P. Giaccone" di Palermo

La Schistosomiasi, o Bilharziosi, è una malattia parassitaria causata da Platelmini, della classe dei Trematodi, genere *Schistosoma*, che si sviluppano in molluschi di acqua dolce (ospiti intermedi) e completano il loro ciclo biologico nell'uomo ed in altri vertebrati (ospiti definitivi). Vi sono sette specie di schistosoma in grado di infettare l'uomo di cui le più frequenti sono lo *s. mansoni* e lo *s. haematobium*, l'unica specie che provoca infezione urinaria e che è endemica solamente nel continente africano.

La Schistosomiasi, per la sua ampia diffusione, in almeno tre continenti (Africa, Asia ed America latina), e per l'enorme numero dei soggetti colpiti (circa 200 milioni) rappresenta una delle endemie parassitarie di più vaste proporzioni e di maggior peso sociosanitario.

Le manifestazioni cliniche sono estremamente differenti, a seconda che si tratti di pazienti immigrati che hanno sempre abitato in zone endemiche o di viaggiatori privi di immunità specifica che vengono infettati per la prima volta. In quest'ultimo caso le prime manifestazioni possono comparire subito dopo essersi bagnati in acque infette sotto forma di una eruzione cutanea pruriginosa chiamata *dermatite del nuotatore*, che si autolimita in poche ore e che è causata dall'ingresso delle cercarie attraverso la pelle. Soltanto il 25% dei viaggiatori che si infettano presentano, a distanza di 5-7 settimane dal contagio, un quadro acuto caratterizzato da febbre anarchica ed eosinofilia (*sindrome di Katayama*).

Tale quadro è di difficile riscontro nei pazienti immigrati in quanto le persone che vivono in zone endemiche hanno i primi contatti con l'acqua durante l'infanzia e quindi il quadro acuto febbrile passa inosservato, e con l'età si sviluppa una semi immunità che riduce la carica parassitaria. Gli immigrati pertanto presentano quadri clinici dati dalle sequele delle schistosomiasi croniche, sia a livello intestinale che a livello urinario.

La schistosomiasi intestinale è caratterizzata clinicamente da una colite con feci sanguinolente a causa della deposizione di uova nella mucosa intestinale del tratto sigmoideo, anale e meno frequentemente dell'intestino tenue.

La Schistosomiasi urinaria è caratterizzata clinicamente da disuria, pollachiuria e macroematuria terminale, sintomo patognomonico, che ci aiuta nella diagnosi insieme alla regione di provenienza del paziente.

La casistica del nostro ambulatorio di medicina delle migrazioni è alquanto scarna di casi schistosomiasi importati, ricalcando ciò che viene documentato nel resto d'Italia.

Negli ultimi 6 anni, presso il nostro ambulatorio di medicina delle Migrazioni e dei Viaggi, sono 4 i casi di Schistosomiasi riportati di cui solo un caso di un viaggiatore italiano.

Riportiamo qui il caso di un paziente immigrato dal Ghana (con segni clinici ed endoscopici di malattia infiammatoria cronica dell'intestino) a cui è stata posta diagnosi di infezione da *Schistosoma mansoni* attraverso la biopsia intestinale e l'esame parassitologico delle feci.

Gli altri 2 casi trattati riguardano sempre pazienti provenienti dal Ghana che presentavano, come sintomo di esordio, la macroematuria terminale: in entrambi i casi è stata agevolmente posta diagnosi di Schistosomiasi urinaria da *S. haematobium* grazie al segno patognomonico in pazienti provenienti da zone endemiche ed all'esame parassitologico delle urine

Nonostante la relativa rarità dei casi diagnosticati in Italia, risulta importante tenere a mente questa patologia parassitaria nelle diagnosi differenziali di patologie intestinali e urinarie.

La domanda di salute della popolazione immigrata in Italia: vero o falso problema per il sistema sanitario?

A cura del gruppo tecnico del progetto

“Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia”⁶

L'Italia da Paese di emigrazione, negli ultimi 15-20 anni è diventata Paese di immigrazione, con flussi continui e diversificati a seconda delle alterne vicende geopolitiche, delle crisi congiunturali e degli accessi bellici. La presenza degli immigrati, circa il 6% della popolazione italiana, è strutturale, come nel resto dell'Europa. Da tempo ormai, ricerche sociologiche ed antropologiche, nazionali e internazionali, hanno evidenziato come emigrare abbia un influsso sull'insorgenza di fragilità nell'individuo anche nel caso di soggetti che partono spontaneamente^{7 8 9}.

Se allo “sradicamento” si associano, nel Paese ospite, determinanti sociali sfavorevoli, il rischio di depauperamento della salute è elevato e più rapido e, in tale contesto, la malattia aggrava la condizione degli immigrati^{10 11 12}.

Nell'ambito della valutazione delle condizioni di salute degli immigrati esistono, rilevazioni parziali e contrastanti tra loro, che utilizzano differenti “definizioni di caso” – immigrato – e differenti indicatori con conseguente difficile confrontabilità delle analisi, nel tempo e nello spazio. Un gruppo di lavoro nazionale di esperti si è dato l'obiettivo di costruire e diffondere linee guida sulla metodologia di analisi epidemiologica della domanda di salute della popolazione immigrata, utilizzando i principali flussi informativi correnti (in particolare ci si è concentrati sull'analisi del ricorso al ricovero ospedaliero).

Innanzitutto si è cercata una definizione condivisa dei casi: per l'individuazione della popolazione immigrata è stato scelto il criterio della cittadinanza poiché il termine straniero non è sinonimo di immigrato (tra gli stranieri presenti in Italia ci sono persone provenienti da Paesi a sviluppo avanzato-PSA). Dunque sono “casi” coloro che provengono da Paesi a forte pressione migratoria (PFPM), appartenenti all'Unione Europea e non.

In questo quadro la popolazione è stata suddivisa in:

- italiani e PSA
- immigrati regolari (residenti in Italia con cittadinanza in PFPM)
- immigrati clandestini/irregolari (STP): cittadinanza in PFPM con residenza all'estero.

Il ricorso all'ospedalizzazione, negli immigrati è inferiore rispetto ai cittadini italiani e PSA verosimilmente perché si tratta di una popolazione giovane¹³⁸, con bisogni assistenziali minori.

6 Giovanni Baglio, Laura Camilloni, Silvia Casagrande (ASP Lazio), Marco Biocca e Nicola Caranci (ASR E-R), Alessandra Burgio (ISTAT), Silvia Candelà e Chiara Ventura (AUSL RE), Adele Seniore Costantini (AIE), Giovanna Valentina De Giacomi (AgeNAS), Cristina Mancini (Regione Marche), Maria Soledad Ferreiro (Oss. Diseguaglianze/ARS Marche), Luisa Mondo, Raffaella Rusciani (Regione Piemonte), Mauro Palazzi e Patrizia Vitali (AUSL CE), Domenico Martinelli e Concetta Ladalardo (Regione Puglia), Maria Luisa Calamita, Adelina Brusco, Daniela Gallieri (INAIL).

7 Cardamone G, Inglese S. *Migrazione e malattie mentali nella realtà italiana (1978-1996)*, in Lanternari V, Ciminelli ML. *Medicina, magia, religione, valori*. Napoli, Liguori, 1998

8 Mazzetti M. *Strappare le radici. Psicologia e psicopatologia di donne e uomini che migrano*. L'Harmattan Italia, Torino, 1997.

9 Beneduce R (a cura di). *Mente, persona, cultura. Materiali di etnopsichiatria*, L'Harmattan Italia, Torino, 1999

10 Costa G, Spadea T (2004). Diseguaglianze di salute in Italia, in *Epidemiologia e prevenzione*, anno 28 supplemento (3) maggio-giugno.

11 Marmot M (2004). *The status syndrome: how social standing affects our health and longevity*. London, Bloomsbury Publishing Plc.

12 Geraci S, Malsano B, Mazzetti M (a cura di). *Migrazione, salute, cultura, diritti. Un lessico per capire*, Caritas diocesana di Roma.

13⁸ <http://demo.istat.it/altridati/permessi/index.html>

La quota di ricoveri degli immigrati regolari, sul totale dei ricoveri, negli anni 2003- 2005, è del 2,5 per cento, appena lo 0,5 per cento tra gli STP. Nel periodo 2003-2005 si nota un lieve aumento degli accessi tra gli immigrati regolari, in linea con il loro aumento, specie nella componente femminile.

Incominciano, tuttavia, ad emergere problemi di salute solitamente presenti nella popolazione italiana di età più avanzata o legati a stili di vita e alimentazione insalubri^{14 15 16 17 18 19}.

Dal punto di vista di sostenibilità per il SSN, gli immigrati non sono un problema dal punto di vista quantitativo (consumano circa il 3% delle risorse senza contare che per i ricoveri per malattia e infortuni erogati ai clandestini/ irregolari è previsto il rimborso da parte degli Stati di provenienza^{20 21 22}).

Fermo restando che il diritto alla salute è un diritto universale che la Costituzione italiana e la normativa vigente hanno ben declinato, si tratta anche per la popolazione immigrata di ottimizzare l'efficacia dei servizi migliorando l'informazione sul loro funzionamento e attuando strategie di offerta attiva; pratiche con sicure ricadute positive anche per gli italiani, specie per coloro che sono più vulnerabili. Saper rispondere a bisogni di fasce più deboli dal punto di vista socioeconomico è un buon indicatore dell'efficacia di un sistema sanitario. Rendere il sistema più flessibile nelle risposte fa sì che sia più efficiente ed efficace nei confronti di tutti i cittadini.

14 9 La salute della popolazione straniera a Reggio Emilia. Anno 2007. <http://www.ausl.re/home/>

15 10 Stranieri e salute. Piemonte. Anno 2005. www.comune.torino.it/prefto/uffici/osservatorio/pdf/12.pdf

16 Profilo della popolazione immigrata nei Comuni del territorio cesenate. Anno 2006.

www.epicentro.iss.it/territorio/profiloimmigra.pdf

17 L'assistenza ospedaliera a cittadini stranieri nel Lazio. Anno 2002.

<http://www.asplazio.it/?menu=s4>

18 Lo stato di salute della popolazione immigrata nella Regione Marche. Anno 2002.

www.ars.marche.it

19 Problematiche sanitarie dell'Immigrazione. Regione Puglia.

<http://www.oerpuglia.it/>

20 Circolare n. 5 Ministero della Salute, 24 marzo 2000.

21 Circolare Ministero della Salute, DG RUERI/II/ 12712 11.3.b, 3 agosto 2007.

22 Circolare Ministero della Salute, DG RUERI/II/3152/P/1.3.b/1, 19 febbraio 2008.

Il diritto alla bellezza tra nord e sud del mondo

R. Calcaterra, R. Marrone, E. Maiani, F. Dassoni, A. Morrone

Istituto Nazionale per la Promozione della Salute delle Popolazioni Migranti e per il contrasto alle Malattie della Povertà (INMP) - Roma

La contraffazione coinvolge da molti anni il settore dei farmaci e, in particolare, dei cosmetici e dei prodotti per la cura della pelle, ma sono ancora scarsi i dati nella letteratura scientifica. Soprattutto nei Paesi in via di sviluppo si assiste a una fluviale immissione di cosmetici dalla composizione chimica non ben definita, contenenti sostanze chimiche in concentrazioni vietate o addirittura bandite in altri Paesi.

Il fenomeno riguarda soprattutto le persone di pelle scura che, per motivi sociali e culturali, utilizzano prodotti schiarenti al fine di diminuire la tonalità del colore nero della propria pelle. Infatti l'ideale di bellezza, fin dall'Antica Grecia si è identificato nel colore bianco e nei capelli biondi e solo dalla metà del secolo scorso i movimenti di liberazione femminile africani e afro-americani hanno tentato di rilanciare non sempre con successo, lo slogan "Black is beautiful".

La stessa regina di Saba, ideale di bellezza nell'antichità, è stata via via rappresentata con cute sempre più chiara. Inoltre, in molti Paesi dove l'apartheid è stato più forte, la percezione del colore nero ha assunto il significato di "inferiore".

Sull'onda di questa percezione di bellezza, il mercato locale è stato invaso da creme depigmentanti, a base di idrochinone, cortisonici e composti di mercurio a concentrazioni diverse e non sempre ben indicate nei foglietti illustrativi.

La principale fonte di cosmetici contraffatti è la Cina, che raggiunge il 37% del totale seguita dall'Indonesia (19%), Ucraina (16%) ed Emirati Arabi (10%).

L'utilizzo di questi prodotti, soprattutto a lungo termine, si associa a notevole eventi avversi non solo cutanei ma anche sistemici.

L'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle malattie della povertà è impegnato da anni in una campagna contro i cosmetici contraffatti e il loro smercio nei Paesi in via di sviluppo invitando le Autorità Sanitarie dei vari Paesi a vigilare sulla qualità dei prodotti cosmetici, controllando bene preparazione, confezionamento, etichettatura e concentrazione delle sostanze chimiche, investendo inoltre sulla prevenzione e sulla lotta, anche legislativa e repressiva, del mercato illegale.

Bibliografia

1 Behrens RH, Awad AI, Taylor RB. *Substandard and counterfeit drugs in developing countries*. Trop. Doct. 2002 Jan; 32(1): 15-7.

2 Kenyon TA, Kenyon AS, Kgarebe BV, et al. *Detection of substandard fixed-dose combination tuberculosis drugs using thin layer chromatography*. Int J Tuberc Lung Dis 1999; 3(11): S347-S350.

3 Hilton J, *Fake cosmetics business swells to \$210m in Gulf*, Gulfnews.com, November 5, 2006, available in <http://archive.gulfnews.com/articles/06/11/05/10080050.html>

4 Anti-counterfeiting group, *The Extent of Counterfeiting*, 2004, available in <http://www.a-cg.com>

Indagine epidemiologica sull'utenza degli ambulatori per stranieri STP in provincia di Latina

G. Carreca, E. Meloni

AUSL Latina

Il Contesto: Negli ultimi dieci anni il numero delle presenze di immigrati in provincia di Latina è più che raddoppiato, passando dai 10.020 del 1998 ai 24.237 del 2007 (DATI Dossier Caritas). Gli immigrati, ormai da anni, rappresentano in provincia una grande forza lavoro, che incide in maniera determinante sullo sviluppo dell'economia locale in vari settori. Con il consolidarsi del fenomeno, assume notevole rilievo garantire agli stranieri una REALE accessibilità e fruibilità dei servizi sanitari. Il diritto alla salute, bene costituzionalmente protetto, assume particolare rilievo per gli stranieri, in particolare per chi non è in regola con il permesso di soggiorno e si trova più esposto a rischi di salute a causa delle condizioni di indigenza in cui di frequente vive. "L'ambulatorio per immigrati Centro di prima accoglienza a bassa soglia di accesso" si propone come struttura dedicata, per rendere più permeabili e fruibili i servizi sanitari e divenire un punto di riferimento e di orientamento per questi cittadini.

Obiettivi: raccogliere la domanda di salute delle fasce più deboli dell'immigrazione; diminuire gli accessi impropri ai servizi di Pronto Soccorso.

Materiali e metodi: Nel corso dell'anno 2007 nel territorio della ASL Latina sono stati attivati cinque ambulatori per STP. Servizi offerti: accoglienza: primo contatto con lo straniero immigrato; sono fornite informazioni e risposte anche a bisogni poco espressi; visita medica di medicina generale; orientamento: il paziente viene indirizzato ad ulteriori percorsi sanitari o sociosanitari; rilascio tesserino STP.

Risultati Nel periodo giugno 2007-maggio 2008, nei cinque ambulatori aziendali, sono stati seguiti **674** pazienti, di cui il 32% sono donne, per un totale di **1650** accessi. La maggior parte di loro sono provenienti dal Sud Est asiatico, il 53%, (in particolare dall'India il 93%), seguiti dagli Est Europei, il 31% (in particolare dalla Romania il 54%); seguono l'Africa con 11,2%, il Sud America con il 4% e altro con 1,5%. Sono per lo più pazienti giovani (71% di età compresa fra i 20 e i 39 anni), istruiti (66% scuola dell'obbligo, 20% laureati), in Italia da più di un anno (il 78%), con una buona conoscenza della lingua italiana (il 40 %, rappresentato per lo più da rumeni) e con una scarsa conoscenza della lingua (il 38%, rappresentato dagli indiani). L'86% si trova in una discreta condizione abitativa, in appartamento con famiglia o con connazionali. Sono occupati in agricoltura il 37%, in edilizia il 3,12% e in lavori di assistenza l'8%, ma il 36% ha dichiarato di non essere occupato. Le patologie maggiormente riscontrate, in accordo con i dati nazionali, sono state per gli uomini disturbi locomotori, traumi e problemi dermatologici; per le donne disturbi ginecologici e gravidanza.

Conclusioni: L'attivazione degli ambulatori si conferma un ottimo intervento di sanità pubblica perché ci consente di avere il costante controllo dello stato di salute di una fascia di popolazione difficilmente raggiungibile; inoltre si conferma, un osservatorio epidemiologico privilegiato su un sommerso altrimenti poco controllabile.

La mediazione linguistico - culturale nei servizi sanitari in una dimensione di progettazione partecipata nel territorio di Reggio Emilia

Amelia Ceci; Ilaria Dall'Asta e Antonio Chiarenza
Ausl di Reggio Emilia – Staff Ricerca e Innovazione

Introduzione dell'esperienza

In Italia lo stato di salute dei migranti è spesso peggiore di quello della media della popolazione, le frequenti “dissonanze” linguistiche tra i pazienti e gli operatori sanitari comportano rilevanti problemi di comunicazione.

Per superare le barriere linguistico-culturali e di equità di accesso l'AUSL di Reggio Emilia ha creato un servizio di mediazione linguistico-culturale interaziendale (Ausl e Az. Osp.ra di Reggio E.) coordinato centralmente a livello aziendale.

L'obiettivo generale del Servizio di Mediazione linguistico-culturale interaziendale è di elaborare, proporre ed integrare strategie di miglioramento per l'accesso ed uso dei servizi sanitari e sociosanitari da parte dell'utenza immigrata e strategie di sviluppo di un contesto organizzativo culturalmente competente.

Gli obiettivi più specifici sono la condivisione delle conoscenze e delle esperienze, l'implementazione del lavoro di rete sia a livello aziendale che provinciale (ad es. la Partecipazione al Tavolo del Piano di Zona del Comune di Reggio Emilia sul tema della mediazione che vede coinvolti il Comune, il Privato Sociale, la Cooperazione Sociale ed il volontariato). Sviluppare l'accrescimento delle competenze sia degli operatori che degli utenti, monitorare l'evoluzione dei bisogni, assicurare un corretto utilizzo delle risorse, rendere omogenea l'organizzazione, diversificare l'offerta di mediazione l-c e garantire la definizione ed il monitoraggio di standard di qualità.

Scheda del Servizio

Persone coinvolte:

Il Servizio di Mediazione Linguistico-Culturale si compone di un gruppo stabile di diciotto mediatrici appartenenti ai paesi di maggiore provenienza nel territorio di Reggio Emilia (Araba, Cinese, Indiana, Ghanese, Nigeriana, Paesi ex-Urss, Rumena, Albanese, Sri-lanka ecc).

Organizzazione del servizio

Il servizio agisce su tutto il territorio provinciale offrendo i propri interventi a 6 ospedali e 6 distretti sanitari.

Tipologie di interventi:

gli interventi di mediazione linguistico-culturale nelle strutture sanitarie prevedono la presenza fissa della mediatrice a giorni prestabiliti, l'intervento programmato settimanalmente, l'intervento urgente entro 2/3 ore, l'intervento telefonico e le traduzioni scritte.

Attività di sviluppo:

Formazione continua per gli operatori
Formazione continua per le mediatrici
Traduzione di materiali informativi ed educativi

Dati triennali di attività

Numero totale di ore di mediazione :

- 2005/2006 : 7230
- 2006/2007: 7850
- 2007/2008: 9938

Lingue maggiormente richieste per l'attività di mediazione :
 Cinese(49%), Arabo(25%), Indiano (12%), Albanese (7%), Lingue dei Paesi dell'est (5%),
 Lingue Centro Africa (1,5%), Tamil (0,5)

Tipologia di interventi

Presenza Fissa (41%),Postazione Fissa (20%),Presenza Programmata (5%), Interventi Telefonici (29%), Urgenze (4%), Incontri d'équipe (1%)

Valutazione e discussione

Il servizio di mediazione interaziendale è attivo da Ottobre 2005. Nei primi tre anni si è verificato un incremento di richieste dell'utilizzo della mediatrice linguistico-culturale come figura professionale all'interno di diversi servizi sanitari, dai presidi ospedalieri ai servizi territoriali;

questo incremento è stato sia quantitativo, maggiore numero di ore (+ 37%), di interventi richiesti e di presenze fisse sul territorio, sia qualitativo, con un corretto uso della mediazione, sia della sua attivazione che del suo utilizzo. Inoltre, la presenza fissa delle mediatrici nei servizi, in particolare quelle di lingua e cultura cinese ed indo-pakistana hanno favorito un aumento notevole degli accessi nei servizi sanitari sia territoriali che ospedalieri degli utenti delle culture di riferimento.

In futuro si lavorerà sempre più per incrementare il corretto utilizzo della mediazione e per una maggiore professionalizzazione e specializzazione delle mediatrici. Inoltre, si lavorerà per promuovere ed incentivare la partecipazione attiva delle parti in causa (migrante e servizio del territorio) che porti nel tempo ad una conoscenza e crescita reciproca e ad un miglioramento condiviso dei servizi sanitari.

L'assistenza sanitaria agli immigrati irregolari in Emilia-Romagna: un'analisi organizzativa

B. Riboldi, A. Ceci, A. Chiarenza*, C. Curcetti, I. Dall'Asta*, M. Manghi*, C. Marchesi*,
P. Maticchione, L. Parisini, V. Pastorelli, B. Riboldi**

Assessorato Politiche per la Salute della Regione Emilia-Romagna

*Azienda Usl di Reggio Emilia

Contesto

Gli immigrati irregolari, a causa del loro stato di emarginazione, di condizioni socio-economiche peggiori e delle difficoltà nell'accesso ai servizi, presentano spesso uno stato di salute più problematico rispetto alla media della popolazione. Per affrontare tali sfide le Aziende sanitarie regionali hanno nel tempo introdotto innovazioni sul piano assistenziale, organizzativo e comunicativo nel tentativo di garantire le cure essenziali per tutti e rimuovere gli ostacoli nell'accesso dei servizi. Le caratteristiche di eterogeneità e dinamicità del fenomeno richiedono, da una parte l'utilizzo sistematico dei flussi informativi sanitari correnti, dall'altra la messa a punto di nuovi strumenti di rilevazione orientati al monitoraggio di specifici ambiti dell'assistenza sanitaria e tarati sulle esigenze della programmazione regionale.

Questa iniziativa si propone di costruire una rete informativa regionale sull'assistenza sanitaria agli immigrati irregolari, tale da consentire una messa in rete delle esperienze e dei modelli organizzativi adottati dalle Aziende sanitarie regionali e favorire lo sviluppo di modelli di buone pratiche in termini di equità nell'accesso e di qualità delle cure.

Metodologia

Per la realizzazione di tale percorso è stato istituito un gruppo di progetto costituito da rappresentanti della Regione Emilia-Romagna e dell'Azienda Usl di Reggio Emilia.

Il progetto ha portato all'individuazione di strumenti e indicatori per la realizzazione e la valutazione del percorso:

- Analisi dell'offerta dei servizi e degli interventi basata sulla raccolta di dati riguardanti le strutture, i processi e l'impatto sugli individui con l'obiettivo di individuare e di descrivere l'esistente e i modelli di buone pratiche;
- Presentazione, confronto e discussione delle iniziative e dei modelli adottati dalle Aziende sanitarie regionali in un convegno a livello nazionale tenutosi ad ottobre 2008 a Reggio Emilia.

Risultati

In una prima fase è stato possibile effettuare il censimento delle attività svolte in tutte le Aziende sanitarie. Vengono illustrati di seguito i principali risultati:

- Il servizio di mediazione linguistico-culturale è presente in 16 Aziende sanitarie su 17 pari al 94%.
- Nelle aziende con almeno una struttura ambulatoriale dedicata, è fornita la seguente assistenza sanitaria: visite mediche (100%), assistenza infermieristica (86%), assistenza consultoriale (86%), profilassi e vaccinazioni (57%), esami diagnostici (43%), interventi di educazione e promozione della salute (100%).
- Nelle aziende con almeno una struttura ambulatoriale dedicata, sono presenti le seguenti figure professionali: mediatori (100%), assistenti sociali (29%), medici (100%), infermieri (86%), psicologi (43%).
- Le aziende sanitarie hanno stipulato convenzioni relativamente all'erogazione dei servizi

sanitari: nel 59% con soggetti esterni (Associazioni di volontariato, Onlus, Ong), nel 53% con altri soggetti (Comuni, Province, Servizi Sociali).

Discussione

L'esperienza ha consentito la partecipazione di tutte le Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna con un ampio confronto sulle esperienze avviate nelle diverse realtà territoriali. La conoscenza e la consapevolezza di quello che viene fatto dalle singole Aziende della Regione in merito al tema dell'assistenza sanitaria agli immigrati (in particolare irregolari) ha permesso la costruzione di una rete regionale di confronto e di collaborazione, con un arricchimento reciproco di competenze e metodi e l'integrazione di questa esperienza con altri progetti già esistenti.

Sono state infine evidenziate possibili azioni di miglioramento quali: l'integrazione tra i servizi della rete sociale e sanitaria, la formazione del personale dei servizi all'approccio interculturale e alla conoscenza dei percorsi, il lavorare in stretto collegamento con il mondo del volontariato e il migliorare l'informazione sull'accesso ai servizi e sul loro funzionamento; ciò al fine di creare realtà più omogenee e in grado di rispondere sempre di più al miglioramento della qualità dei servizi sanitari in un contesto pluriculturale.

L'interruzione volontaria di gravidanza in Provincia di Trento: caratteristiche e percorsi delle donne italiane e straniere

E Cescatti, L Battisti, L Bianchi*[°]

* U.O. Ostetricia e Ginecologia, Ospedale S.Chiera Trento; Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari – Trento;

[°] Osservatorio epidemiologico, Direzione promozione educazione alla salute APSS Trento

Introduzione

Come conseguenza dell'aumento della popolazione immigrata negli ultimi 20 anni, si è osservato anche in Provincia di Trento un incremento del numero di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) effettuate da donne straniere: da 57 nel 1995 a 390 nel 2008 (34,4% di tutte le IVG effettuate in Trentino). Le straniere hanno tassi di abortività provocata che sono oltre tre volte maggiori di quelli delle loro coetanee italiane ed hanno fatto ricorso in passato ad altre IVG in percentuale doppia rispetto alle donne italiane. In questo studio si intende esaminare l'adeguatezza della risposta dei servizi sanitari alla domanda delle donne che vi si rivolgono, per migliorare l'accesso e la risposta in relazione agli specifici bisogni. A tal fine, in questo lavoro vengono analizzate:

- le caratteristiche delle donne straniere che interrompono una gravidanza in Trentino;
 - i percorsi assistenziali seguiti;
 - l'adeguatezza della risposta in relazione ai bisogni;
- con l'obiettivo di confrontare analoghe caratteristiche delle donne italiane e di verificare l'esistenza di situazioni di disequilibrio.

Metodi

Sono stati analizzati i dati del flusso informativo IVG in Provincia di Trento per il periodo 2000-2007 ed esaminate le differenze per cittadinanza distinguendo tra italiane e straniere e scorrendo quest'ultime per ripartizione geografica (Europa orientale, Europa occidentale, Asia, Africa, Nord America, America centro-meridionale). Il confronto è stato effettuato in riferimento a: caratteristiche socio-demografiche, certificazione dell'IVG, aspetti assistenziali.

La popolazione di riferimento è quella residente.

Risultati

- Le IVG effettuate da cittadine straniere rappresentano attualmente un terzo delle IVG complessive, con un trend crescente nel tempo. Il tasso e rapporto di abortività per le straniere segnalano un picco nel periodo 2003-2004 (con valori rispettivamente pari a 22‰ e 323‰), parallelamente all'aumento della presenza in Trentino di donne provenienti dai paesi dell'Est Europa e dalla fascia sub-equatoriale dell'Africa. A partire dal 2005 si assiste ad una parziale attenuazione del fenomeno, probabile indicatore di una iniziale stabilizzazione e integrazione della popolazione immigrata.
- Le nazionalità più rappresentate sono quelle dei Paesi dell'Est Europa, che raggruppano dopo il 2002 il 60% delle IVG delle straniere.
- Le straniere sono tendenzialmente più giovani delle italiane (età mediana: 28 anni vs. 30) e più frequentemente coniugate (47,4% vs. 33,5%), anche se queste diversità stanno progressivamente diminuendo.
- Le straniere si sottopongono ad IVG in epoca gestazionale più avanzata (IVG entro l'ottava settimana 39,9% vs. 54,3%), differenza che negli ultimi anni si sta attenuando.

- Il tempo d'attesa tra certificazione dell'IVG e intervento è maggiore per le straniere in particolare se l'IVG è effettuata presso una struttura pubblica (tempo d'attesa oltre i 14 giorni: 69,4% vs. 53,9%)
- Le donne italiane si rivolgono di preferenza alle strutture private (64%); le straniere nel corso del tempo hanno modificato il loro comportamento, infatti se nel periodo 2000-2004 solo il 26% di esse si rivolgeva al privato ora (2005-2007) ben il 61% ricorre ad una struttura privata evidenziando un'uniformità di comportamento indipendentemente dalla cittadinanza.

Discussione

Il lavoro ha messo in evidenza diseguità di trattamento tra le donne italiane e straniere nei servizi sanitari. E' necessario che i vantaggi derivati dalla piena applicazione della legge 194/78 e le leggi di protezione della maternità siano estesi alle donne straniere immigrate nel nostro Paese, al fine di poter condividere un miglioramento delle condizioni di vita e di salute.

Produrre materiale informativo in un'ottica di sensibilità culturale e di health literacy

E. Confaloni, B.Lazzarotti, F. Petrei, M.L. Russo

Struttura di riferimento per la mediazione culturale in Sanità della Regione Toscana

L'Albero della Salute, Prato

All'interno della cornice dello scenario attuale, ricco di elementi e attori che complessificano sia la definizione della salute quanto il suo raggiungimento, un'efficace programmazione di interventi di promozione della salute richiede una lettura approfondita del contesto, dei bisogni e delle caratteristiche sociali e culturali dei gruppi target. L'aumento della presenza degli stranieri, non solo sul territorio, ma anche nei servizi sociosanitari, evidenzia la conseguente necessità di far fronte a questo cambiamento in un'ottica di prevenzione e promozione della salute.

La necessità di progettare la promozione della salute dei diversi attori alla luce di una 'concezione integrale della salute'obbliga, inoltre, a non fare riferimento esclusivamente ai dati numerici, ma soprattutto alle criticità ancora ad essa correlate, quali la mancanza di informazioni sull'offerta dei servizi e le risorse di salute, oppure le conoscenze parziali o non corrette di queste, anche in relazione al diritto alla salute di cui donne e uomini stranieri sono detentori ed alle norme che lo tutelano.

Rimodulare i servizi perché siano in grado di erogare assistenza per una varietà di pazienti/cittadini con differenti background etnici e culturali e che parlano lingue diverse, in modo da garantire a tutti equità di accesso (Chiarenza 2005) richiede, tra l'altro, una particolare attenzione alla produzione di materiale informativo in lingua, da sempre il primo livello di mediazione e di contatto con l'utente straniero.

Non si tratta infatti, infatti, di una semplice operazione di traduzione letterale, ma di un lavoro che richiede un costante confronto con gli operatori ed un adattamento alle prerogative linguistico-culturali delle comunità migranti dei singoli territori; in questo senso tradurre in ambito sanitario e di promozione della salute significa individuare un linguaggio comprensibile, chiaro e sintetico e un nucleo di informazioni essenziali adatte agli utenti migranti e della comunità cui si rivolgono. E'importante soffermarsi a pensare e realizzare testi in lingua leggibili e comprensibili nel rispetto delle risorse linguistiche dei destinatari, con un'attenzione costante ai criteri di qualità e trasparenza già a partire dalla loro stesura in italiano.

L'obiettivo è, quindi, riuscire a pensare questi prodotti come oggetti *attivi*, alla luce di un rinnovato spunto di riflessione sull'efficacia della comunicazione istituzionale in *un'ottica di sensibilità culturale e di mediazione culturale*. Considerare il messaggio informativo in questo ambito non come ciò che viene semplicemente veicolato, ma anche compreso effettivamente e interiorizzato dal destinatario, significa attribuire alla comunicazione pubblica, e in modo particolare in ambito sanitario, il suo intrinseco valore di circolarità, che va dal dire all'ascoltare e viceversa. Solo in quest'ottica ci si può poi chiedere se quel messaggio sia poi stato in grado di incidere davvero sui comportamenti.

In questa cornice metodologica, *L'Albero della Salute* - muovendo dalla propria esperienza specifica di produzione di materiale multimediale in lingua al servizio della promozione della salute delle popolazioni migranti sull'intero territorio regionale toscano - propone un approfondimento specifico del tema della redazione e traduzione del materiale informativo per i migranti, funzione fondamentale nell'ambito della promozione e della tutela della loro salute, al servizio dell'abbattimento delle barriere di accesso ai servizi. Poiché, in un'ottica di *health literacy*, raggiungere una comunicazione per la salute efficace significa in primo

luogo comprendere l'influenza esercitata dal livello di competenza sanitaria dei pazienti e dallo specifico bagaglio culturale e linguistico e sulla capacità di questi di prendere decisioni informate per la propria cura. Il testo tradotto rappresenta, inoltre, il primo livello di mediazione e di contatto con la persona straniera, in quanto consente che le informazioni sui servizi socio-sanitari siano pienamente fruibili dai migranti e che ne sia facilitato l'accesso in maniera consapevole.

**La comunicazione interculturale nel sistema sanitario:
un percorso formativo partecipato per operatori del servizio sanitario.**

Dall'Asta, A. Chiarenza, A. Ceci, B. Riboldi

Azienda Usl di Reggio Emilia

Contesto

La società odierna si trova di fronte ad un panorama multietnico: le migrazioni hanno ormai rimescolato completamente la geografia umana dell'Europa e, ad oggi, viviamo di fatto in una società multietnica dove convivono gruppi di persone con esperienze, lingua e valori non necessariamente condivisi da coloro che ne sono esterni. I gruppi minoritari corrono il rischio di non ricevere lo stesso livello di assistenza sanitaria che riceve la media della popolazione a causa delle barriere linguistiche, della diversità culturale, e dell'impreparazione dei professionisti e delle organizzazioni ad agire in modo competente in un contesto multietnico. Rispondere alle caratteristiche e ai bisogni degli immigrati e delle minoranze etniche non è facile, soprattutto in ambito sanitario.

Nella nostra azienda abbiamo affrontato queste difficoltà mediante l'organizzazione un percorso formativo con l'obiettivo di fornire competenze interculturali adeguate agli operatori sanitari in difficoltà nella relazione con utenti immigrati. Essere competenti da un punto di vista "interculturale", non significa ricorrere a "ricette culturali" ad hoc, ma mettere al centro l'individuo, con la sua storia individuale e la sua sfera di vita personale. Nella pratica dei servizi spesso si tende a stereotipare i migranti ed a giudicare le situazioni sulla base di pregiudizi e costrutti culturali generici. Tale comportamento va sostituito con un atteggiamento empatico, che si contraddistingue per l'apertura, la curiosità e l'interesse nei confronti dei migranti.

Metodologia

Per la realizzazione del progetto formativo l'Azienda U.S.L. ha collaborato con l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia che da tempo svolge attività di ricerca nell'ambito della comunicazione interculturale nei servizi sanitari. Si è puntato a coinvolgere da subito gli operatori nella fase di individuazione degli obiettivi formativi. A questo scopo è stata organizzata una giornata seminariale che ha avuto l'obiettivo di presentare la complessità del tema e di fornire strumenti cognitivi necessari all'individuazione condivisa dei contenuti del percorso formativo.

Nella prima parte del seminario sono stati trattati in profondità i temi sulla comunicazione interculturale facendo riferimento alle potenziali barriere linguistiche, i conflitti che ne possono scaturire e le azioni di supporto. Nella seconda parte i partecipanti si sono divisi in quattro gruppi di lavoro impostati, in modo da costituire un'occasione di riflessione, confronto e di costruzione delle proposte formative.

Il percorso formativo che ne è scaturito è stato poi organizzato in quattro moduli che hanno trattato i seguenti argomenti:

- Mediazione e gestione dei conflitti nella comunicazione interculturale
- Le forme della traduzione nell'incontro mediato
- Il dialogo interculturale nell'incontro mediato
- Le barriere linguistiche: Interpretariato, traduzione e il servizio di mediazione linguistico culturale

Risultati

L'adesione al seminario ed alle giornate formative successive è stata numerosa, a testimoniare come la formazione rispetto alle competenze interculturali e alla comunicazione sia ritenuta necessaria dagli operatori dei nostri servizi.

Un questionario sottoposto alla fine di ogni evento ha rilevato un alto indice di gradimento sia rispetto ai contenuti che ai docenti, ma anche la necessità di poter partecipare a più eventi formativi di questo genere, centrati sui bisogni e sulle problematiche che realmente gli operatori incontrano durante il loro lavoro nei servizi.

I docenti hanno rilevato un elevato interesse e coinvolgimento nelle attività proposte da parte dei partecipanti che hanno prodotto anche ricche osservazioni.

Discussione

Tra i partecipanti è emerso l'interesse a conoscere culture diverse dalla propria. Nello specifico è stato sollevato il bisogno di competenze interlinguistiche, ma anche interculturali, al fine di rispondere al bisogno immediato costituito dall'esigenza di comprensione e di cura. Le nozioni interculturali sono state considerate utili soprattutto per costruire un rapporto di fiducia col paziente.

Più in generale è stato messo in evidenza il bisogno di continuare a lavorare su tecniche comunicative che promuovano la partecipazione dell'utente, in modo da incrementare la conoscenza reciproca e rintracciare risorse utili per la gestione della comunicazione interculturale.

La nomenclatura delle parti del corpo nella medicina transculturale

E. De Blasio, R. Colasanti.

Caritas Diocesana di Roma

Sono considerevoli le differenze riguardo la concettualizzazione e la categorizzazione delle parti del corpo nelle diverse lingue e culture. Tale argomento risulta essere fondamentale nel rapporto tra medico e paziente straniero e quindi nella medicina transculturale (Geraci, Mazzetti).

In questi ultimi anni gran parte della produzione che va sotto il nome di etnoscienza si è occupata delle classificazioni prescientifiche che l'uomo costruisce per ordinare l'universo biologico nel quale vive. In questo settore di ricerca efficaci innovazioni sono state portate da numerosi lavori, in particolare da Berlin, Breedlove e Raven. I risultati pervenuti da questi ultimi si possono sintetizzare così: ogni lingua dà riconoscimento formale a categorie biologiche formate da gruppi di classi di organismi (taxa), gerarchicamente disposte su 5 livelli di astrazione, inclusivi in senso verticale, mutualmente esclusivi in senso orizzontale cui si dà il nome conclusivo di tassonomie. La ricerca dei principi universali delle tassonomie ha avuto recentemente un ulteriore sviluppo nei riguardi dell'organizzazione delle parti del corpo umano. Alcuni studiosi tra cui Mc Clure 1975, Brown 1976, Andersen 1978, ritengono questo campo di studio un sistema non tassonomico e parlano in questo caso di partonomia. La differenza tra tassonomia e partonomia sta nel tipo di relazione che lega le varie categorie: nelle tassonomie le categorie sono associate dalla relazione "tipo di" (p.e. un *pino marittimo* è un tipo di *pino*, il *pino* è un tipo di *albero* ecc.); nelle partonomie le categorie sono invece associate dalla relazione "parte di" (p.e. gli *occhi* fanno parte della *testa*, quest'ultima fa parte del *corpo* ecc.).

Nel presente studio sono state prese in considerazione quattro parti del corpo: piede, gamba, mano, braccio. Attraverso la somministrazione di un breve questionario questi termini sono stati tradotti da 90 stranieri di diverse nazionalità presenti sul territorio di Roma.

È risultato che, nella maggior parte di lingue esaminate, i termini "piede" e "gamba" vengono resi con uno stesso termine che indica l'intero arto inferiore. Altresì, in alcune lingue, viene usata la stessa parola per "mano" e "braccio". A tal proposito si prendano in considerazione tre delle lingue esaminate. In Bambara, lingua parlata da immigrati provenienti dal Mali, *Sen* significa sia "piede" che "gamba"; quando si vuole meglio precisare che si sta parlando proprio della gamba, si dice *Senkala*, (composto di *sen* + *kala* = stelo, gambo). Allo stesso modo, *Bolo* indica sia il braccio che la mano; ma quando si vuole precisare che si sta parlando proprio del braccio, si dice *Bolokala* ("stelo" del *bolo*). Esiste poi anche un termine *Tugu* che indica la parte superiore del braccio (dalla spalla al gomito) in opposizione all'avambraccio. Persone provenienti dall'India di lingua Tamil hanno spiegato che il termine *Kal* indica tutto l'arto inferiore, sia piede che gamba, aggiungendo che sta al medico chiedere che parte del *Kal* fa male, quindi il paziente, in caso fosse necessario, può usare il termine *Padam* per specificare la parte che in italiano corrisponde a "piede". Il termine *Kai* indica tutto l'arto superiore, senza alcuna distinzione per "mano".

Nel giapponese standard vengono differenziati mano *Te* e braccio *Ude* ma non piede e gamba, per cui si usa indistintamente *Ashi*. Dalle prime analisi effettuate sui dati finora raccolti si evince che la differenza linguistico-culturale tra medico e paziente straniero può influire in modo tal volta determinante sull'anamnesi: la non corrispondenza di termini delle parti del corpo tra le due lingue può creare incomprensioni con conseguenze gravi nella comunicazione medico-paziente straniero, ritardando o errando la diagnosi e le scelte terapeutiche.

Un caso di schistosomiasi: utilità dello score ecografico OMS

V. Di Gesaro, A Terranova, G. Nugara, M. Valenti, A. Affronti, M. Soresi

U.O.S. di Medicina dei Viaggi, del Turismo e delle Migrazioni

Direzione Sanitaria

Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" di Palermo

Introduzione

La Schistosomiasi è una malattia da elminti, endemica nelle zone tropicali.

L'infezione cronica da *Schistosoma Mansoni*, provoca nel fegato granulomi e fibrosi portale conseguente alla flogosi indotta dalle uova degli elminti intrappolate nei vasi portali. La flogosi complicata da fibrosi provoca ipertensione portale ed ipersplenismo.

Caso clinico. Un uomo di 27 anni sudanese, in Italia da 4 mesi veniva alla nostra osservazione per dolenzia al fianco sinistro.

All'esame obiettivo si rilevava massa in ipocondrio sinistro di 20 cm.

Esami di laboratorio: emoglobina 11 g/dl, leucociti 1.700/mmc, piastrine 11.000/mmc, funzionalità epatica ed albuminemia normali, attività di protrombina 50 %, ipergammaglobulinemia policlonale.

Ecografia: segmenti di destra ridotti di volume, presenza di centimetriche immagini anecogene, fistole porto-portali e porto-cavali al color-Doppler. Vena porta del calibro di 1,7 cm con flusso epatoporto della velocità media delle massime di 21 cm/sec (vn □ 24 cm/sec). Vasi portali intraepatici a pareti ispessite e di calibro ridotto. Vene sovraepatiche di calibro normale e flusso trifasico. Colecisti alitiasica a pareti ispessite, milza del diametro longitudinale di 22 cm omogenea, circoli collaterali peripancreatici. Una TC con mdc non forniva ulteriori risultati.

Gastroscopia: varici F3.

Markers per HCV e HBV negativi.

Una ricerca bibliografica sulle cause di ipertensione portale in Sudan segnalava le epatopatie croniche da Schistosomiasi come cause più frequenti.

La ricerca di parassiti nelle feci era negativa. Non ci è stato possibile eseguire test per anticorpi anti *Schistosoma*.

Abbiamo calcolato lo score US proposta dall'OMS (Ginevra 2000). Nel sospetto di ipertensione portale da epatopatia cronica secondaria a infezione da *Schistosoma Mansoni*.

Score: Image Pattern = 6 (range 0-6), Periportal Ticking = 8 (range 0-8), Portal hypertension = 13 (range 0-13). Dati addizionali: Splenomegalia = 2 (range 0-2), parete colecistica = 1 (range 0-1).

Secondo lo score, la diagnosi era: Fibrosi portale avanzata, Ipertensione portale da Schistosomiasi.

A causa dello stato coagulativo veniva eseguita biopsia epatica per via transgiugulare. Il referto istologico per l'esiguità del campione non era dirimente. L'angiografia confermava la presenza delle fistole; nelle misurazioni a catetere bloccato nelle vene sovraepatiche le pressioni erano normali come avviene nelle ipertensioni portali postsinusoidali di cui la schistosomiasi è una delle cause.

Il paziente veniva sottoposto a splenectomia e biopsia epatica intraoperatoria il cui esito era: granulomatosi gigantocellulare da schistosoma.

Conclusioni: La schistosomiasi è una patologia emergente nel nostro paese, poco conosciuta e per questo difficile da diagnosticare. Abbiamo riportato uno dei casi di schistosomiasi epatica

rilevato presso il nostro ambulatorio, sicuramente il più grave. Lo score ecografico OMS, semplice ed accurato nel porre il sospetto è stato nel nostro caso l'unico esame utile nel far sospettare la malattia e la sua conoscenza è fondamentale in un ambulatorio di ecografia che si occupa di medicina transculturale. Ma soprattutto la valutazione dell'area geografica di provenienza e l'epidemiologia delle epatopatia di quel paese sono state il primum movens del risultato diagnostico. Ciò conferma che l'approccio al paziente immigrato va fatto pensando in primo luogo all'epidemiologia del paese di provenienza.

Le disuguaglianze nella salute degli immigrati: un tema emergente in Europa

D. Di Thiene, S. Pizzuti, M. Marceca

Dipartimento di Scienze di Sanità Pubblica "G. Sanarelli", Sapienza Università di Roma

Introduzione. Lo studio delle condizioni di salute e di assistenza degli immigrati rappresenta premessa fondamentale per la verifica di eventuali disuguaglianze rispetto alle popolazioni autoctone. Tale indirizzo sembra avere crescente riscontro in ambito europeo. A questo proposito la sezione 'Migrant Health' della European Public Health Association (EUPHA) ha recentemente (Maggio 2008) organizzato a Malmö (Svezia) la "2nd Conference of Migrant Health in Europe" dal titolo "Migrazione, salute e sviluppo sostenibile: una prospettiva europea". Vi hanno partecipato 204 ricercatori da 21 paesi, di cui 186 (91.2%) provenienti da paesi europei e 18 (8.8%) da paesi extraeuropei (Australia, Canada, Stati Uniti, Turchia, Iran).

Obiettivo. Valutare i principali indirizzi di ricerca e temi dominanti nel confronto scientifico a livello europeo attraverso l'analisi dei contributi presentati nella Conferenza, con specifico riferimento ai contributi relativi alle disuguaglianze.

Metodi. Sono stati analizzati tutti i contributi contenuti nell'Abstract Book distribuito alla "2nd Conference of Migrant Health in Europe". Sulla base di una prima analisi degli abstract, sono state identificate 13 categorie di riferimento cui ricondurre i contenuti principali dei lavori presentati. Si è ritenuto opportuno che le categorie non fossero mutuamente esclusive: ogni contributo poteva pertanto essere attribuito anche a più aree tematiche. È stata quindi valutata la complessiva distribuzione secondo le categorie predeterminate.

Risultati. In totale gli abstract presentati sono stati 141. La tematica *Disuguaglianze* è risultata maggiormente rappresentata, in modo implicito o esplicito, con 56 contributi (22,6%), seguita da *Salute sessuale, riproduttiva e materno-infantile* presente in 36 abstract (14,5%), *Salute mentale*, di cui hanno trattato 28 contributi (11,3%) e *Stili di vita e malattie croniche* con 27 contributi (10,9%). Ogni altra categoria rappresenta meno del 7% sul totale dei contributi, anche laddove affronti aspetti di frequenza e rilevanza riconosciute, come è ad esempio il caso della *Salute occupazionale*.

Una ulteriore analisi della categoria prevalente (*Disuguaglianze*) ha fatto emergere che 22 interventi sui 56 complessivi (39,2%), hanno riguardato approfondimenti riferibili all'ambito materno-infantile e a quelli della salute sessuale e riproduttiva. All'interno di questi sottotemi l'attenzione preponderante è stata rivolta alla salute pre- e perinatale del bambino figlio di immigrati che nasce nella nazione ospitante, presente in 12 interventi su 22.

In sede di Consensus verranno illustrati i risultati principali delle ricerche che hanno focalizzato il tema delle disuguaglianze tra stranieri immigrati e popolazione generale.

Discussione. Il tema delle *Disuguaglianze*, l'ambito più trattato nelle giornate della Conferenza di Malmö, sembra presentare caratteristiche peculiari. Fermi restando i limiti imposti da una riconoscibile caratterizzazione della Conferenza sia di natura geografica (erano presenti in misura prevalente paesi del nord Europa e in particolare scandinavi), sia di ambito di ricerca (è risultato preponderante l'indirizzo di sanità pubblica rispetto a, per esempio, un orientamento clinico), emerge con sufficiente chiarezza una specifica attenzione, negli indirizzi europei attuali, ai temi della salute della seconda generazione, o più genericamente materno-infantile

e alle possibili discriminazioni nella salute e nell'assistenza. Riteniamo che la SIMM possa e debba fornire il proprio contributo, in termini di ricerca ed esperienze, al dibattito scientifico europeo attualmente in corso.

Un modello d'intervento socio-sanitario integrato per la gestione di un caso complesso: l'assistenza in gravidanza a una donna immigrata hiv+

*O. Dino**; *M. Bisseur[^]*; *F. Damiani^o*; *E. Perricone**; *T.Prestileo§*; *E.Rubino•*.

*Servizio Accoglienza cittadini Extra e comunitari, AUSL6-Palermo; [^]Centro Astalli-Palermo; ^oDivisione di Ginecologia e Ostetricia, A.O. V.Cervello-Palermo; § DH Malattie Infettive Casa del Sole, AUSL6-Palermo;

•Istituto Materno Infantile -Palermo

Una donna ghanese di 32 anni si è rivolta al S.A.Ri. (Servizio di Accoglienza per cittadini Extra e comunitari) dell'ASL6 di Palermo per un ritardo mestruale di 2 mesi. La donna, in Italia da un mese, era sola e senza permesso di soggiorno. Le è stato rilasciato il codice STP e praticato un test di gravidanza, risultato positivo. Agli esami di routine è emersa una positività del test di screening (Elisa III generazione) per l'infezione da HIV, confermata dal test in Western blot. La donna è stata inviata al DH di malattie infettive dell'AUSL6 di Palermo.

Al primo controllo era asintomatica, aveva un numero di CD4 di 273mmc e una carica virale di 100.000 copie/ml (stadio A2 secondo CDC-Atlanta 1993). Nel corso di ripetuti colloqui con diversi operatori ha ricevuto tutte le informazioni sull'infezione da HIV e sul rischio di trasmissione al nascituro; ha comunque rifiutato l'ipotesi di un'interruzione della gravidanza. Avendo superato il primo trimestre di gestazione ha iniziato terapia antiretrovirale con AZT + 3TC e Lopinavir + RTV alle posologie abituali ed in conformità alle linee guida DHHS US del tempo. Al 2° controllo presentava una buona tolleranza della terapia (Hb stabile), una completa soppressione virale (HIV-RNA <50 copie/ml) e un incremento di CD4+ (359mmc). Per il follow-up della gravidanza è stata attivata una rete che ha coinvolto, oltre al S.A.Ri. e al DH di Malattie Infettive dell'AUSL6, il servizio di diagnosi prenatale dell'A.O. Cervello e la Divisione di ginecologia e ostetricia dell'Istituto Materno Infantile. La paziente è stata visitata mensilmente dal ginecologo, dall'infettivologo e dall'internista. Le scelte e gli interventi terapeutici sono stati concordati attraverso contatti tra i diversi operatori, mentre l'aderenza alla terapia è stata verificata con telefonate settimanali.

La donna ha partorito alla 38° settimana con un cesareo programmato; durante il parto, in conformità alle linee guida, ha praticato AZT e.v. Il bambino, nato senza problemi, pesava 2.800 Kg; dalla nascita e per 6 settimane ha praticato terapia con AZT x os secondo protocollo; l'aderenza alla terapia della madre e del bimbo è stata verificata attraverso telefonate e visite domiciliari.

Il servizio sociale del S.A.Ri., con la collaborazione di una mediatrice culturale, ha attivato la richiesta di permesso di soggiorno per gravidanza (art.19). Alla nascita del bambino è stata presentata istanza al tribunale dei minori per il permesso di soggiorno per motivi d'interesse del minore (art. 31). Madre e figlio sono stati iscritti al SSN, ed è stata attivata la procedura per la fornitura gratuita del latte artificiale ai figli di madri sieropositive, secondo quanto previsto dalla legge vigente.

Oggi il bambino ha 10 mesi, sta bene, è sieronegativo ed è iscritto all'asilo nido comunale del suo quartiere. La madre sta bene, continua con buona compliance la terapia antiretrovirale ed ha un'ottima risposta virologica (HIV-RNA sempre <50copie/ml). Ha un permesso di soggiorno di 2 anni per sé e per il bambino e frequenta una scuola d'italiano per stranieri. Nonostante il counseling attento e ripetuto a luglio del 2008 (dopo appena 5 mesi dal parto) è nuovamente rimasta incinta e ancora una volta ha rifiutato l'ipotesi d'interruzione della gravidanza.

Riteniamo che questo caso sia un esempio di come la collaborazione in rete "di fatto" tra servizi

diversi, sanitari e sociali, con l'uso di strumenti operativi adeguati, consenta di affrontare in maniera efficace situazioni difficili, fornendo risposte esaustive a bisogni complessi .

La nuova gravidanza della nostra paziente offre un'interessante spunto di riflessione sull'efficacia dei nostri strumenti di comunicazione, e nel contempo, sulle differenze rispetto alle priorità (in questo caso il desiderio di una seconda gravidanza), alla percezione della malattia e all'accettazione del rischio in culture diverse.

Il paziente pediatrico straniero nel dipartimento di International Center of Bone Marow Trasplant.

Musa Dubali, Francesca Abate

Il concetto di salute e di malattia, come definiti anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, sono abbastanza ampi e complessi. Ma la malattia non è vista nello stesso modo da tutti, spesso nelle differenti culture la percezione della stessa patologia è diversa, questo accade anche nelle varie fasce d'età, il bambino non riconosce la malattia come l'adulto, né l'adulto come l'anziano. Nelle popolazione Indù, pakistani, bengalesi e indiani, c'è alta sensibilità al fenomeno patologica, la malattia e la sofferenza sono elaborate più velocemente, quindi prima accettate rispetto ad altre popolazioni.

Invece i bambini di origine musulmana e quella europea sentono la malattia, la mancanza della piena salute con più sofferenza e angoscia. Nella nostra realtà, che si occupa della cura di pazienti pediatrici affetti da beta thalassemia major e anemia falciforme provenienti da diversi paesi (Albania; Cipro; Italia; Canada, Usa, India, Pakistan, Bangladesh, Grecia, Iraq, Kuwait, Qatar, ecc), questi si presentano con stili di vita e culture spesso tanto diversi, è tramite la medicina trans culturale che siamo riusciti ad avere dei risultati eccellenti medico-infermieristici ed a superare quest'ostacolo.

Di grande importanza si è rilevata la presenza dei mediatori culturali nel nostro BMT TEAM (Bone Marow Trasplant Team), questi collaborano in tutte le nostre attività di assistenza e informazione al paziente, dalla visita medica giornaliera alla attività infermieristica specifica. La figura del mediatore culturale, sperimentata da noi ormai da alcuni anni, ha migliorato l'integrazione team – familiari ed ha reso più flessibile e trans culturale la nostra assistenza medico-infermieristica. L'assistenza trans culturale e qualificata hanno portati grandi risultati, così facendo diventare Ime (Istituto mediterraneo di ematologia) primo centro di eccellenza nel mondo.

Studio prospettico multicentrico nazionale di valutazione di Prevalenza, Incidenza, fattori di rischio e definizione di Sottotipi di HIV in Migranti ed analisi della Avidità anticorpale. (Studio Pr.I.S.H.M.A)

El-Hamad I^{1,2}, Scarcella C², Vassallo F², Speziani F², Grassi E², Pezzoli MC², Scolari C², Ricci A¹, Vullo V³, Lichtner M³, Prestileo T⁴, Affronti M⁵, Cassarà G⁵, Suligoi B⁶, Luzi AM⁶, Colucci A⁶, Gallo P⁶, Regine V⁶, Buttò S⁷, Bernasconi D⁷, Cacciani L⁸, Baglio G⁸, Cristini G¹, Carosi G¹

¹Dip Inf Brescia,²ASL Brescia,³Dip Inf Univ La Sapienza Roma,⁴UOC Mal Inf Osp Casa del Sole Palermo,⁵Univ Palermo,⁶Dip MIPI-ISS,⁷Centro Naz AIDS-ISS,⁸Ag San Pub Lazio

Premessa: questo lavoro raccoglie i risultati complessivi di uno studio tuttora in corso, inizialmente condotto solo a Brescia e successivamente finanziato nell'ambito del VI° Programma Nazionale Ricerca sull'AIDS – ISS ed esteso ad altre aree geografiche in Italia.

Obiettivo: valutazione delle caratteristiche epidemiologiche e virologiche dell'infezione da HIV in immigrati irregolari a livello nazionale.

Metodi: ai soggetti inclusi con modalità random tra il 03/01/04 e il 03/12/2007, sono stati raccolti al tempo basale i dati demografici e i fattori di rischio e ed è stato eseguito la sierologia per HIV. Ai soggetti che sono risultati HIV - è stato consigliato di ripetere l'esame ogni 6 mesi. Il luogo di infezione è stato ricavato dal confronto tra l'epoca di migrazione e l'epoca di infezione. L'epoca d'infezione è stata valutata mediante l'indica di avidità anticorpale (sistema AxSYM ½ gO-Abbott). Nei pazienti HIV+ è stata valutata la tipologia e la distribuzione di varianti di HIV-1 non-B (cEIA).

Risultati: dei 3003 soggetti esaminati, 29 erano HIV+ con una *prevalenza* pari a 1%. Tra questi: sesso femminile 58,6%, Africa sub-sahariana 79,3%, cristiani 86,2%. 19 soggetti riferivano rapporti eterosessuali occasionali, 11 rapporti commerciali, 5 senza fattori di rischio. L'uso del condom tra i soggetti HIV+ con un comportamento sessuale a rischio, è stato irregolare nel 71,4% dei casi. All'analisi multivariata, i fattori correlati al rischio di essere HIV+ sono stati, oltre alla promiscuità sessuale, la provenienza dall'Africa sub-Sahariana. *Il luogo presunto di acquisizione dell'infezione* è risultato essere l'Italia in 6/27 (22,2%), dei quali 3 con HIV subtipo non B, il paese d'origine in 4/27 (14,8%), tutti con HIV subtipo non B, mentre per il 63% dei casi (17/27, dei quali 13 con subtipo non B) non è stato possibile stabilire il luogo d'infezione. *L'incidenza* di HIV nella popolazione di studio stimata mediante il test di avidità anticorpale è risultata pari a 59,5/100.000. Al follow-up dei 514 soggetti HIV negativi osservati dopo una media di 16,4 mesi non è stata registrata alcuna siero conversione.

CommentoNel nostro paese vi sono sottogruppi di migranti esposti al rischio di HIV. L'infezione da HIV è sostenuta anche da varianti non B e può essere contratta sia nel paese d'origine che in Italia, probabilmente tramite rapporti sessuali tra soggetti appartenenti alle comunità di immigrati. L'impatto dell'infezione da HIV nella nostra popolazione di studio è risultata in contrasto con le prevalenze più elevate riportato da diversi autori in studi condotti su casistiche di immigrati più o meno selezionate in altri Paesi d'Europa. Inoltre, i nostri dati evidenziano come il rischio di contrarre l'infezione non sia legato all'essere migrante di per se, ma ai noti fattori di rischio per l'infezione da HIV come la promiscuità sessuale, i rapporti

commerciali e l'uso non costante del condom, che determinano una incidenza sensibilmente maggiore rispetto alla popolazione generale.

Dall'aborto alla contraccezione con le donne immigrate.
Percorsi di genere verso l'autonomia nella gestione della propria vita riproduttiva

D. Gerin, A.M. Cortese

Azienda Per i Servizi Sanitari n°1 "triestina"- Trieste

Esperienza presentata

Il maggior ricorso all'IVG delle cittadine straniere rispetto alle donne italiane, evidenziato dai dati nazionali e regionali è attribuibile in larga misura ad una maggiore difficoltà nell'accesso ai servizi disponibili. Verranno presentati gli interventi mirati alla prevenzione e riduzione dei tassi di IVG nelle donne immigrate che sono stati attuati dalla fine del 2007 alla fine del 2008.

Sono stati facilitati l'accesso ai servizi e la possibilità di scelta su temi riguardanti la pianificazione familiare, la gravidanza, il parto e la distanziamento delle nascite promuovendo lo sviluppo delle conoscenze sui propri diritti in tema di riproduzione, aumentando la disponibilità di metodi contraccettivi e sviluppando programmi specifici di informazione e accompagnamento per le donne che chiedono di fare ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza con l'obiettivo di ridurre il fenomeno delle IVG ripetute.

Metodologia

All'interno della popolazione delle cittadine straniere della provincia di Trieste sono stati individuati i seguenti target specifici verso i quali indirizzare l'offerta attiva dei servizi consultoriali:

- Donne in puerperio
- Donne in età fertile che vengono raggiunte tramite associazioni, mediatrici culturali ed altre agenzie, Punto Informativo e ambulatorio STP dell'ASS1
- Donne al controllo post-ivg

A queste donne sono stati offerti:

- Presenza di MLC
- Corsi di Accompagnamento alla nascita individuali o di gruppo
- incontri individuali anche con visite domiciliari
- Contraccettivi gratuiti in caso di indigenza
- Materiale didattico- informativo illustrato e/o multilingue

Il coinvolgimento delle mediatrici culturali è stato fondamentale, oltre che per la mediazione linguistica per l'individuazione delle strategie di offerta attiva più efficaci e per la traduzione di materiale didattico-informativo

Risultati

Per la maggior parte delle donne immigrate interventi facilitanti l'accesso e la conoscenza dei Servizi, come l'uso della mediazione culturale, sono generalmente sufficienti per permettere l'utilizzo dei servizi consultoriali.

Per gli interventi a carattere preventivo/educativo verranno presentati i dati relativi alle donne che hanno avuto bisogno di percorsi dedicati a causa di particolari difficoltà linguistiche o culturali, per lo più legate alla condizione di immigrazione recente o, come in alcuni casi di ricongiungimento familiare, di esclusione sociale.

Per quanto riguarda la prevenzione della ripetizione dell'IVG verrà presentata la strategia dell'ASS N°1 evidenziando la rilevanza del fenomeno rispetto alle cittadine straniere.

Discussione

L'approccio di genere alle questioni della salute femminile è stato per noi l'elemento determinante per raggiungere il maggior numero di ritorni al consultorio per la visita di controllo post IVG e l'adozione di metodi contraccettivi sicuri. Fondamentale in questo approccio è stata la possibilità per le donne di disporre di mediatrici culturali formate sui temi della salute femminile. Ciò ha garantito la comprensione e la privacy nel rapporto con gli operatori sanitari e l'accompagnamento attraverso i percorsi di cura ed ha inoltre permesso di non utilizzare un familiare per la mediazione. Infatti è nostra ferma convinzione ed esperienza che ciò possa compromettere la piena espressione della volontà della donna ed essere lesivo dei diritti dei minori eventualmente coinvolti nel processo di mediazione.

Epidemiologia e fattori di rischio delle infezioni da HBV, HCV, HIV e LUE negli immigrati cinesi di Reggio Emilia

M. Greci, F. Bonvicini, S. Candela R. Fornaciari, G. Magnani, M. Manghi, E. Nasi, L. Vecchia.

Centro per la Salute della Famiglia Straniera, AUSL di Reggio Emilia

Obiettivi dello studio

L'infezione da HBV è ancora una delle principali cause di malattia epatica e morte precoce in Cina¹: circa il 60% della popolazione ha una storia di infezione da HBV ed il 9.8% di soggetti ha una infezione cronica². Nel complesso, ogni anno in Cina avviene il 37-50% di tutte le morti correlate ad HBV che si verificano nel mondo³.

Recentemente sono stato riscontrati valori elevati di prevalenza anche per altre malattie trasmesse per via sessuale e parenterale: nella provincia rurale di Shanxi è emersa una positività per anticorpi anti-HIV ed HCV rispettivamente dell'1.3% e del 12% con elevato tasso di co-infezione⁴ e nello Yunnan una prevalenza di HIV dello 0.38% nelle cliniche prenatali⁵.

A Reggio Emilia l'immigrazione cinese ha assunto negli anni dimensioni sempre più importanti⁶. L'obiettivo dello studio è valutare l'epidemiologia ed i fattori di rischio delle infezioni a trasmissione parenterale e sessuale nella popolazione cinese afferente al Centro per la Salute della Famiglia Straniera (CSFS), servizio dedicato agli immigrati senza permesso di soggiorno e/o con esigenze di mediazione linguistico/culturale.

Metodi

Nel periodo compreso tra il 30 Giugno ed il 29 Dicembre 2007, agli utenti di nazionalità cinese di età maggiore o uguale a 18 anni afferenti agli ambulatori di medicina generale del CSFS è stata offerta gratuitamente un prelievo ematico per la valutazione delle infezioni da HBV, HCV, HIV e LUE. Ad una parte dei soggetti è stato inoltre somministrato un questionario per l'indagine dei principali fattori di rischio correlati in letteratura alle infezioni in esame. Agli utenti negativi per tutti i markers dell'HBV è stata offerta la vaccinazione in tre dosi, per i positivi sono stati predisposti gli idonei percorsi diagnostici e terapeutici.

Risultati

Sono stati eseguiti in totale 347 prelievi. Risulta una prevalenza di infezione da HBV del 12%, con valori più elevati nei soggetti di giovane età; un ulteriore 56% degli utenti ha avuto in passato una infezione da HBV. Il 26% dei soggetti con infezione da HBV presenta una forma ad elevata contagiosità e, tra i pazienti che hanno intrapreso un adeguato iter diagnostico e terapeutico, il 43% risulta avere una epatite cronica ad elevata replicazione virale.

La prevalenza di positività per HCV ed RPR/TPPA è rispettivamente di 1,15% e di 0,86%. Non si sono verificati casi di positività per gli anticorpi anti-HIV.

Fra i fattori di rischi analizzati, solo l'anamnesi familiare positiva per patologie epatiche croniche è risultata significativamente correlata al rischio di infezione da HBV.

Discussione

I risultati mostrano una prevalenza di infezione da HBV negli immigrati cinesi più elevata rispetto alla popolazione italiana⁷ di 5-10 volte, in particolare soggetti di giovane età.

Alla luce dei dati di letteratura, dei risultati complessivi di prevalenza delle infezioni e dei fattori di rischio emersi, ipotizziamo un ruolo predominante nella popolazione analizzata, a differenza di quanto accade attualmente in Italia, della trasmissione per via verticale o

intrafamiliare nell'infanzia.

Gli interventi di prevenzione nella popolazione cinese dovranno quindi essere rivolti principalmente all'identificazione precoce dei soggetti adulti infetti, alla vaccinazione dei loro contatti stretti soprattutto se di giovane età ed all'individuazione delle donne gravide HBsAg positive.

L'alta prevalenza di infezioni ad elevata contagiosità e replicazione virale ha un notevole impatto in termini sia di spesa sanitaria che di esigenze organizzative. Recentemente in California è stata condotta una valutazione costo-efficacia sulla opportunità di sottoporre i soggetti adulti di provenienza asiatica a programmi di screening per l'infezione da HBV, con risultati positivi⁸; è auspicabile che tale opportunità venga valutata anche nella nostra realtà.

Bibliografia

¹ WHO, Weekly epidemiological record No. 24 2007, 82, 209-224.

² Xia GL et al. Prevalence of hepatitis B and C virus infections in the general Chinese population. Results from a nationwide cross-sectional seroepidemiologic study of hepatitis A, B, C, D and E virus infections in China, 1992. International Hepatology Communications, 1996,5:62-73.

³ Goldstein ST et al. A mathematical model to estimate global hepatitis B burden and vaccination impact. International Journal of Epidemiology, 2005,34: 1329-339.

⁴ Qian HZ, Vermund SH et al. Co-infection with HIV and hepatitis C virus in former plasma/blood donors: challenge for patient care in rural China. AIDS 2006 Jun 26;20(10):1429-35.

⁵ Xiao Y, Kristensen S et al. Expansion of HIV/AIDS in China: Lessons from Yunnan Province. Soc Sci Med 2007 Feb;64(3):665-75.

⁶ Report Stranieri 2006, Reggio Emilia.

⁷ SEIEVA, 2006.

⁸ Hutton DW, Tan D, So SK, Bandeau ML. Cost-effectiveness of screening and vaccinating Asian and Pacific Islander adults for hepatitis B. Ann Intern Med. 2007 Oct 2;147(7):460-9.

La sperimentazione di un modello di intervento multidisciplinare nell'ambito di servizi bio-psico-sociali. L'esperienza del servizio "Richiedenti asilo, rifugiati, vittime di tortura" (2001-2008) dell'Istituto Nazionale per la Promozione della Salute delle Popolazioni Migranti ed il Contrasto delle Malattie della Povertà (INMP), Roma, Italia.

A. Gutierrez, M. E. Gulmez, M.C. Segneri, M.C. Tumiatì.

Istituto Nazionale per la Promozione della Salute delle Popolazioni Migranti ed il Contrasto delle Malattie della Povertà (INMP)

Background

L'INMP, costituito nell'agosto del 2007, attraverso le attività socio-sanitarie svolte dai 3 centri regionali con i quali collabora, intende migliorare il SSN raccogliendo insegnamenti relativi all'organizzazione e alle strategie di intervento sperimentate per accrescere la fluidità dei servizi ed offrire un'assistenza migliore, sia per le popolazioni migranti che per quella italiana.

Uno dei centri sanitari regionali di cui sopra, la Struttura Complessa di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale dell'Istituto (I.R.C.C.S.) S. Maria e S. Gallicano di Roma – fondata nel 1985 – dal 1996 si avvale dell'operato di mediatori linguistico-culturali quali traduttori ed interpreti dei sistemi socio-culturali di riferimento delle persone che si rivolgono ad essa nelle attività di accoglienza, assistenza e cura bio-psico-sociale fornite. La presenza dei mediatori è andata ad integrare – in un'ottica olistica – i setting clinico-diagnostici e assistenziali-riabilitativi dei suoi ambulatori medici e psicologici, permettendole di sperimentare modelli di intervento multidisciplinari, nei quali la specificità e la complementarietà delle figure professionali coinvolte può articolarsi in modo da individuare piani ed azioni di intervento idonei al recupero del benessere bio-psico-sociale di persone provenienti da contesti socio-culturali differenti. A tale riguardo, il "Richiedenti asilo, rifugiati, vittime di tortura" – costituito nel 2001 – rappresenta un "laboratorio" per il modello di intervento multidisciplinare adottato da tutti gli ambulatori della suddetta Struttura, cioè il "luogo" di ricerca all'interno del quale si opera per migliorare tale modello e per renderlo esportabile presso altri centri sanitari del SSN.

L'intervento illustrerà le caratteristiche del modello di intervento multidisciplinare servendosi della descrizione del servizio "Richiedenti asilo, rifugiati, vittime di tortura".

Metodo

La metodologia di intervento di tipo multidisciplinare sperimentata dall'INMP, qui espletata attraverso la descrizione del servizio "Richiedenti asilo, rifugiati, vittime di tortura" fornito dalla Struttura Complessa, vede le seguenti figure professionali coinvolte: mediatori linguistico-culturali, medici, psicologi e psicoterapeuti, antropologi. La modalità operativa delle professionalità coinvolte si alterna tra due tipologie lavorative differenti e complementari: 1. Individuale; 2. Partecipata. Nello specifico del suddetto servizio, le attività realizzate sono: 1. Accoglienza e rilascio di informativa pertinente; 2. Counselling legale e antropologico; 3. Visite mediche; 4. Esami diagnostici; 5. Colloqui psicologici; 6. Produzione di documenti e certificazioni per gli organi preposti all'esame della domanda di asilo; 7. Assistenza sociale; 8. Formazione; 9. Ricerca.

Risultati

L'adozione di un modello di intervento multidisciplinare ha mostrato nel corso degli anni

– 22/01/2002 al 31/12/2008 – le sue potenzialità, permettendo al servizio “Richiedenti asilo, rifugiati, vittime di tortura” dell’INMP di assistere 454 persone (80,3% maschi, 19,7% femmine) appartenenti a 31 nazionalità differenti, dove le più rappresentate sono state: kurda turca, afghana, nigeriana, bangladese e iraniana. Il campione ha presentato le seguenti caratteristiche: 1. Età media di 30 anni; 2. Celibe/nubile per il 53,7%; 3. Perseguitato nel Paese d’origine per motivi politici per il 25,4%; 4. Tratto in stato di fermo nel Paese d’origine per il 72,5%; 5. Sottoposto a una forma di violenza e/o tortura per il 60,4%; 6. Presentato la domanda di asilo per il 90,6%; 7. Riconosciuta la protezione internazionale o la protezione sussidiaria per il 50,7%.

Per quanto riguarda le condizioni psico-fisiche riscontrate – facendo riferimento al ICD-9 – il 39,9% del campione ha riportato una patologia inscrivibile nella diagnosi “Disturbi psichici”, il 19,5% una patologia inscrivibile nella diagnosi “Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo”, il 13,5% una patologia inscrivibile nella diagnosi “Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo”. Andando ad osservare nel dettaglio le categorie di diagnosi assegnate alle persone, l’83,8% del campione ha ottenuto la diagnosi “Disturbi psichici”, corrispondente per il 98,9% al “Disturbo post-traumatico da stress prolungato”. Focalizzando l’attenzione sui risultati clinico-diagnostici emersi sul campione, l’incidenza, quasi totale, della diagnosi di “Disturbo post-traumatico da stress prolungato” ha rappresentato elemento di discussione e confronto tra le figure professionali coinvolte. Da una parte, la collaborazione tra psicologa, antropologa e mediatore linguistico-culturale ha permesso di declinare, in maniera dettagliata, le modalità specificamente culturali attraverso le quali tale categoria diagnostica si configurava a seconda del paziente, dall’altra, il confronto tra queste professionalità ha maggiormente avvalorato la tesi, ampiamente sostenuta in ambito accademico, circa l’inadeguatezza delle categorie psico-diagnostiche presenti nel DSM IV, quando applicate a pazienti provenienti da Paesi non occidentali.

Pertanto, l’adozione di un modello di intervento multidisciplinare ha permesso che emergessero nell’immediato le criticità e le problematiche soggiacenti l’assistenza bio-psico-sociale indirizzata a categorie di intervento specifiche, portando a ricercare strategie di intervento che fossero in grado di rispondere, volta per volta, alle domande di aiuto avanzate dalle persone che si rivolgevano al servizio.

Discussione

Tra gli apporti maggiori mostrati dal modello di intervento multidisciplinare adottato dall’INMP all’interno dei setting clinici, sono emersi: 1. La consapevolezza dell’“etnocentrismo” dei sistemi di cura (biomedicina, psicologia); 2. Il “relativismo culturale” dei sistemi di riferimento conoscitivi delle professionalità coinvolte. Questi elementi hanno permesso, attraverso un processo dialogico e dialettico continuo, di individuare la natura del disagio riportato dal paziente (proveniente da differenti contesti socio-culturali) e l’adeguata strategia di intervento da adottare. Pertanto, l’INMP raccomanda ai centri regionali del SSN di sperimentare, quanto possibile l’utilizzo di équipe multidisciplinari all’interno dei setting clinici.

Badanti: Lo spostamento come frattura

G. Induni

Centro di Salute Internazionale ASL di Brescia

Questo lavoro parte da un'esperienza che ho svolto come psicologa presso il C.S.I. di Brescia tra i mesi di aprile e dicembre 2008.

Fin dall'inizio gli utenti che hanno richiesto prestazioni di tipo psicologico sono state per la maggior parte donne immigrate senza permesso di soggiorno e impiegate come badanti presso famiglie di Brescia e provincia, tutte provenienti dall'Europa dell'est (Moldavia, Ucraina, Russia e Romania).

Dai colloqui è emerso che le pazienti presentavano un panorama sintomatologico che comprendeva attacchi di ansia, insonnia, irritabilità, sentimenti di forte angoscia, e reazioni fisiologiche specifiche, inoltre la reattività generale (restrizione degli affetti, dei sentimenti di tenerezza, restrizione dell'interesse e della vita sociale) sembrava affievolita; l'avvenire veniva percepito come chiuso e, in alcuni casi, comparivano: disturbi della memoria, eccessi d'ira, difficoltà di concentrazione, ipervigilanza e sentimenti di paura.

Le indagini anamnestiche hanno evidenziato come tali soggetti avessero in comune molti vissuti per quanto riguarda la loro vita nel paese d'origine, l'esperienza migratoria e le condizioni di vita attuali.

In particolare tutte riferiscono di aver lasciato il loro paese per riuscire a dare un supporto alla famiglia, la quale viene descritta in condizioni di grave indigenza. Per quanto riguarda i soggetti provenienti dalla Moldavia, vengono tutte da zone rurali, e i lavori svolti nel paese d'origine erano principalmente nell'ambito dell'agricoltura e dell'allevamento di piccole dimensioni. Le pazienti riportano come in tali condizioni non fosse possibile garantire un futuro ai familiari ma anche quanto percepissero difficoltoso assicurare loro il sostentamento minimo. Le condizioni di base non differiscono molto per le donne russe, ucraine e rumene con la differenza che la maggior parte di loro proveniva da zone urbane e svolgevano, nel paese d'origine lavori anche altamente professionalizzati.

Lo "spostamento" viene sempre descritto come una frattura vissuta in modo ineluttabile, come se le pazienti non sentissero di aver fatto una scelta ma di essersi trovate all'interno di un meccanismo che non avesse permesso loro altre vie d'uscita. Le donne che hanno partecipato ai colloqui riferiscono tutte di essere state al corrente di quale tipo di mansione dovessero svolgere in Italia e con quali modalità.

Dalle descrizioni dell'esperienza del viaggio verso il nostro paese vengono alla luce situazioni estremamente disagiati: non di rado raccontano di viaggi fatti a piedi attraverso le montagne in condizioni che le hanno messe a dura prova sia da un punto di vista fisico che psicologico. Sembra che tali viaggi siano durati tra i quattro e i sette giorni, con tratti percorsi, oltre che a piedi, in macchina e all'interno di camion. Emerge inoltre dai racconti che i costi per effettuare tali viaggi variano dai 3.500 ai 5.000 euro. Tali somme mettono queste persone in uno stato di debito che sono tenute a saldare prima di cominciare a risparmiare il denaro necessario per supportare i loro familiari.

Le condizioni di vita in Italia vengono presentate come fortemente provanti, non tanto per ciò che riguarda la fatica fisica che comporta il lavoro di badante ma soprattutto per lo stress determinato dagli orari di lavoro, che prevedono ventiquattro ore di disponibilità al giorno e una giornata di libertà la settimana (molte di loro riferiscono di non poter avere neanche una sera libera) e dal carico psicologico di dover avere a che fare con persone anziane, spesso seriamente compromesse a livello cognitivo.

In conclusione, dai colloqui, emerge che le pazienti si sentono in una situazione di stallo, aggravata dallo stato di clandestinità, dalla quale sembrano sentirsi nell'impossibilità di uscire. Oltre a ciò la frattura dalla loro famiglia che risuona spesso anche a livello della loro identità, le mette in condizioni di provare sentimenti di profonda solitudine e malinconia.

Sportello interculturale informaSalute
Il migrante come risorsa nel processo di cambiamento della politica sociale

M. L. Landeo, E. Camillo da Silva, B. Maisano, S. Geraci

Area sanitaria Caritas di Roma

Viene presentato il processo di ideazione, la progettazione, l'avvio ed i primi dati dell'esperienza pilota di uno *sportello informativo finalizzato all'orientamento sanitario della popolazione migrante nella città di Roma* gestito da volontari essi stessi migranti all'interno di una struttura sanitaria pubblica, il Poliambulatorio della ASL Roma A (zona centro).

Il progetto nasce all'interno di una riflessione e di un'esperienza più ampia che ha portato l'Area Sanitaria della Caritas di Roma, anche attraverso l'osservatorio del Poliambulatorio per immigrati, nel corso della sua quasi trentennale esperienza, al rilevamento di sempre nuove barriere nell'accessibilità e nella fruibilità dei servizi per la salute da parte della popolazione migrante sia regolare che irregolare: tali ostacoli rischiano di depotenziare ed in alcuni casi addirittura di vanificare e quindi di negare il diritto alla salute ed all'assistenza sanitaria garantito dalla legislazione vigente.

D'altra parte gli "ex-migranti", ormai cittadini a pieno titolo, qualificati e con alle spalle positivi percorsi di integrazione socio-culturale, esprimono sempre più la loro disponibilità a collaborare attivamente ai processi di cambiamento della società in cui si inseriscono e delle relative politiche migratorie e sociali.

Il progetto si configura quindi come un'esperienza pilota che si pone come obiettivo il coinvolgimento di volontari, adeguatamente e specificamente formati, appartenenti alle comunità etniche cristiane presenti nella città di Roma, in collaborazione con la Migrantes Diocesana.

Tali volontari, che si esprimono anche nelle loro lingue d'origine, hanno dato vita ad uno sportello interculturale aperto quotidianamente all'interno della struttura pubblica del Poliambulatorio di Via Luzzatti,⁸ nel quartiere multietnico per eccellenza della città, l'Esquilino: essi sono in grado di fornire informazioni puntuali e sempre aggiornate sui percorsi di accesso ai servizi sanitari pubblici (orientamento sanitario), fornendo mappe, indirizzi, orari, persone di riferimento e accompagnando i percorsi fino all'effettiva "fruizione" dei servizi.

Una particolare attenzione viene prestata alla popolazione cinese che tutti i più recenti studi sociologici riconoscono particolarmente isolata e discriminata nell'accesso ai servizi sanitari e sociali prevalentemente a causa di barriere linguistiche e di reciproci pregiudizi.

I volontari operano attivamente anche nel territorio dell'Esquilino stabilendo contatti con l'Università, con le associazioni culturali e le strutture commerciali presenti con lo scopo di far conoscere i servizi e di proporre occasioni di formazione specialmente attraverso iniziative di educazione sanitaria finalizzata alla prevenzione.

La sorveglianza della tubercolosi in persone senza fissa dimora e migranti: un'esperienza nella città di Roma

**P. Laurenti, *S. Bruno, *A. Cairo, *G. Quaranta. *G. La Torre, °G. Delogu, °G. Fadda,
#T. Pirronti, ^S. Geraci, ^R. Molina, ^G. Attanasio, §S. Pelargonio, °°FN Lauria, °°A
Gualano, °°M. Vecchi, *W. Ricciardi*

**Istituto di Igiene, °Istituto di Microbiologia, #Istituto di Scienze Radiologiche Università Cattolica Sacro
Cuore, Roma; ^Caritas, Roma; §ACISEL, Roma; °
°Istituto Nazionale Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani, Roma*

Introduzione

Nel periodo 1999–2005, nonostante un decremento dei casi di Tubercolosi (TB) nella popolazione italiana (-32%), è stato osservato un incremento dell'88% nella popolazione straniera che rende conto del 32% dei 31.000 casi notificati.

L'aumento dell'immigrazione di persone proveniente da aeree del mondo ad alta endemia, insieme ad altre cause (epidemia da HIV, differenti fattori di disagio sociale), possono contribuire a spiegare questo trend epidemiologico.

La ricerca attiva e il controllo dei contatti di un caso di tubercolosi polmonare sono tra le più importanti misure per prevenire nuovi casi nei due anni successivi all'infezione (periodo di massima incidenza) in cui si stima un rischio di malattia intorno all'8%. Tenendo conto delle attuali conoscenze epidemiologiche relative al nostro Paese, è evidente che in particolari gruppi di soggetti a rischio lo screening e l'eventuale terapia preventiva possono costituire un beneficio per la Sanità Pubblica: soggetti provenienti da Paesi ad alta endemia; soggetti esposti a rischio professionale; soggetti senza dimora, ospiti di ricoveri notturni, rifugiati.

Metodi

L'Istituto di Igiene dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, in collaborazione con gli Istituti di Microbiologia e Radiologia, con il Comune di Roma, la Caritas, l'ACISEL e l'Istituto Nazionale di Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani, ha condotto –nel periodo novembre 2006-novembre 2007- una sorveglianza della Tubercolosi (infezione latente e malattia attiva) in un campione di persone senza fissa dimora, italiane e straniere migranti, reclutate presso centri di Accoglienza della città di Roma.

La selezione del campione è stata effettuata in accordo a specifici criteri di inclusione che definiscono una persona senza fissa dimora (United States Code Title 42, Chapter 119, Subchapter I). Per valutare la prevalenza dell'infezione è stata utilizzata l'intradermoreazione di Mantoux in accordo con gli standard del 1999 dell'American Thoracic Society (PPD 5UI). Per le persone con reazione positiva (diametro > 10 mm) è stata effettuata la raccolta di tre campioni consecutivi di espettorato e la Radiografia del torace con dispositivo portatile. Tutte le operazioni sono state condotte in ambienti dedicati presso le strutture di accoglienza. Le persone con esame radiologico positivo e dubbio e/o con esame dell'espettorato positivo sono state accompagnate presso un ambulatorio appositamente approntato presso l'INMI Spallanzani.

Risultati

Nel periodo oggetto di studio sono state reclutate 288 persone. Di queste, 259 sono tornate per la lettura dell'intradermoreazione di Mantoux a 72 ore con una compliance alla sorveglianza dell'89%. Di queste, il 33.2% erano italiani, il 32% romeni, l'8.5% afgani. Tra le 259 persone tornate per la lettura, 118 sono risultate positive all'intradermoreazione di Mantoux (45,5%). Di questi il 17.6% erano romeni, il 12% italiani, il 3.5% afgani. Delle 118 persone

positive all'intradermoreazione di Mantoux, 97 (82%) hanno aderito all'intero percorso di sorveglianza. L'analisi multivariata riguardo la compliance alla lettura ha mostrato risultati stiticamente significativi per i fumatori: OR 2.64 (95% CI =1.14-6.10) e i coniugati: OR 0.39 (95% CI = 0.17-0.85). Riguardo il fattore immigrazione come condizionante l'adesione all'intero percorso di sorveglianza, non si sono avuti risultati statisticamente significativi per i migranti: OR 0.14 (95% CI = 0.02 – 1.10).

Conclusioni

La nostra esperienza mostra una buona adesione al percorso di sorveglianza attiva proposto, sia nella popolazione italiana che in quella migrante, accomunate dall'essere senza fissa dimora. E' oggi fondamentale per la Sanità Pubblica realizzare specifici modelli di valutazione e gestione del rischio e di sorveglianza attiva in popolazioni in condizioni di disagio sociale in cui la tutela della salute non è vissuta come una priorità. La difficoltà nella continuità terapeutica sottolinea l'elemento carente principale anche nella nostra esperienza. La TB non può essere controllata senza una "presa in carico" del cittadino ammalato, con un approccio che integri l'assistenza sanitaria con quella sociale.

Il “Percorso Benessere Mamma – Bambino” e l’assistenza al parto nella donna straniera in gravidanza.

L. Leonardis

L’incremento della popolazione straniera soprattutto di sesso femminile registrato nel Comune di Palermo e le relative condizioni di disagio e di marginalità sociale, in cui molte di esse sono spesso costrette a vivere, delineano, ancora oggi, l’immagine di una popolazione altamente esposta a malattie (anemie, infezioni dell’apparato genito-urinario, aborti, patologie post-partum, ed eventuali disturbi nella relazione mamma-bambino) e relative complicanze, spesso causate da fattori di rischio arginabili evitabili. Il proprio stato di salute, ad esempio in gravidanza o in condizioni di particolare necessità, può rischiare di essere compromesso semplicemente per motivazioni legate alla scarsa conoscenza della lingua e della rete dei servizi sanitari. Inoltre, l’assenza di mediatori linguistici e culturali accresce la difficoltà di esplicitare un bisogno di salute quasi sempre intrecciato ad una rappresentazione culturale che lega i concetti di salute- malattia-cura alle proprie storie migratorie. Tutelare e promuovere la salute delle donne straniere significa prevenire ed arginare precocemente eventuali complicanze fisiche e psicologiche che, proprio per il contesto in cui insorgono, potrebbero determinare effetti ancora più dirompenti e rendere particolarmente critiche condizioni fisiologiche, come la gravidanza e il parto. A tale fine, nasce nel 2006 l’esperienza del *gruppo benessere mamma-bambino*. Un percorso incentrato sul modello di prevenzione primaria perinatale e di counseling proprio della cosiddetta Psicologia Funzionale, che considera la gravidanza un fondamentale momento di transazione, per il Sé Donna, caratterizzato da modificazioni ed alterazioni temporanee sui piani di funzionamento psicocorporeo. Percorso rivolto alle donne immigrate, finalizzato ad identificare i bisogni di salute, a rilevare i potenziali di rischio/protezione, e ad offrire già dal quarto mese un sostegno informativo, educativo, medico e psicologico alla gravidanza, al parto ed al puerperio. Un momento di incontro, in cui vengono valorizzati i saperi sulla maternità di tutte le culture e in cui si possa facilitare il passaggio dalla cultura di origine alla cultura del Paese ospitante, riducendo l’incidenza di patologie legate alla sfera riproduttiva e favorendo i processi di inclusione e di integrazione sociale.

L’esperienza è stata condotta nell’arco temporale di 24 mesi (Marzo2006 - Marzo 2008) ed ha coinvolto 120 gestanti immigrate, suddivise in due gruppi omogenei per età, nazionalità, stato civile, possesso permesso di soggiorno, condizione lavorativa, abitativa. Nel primo gruppo, l’intervento medico -sanitario e psico-educativo è stato condotto soltanto in seguito ad una prima fase conoscitiva, che attraverso il ricorso alla narrazione ed alla somministrazione di differenti strumenti, ha consentito di ricostruire le storie di migrazione, di rilevare i bisogni e le credenze di salute, sulle quali orientare i successivi laboratori funzionali di sostegno alla gravidanza ed al parto. Nel secondo gruppo, gli interventi sono stati incentrati sulla trasmissione di informazioni e sulla conduzione di laboratori funzionali, senza alcun ricorso a tecniche di indagine conoscitive e narrative.

Dall’analisi dei dati rilevati per ciascun gruppo-campione, si evince che l’intervento integrato utilizzato per il primo gruppo risulta più efficace di quello utilizzato per il secondo gruppo, relativamente a:

- livello di acquisizione di sani comportamenti di salute in gravidanza;
- livello di acquisizione di conoscenze dei servizi socio-sanitari e delle relative modalità di accesso;
- livelli di ansia e stress,
- livelli di acquisizione di *empowerment* e di *coping*;

- numero di patologie legate alla sfera riproduttiva.

La valorizzazione della soggettività, unitamente all'utilizzo di approcci multidisciplinari, consente di lavorare contemporaneamente su tutti i piani psico-corporei di funzionamento dell'essere umano conferendo un maggiore valore di efficacia all'interno di quei programmi finalizzati alla tutela e alla promozione della salute della donna immigrata.

**Le parole della salute:
dizionario medico per interpreti, mediatori e pazienti di lingua cinese**

A. Listuzzi, B. Maisano, S. Geraci

Area sanitaria Caritas Roma

L'Area sanitaria della Caritas diocesana di Roma ha attivato dal 2001, attraverso il suo poliambulatorio, uno specifico progetto rivolto alla comunità cinese, il "progetto cina".

Attraverso un intervento di offerta attiva l'accesso di questa comunità all'assistenza sanitaria (medicina generale ginecologia e pediatria) del servizio Caritas si è più che decuplicato. oggi i pazienti cinesi sono al secondo posto tra i nostri utenti. ciò è stato possibile lavorando sui reciproci pregiudizi ed utilizzando un approccio transculturale.

Il progetto si è dotato infatti di un gruppo di interpreti volontari che ha avviato presso il poliambulatorio un'esperienza pilota di primary health care specificamente rivolta alla comunità cinese inizialmente in un solo giorno della settimana, il mercoledì, e poi quotidianamente.

Una strategia importante del progetto è stata la creazione di alcuni strumenti di facilitazione della comunicazione sia per il rapporto operatore sanitario/paziente cinese che per l'orientamento sanitario sul territorio.

Con la presente comunicazione presentiamo uno di questi strumenti: le parole della salute **dizionario medico per interpreti, mediatori e pazienti di lingua cinese** di prossima pubblicazione.

L'obiettivo è che il "dizionario" possa costituire un valido ausilio comunicativo per operatori sanitari e pazienti anche nel contesto nazionale.

Attualmente oltre che nel nostro servizio stiamo utilizzando il dizionario nel poliambulatorio della Asl Roma A di via Luzzatti che ha accolto al suo interno il progetto caritas di uno sportello interculturale rivolto in maniera specifica e diretta all'orientamento sanitario della numerosa popolazione cinese dell'Esquilino.

E' questo il primo "nodo" di una futura rete attraverso la quale intendiamo migliorare la capacità del sistema sanitario di rispondere alla domanda di salute di questa comunità.

Anche mediante lo strumento del *dizionario* verrà proposto in altri servizi sanitari pubblici e del privato sociale l'approccio transculturale e la metodologia comunicativa da noi adottata al fine di attivare una rete tra servizi sanitari fruibili dai pazienti cinesi.

Accudire la maternità straniera

E. Meloni, G. Carreca

AUSL Latina

Introduzione.

Dalla metà degli anni '90 il costante decremento della natalità e della fecondità sembra essersi arrestato, anche grazie a un aumento del fenomeno migratorio. Dal 1994, infatti, la quota di nati da donne nate all'estero nella regione Lazio è aumentata dal 6% al 19% del 2005; ciò ha determinato dopo tanti anni un bilancio demografico positivo .

In provincia di Latina ogni anno nascono circa 5000 bambini; nel 2007, 293 (6%) sono nati da donne straniere (dati Dossier Caritas 2008). La nascita di un figlio è per ogni donna un momento emotivamente delicato; dopo la nascita è spesso presente una fisiologica tristezza senza motivo, che nel 10-20% dei casi si presenta come depressione post partum (DPN).

E'importante rilevare come le donne immigrate risultino più esposte alla solitudine (anche perché portatrici di modelli culturali diversi), alla difficoltà di comprensione con gli operatori, al disagio del ritorno a casa, in una abitazione spesso inadeguata (forse condivisa con altri connazionali, con un bambino spesso bisognoso di cure), alla mancanza di sostegno di familiari stretti e di una rete sociale di supporto.

Obiettivi.

Mettere in atto una progettualità che favorisca il benessere psico-fisico delle puerpere straniere.

Materiali e metodi.

L'intervento non è univoco ma basato su azioni congiunte di seguito elencate.

L'intervento domiciliare: la visita ostetrica post partum.

L'informazione: preparazione di materiale informativo in lingua per facilitare l'accesso al percorso

Solidarietà.

La mediazione: presenza del Mediatore Culturale per favorire l'accoglienza e la presa in carico.

Spazio dedicato: creazione di uno spazio Incontro con le neo mamme straniere, organizzato all'interno dei Consultori, anche con l'ausilio del mediatore culturale, quale supporto alle possibili criticità legate alle prime fasi di vita del bambino.

Sostegno sociale: attivazione della rete sociale con personale volontario (donne adulte, nonne ecc.) che sosterrà le neomamme nella gestione delle incombenze pratiche della vita quotidiana, fornendo non soltanto aiuto materiale ma anche psicologico.

Conclusioni

Il progetto ha come fine prevenire i disturbi d'ansia, la depressione post partum e i disagi psichici a lungo termine della madre; al tempo stesso, interviene anche su possibili effetti negativi nella relazione madre-bambino, come disturbi cognitivi e sociali e nell'attaccamento, e sull'insorgenza di problemi nella relazione di coppia.

Dopo tre anni: esperienza del Poliambulatorio Emergency Palermo per l'assistenza agli immigrati e alle fasce deboli.

F. Mercadante, D. Contorno, L. Cumbo, D. Magro, Z. Hussein, G. Spataro, A. Romano.

Poliambulatorio Emergency Palermo e A.S.L. 6

Questa comunicazione ha lo scopo di presentare le principali caratteristiche della nostra attività che è ispirata al principio fondamentale di tutte le azioni di Emergency, fornire cioè assistenza sanitaria gratuita di livello evoluto a tutti coloro che ne abbiano bisogno, al di sopra di qualsivoglia discriminazione di carattere etnico, politico o religioso. Il Poliambulatorio di Palermo è l'unica espressione sanitaria di Emergency in un paese occidentale non in guerra. Il presupposto è che gli effetti di guerre, povertà e carestie sono ormai inesorabilmente tangibili anche nei paesi sviluppati.

Questa esperienza ha avuto inizio nell'aprile 2006 dopo una ricognizione tra le numerose iniziative di Enti e Associazioni che a Palermo si occupano da anni dei bisogni sanitari di immigrati e fasce deboli della popolazione.

Da questa ricerca abbiamo dedotto che alcuni settori dell'assistenza sanitaria, carenti già per i cittadini italiani, erano totalmente preclusi agli strati marginali della società; questi sono le cure dentarie e la fornitura di protesi e le cure oculistiche e la fornitura di occhiali.

Abbiamo iniziato quindi con un servizio gratuito di Odontoiatria su due poltrone, con due assistenti alla poltrona e 25 medici odontoiatri volontari che si avvicendano per turni garantendo tutte le varietà terapeutiche, inclusa l'odontoiatria pediatrica, la fornitura di protesi, implantologia esclusa.

Quattro oculisti con cadenza settimanale effettuano screening e visite oculistiche, ove necessari la correzione ottica, gli occhiali vengono forniti gratuitamente.

Dopo i primi giorni di attività ci si è resi conto che ciascun paziente portava con sé numerosi problemi sanitari e non soltanto. Sono nati progressivamente ambulatori di: Medicina di Base, Pediatria, Ginecologia. Il Servizio di Malattie infettive e di Diabetologia e Citologia della A.S.L. partecipano organicamente allo screening e cura dei nostri pazienti.

Grazie al protocollo d'intesa siglato con l'A.S.L. 6, che ci ospita e ci supporta con i suoi servizi, siamo in grado di fornire percorsi sanitari completi e personalizzati, dando concreta attuazione al diritto di accesso alle cure presso il sistema sanitario nazionale costituzionalmente garantito anche agli stranieri sprovvisti di permesso di soggiorno.

Ogni paziente che necessiti di farmaci, esami diagnostici, visite specialistiche o ricoveri ospedalieri viene accompagnato con prenotazioni, indicazioni e talora, accudimento domiciliare o accompagnamento, qualora barriere linguistiche, distanza dei presidi ospedalieri, lo richiedano. Questo ci ha consentito di minimizzare, l'abbandono del percorso sanitario previsto o delle terapie iniziate.

Questo complesso e faticoso meccanismo assistenziale, ci ha consentito di creare una rete solidale nella nostra stessa A.S.L. e con altre A.S.L. di Palermo e Provincia.

Dall'inizio dell'attività al 24 Dicembre 2008 sono state aperte 4474 cartelle cliniche e il totale delle prestazioni è stato 21.250. Queste sono passate da 3808 nel 2006 a 7131 nel 2007 a 8737 nel 2008.

La distribuzione tra sesso femminile e maschile è simile, la fascia d'età più rappresentata è tra i 21 e i 51 anni.

Il servizio che ha erogato il maggior numero di prestazioni è stato l'Odontoiatrico e sono state fornite 157 protesi.

La Medicina Generale e Specialistica 7095 prestazioni.

L'Oculistica 980 valutazioni e cure fornendo 656 occhiali.

Delle prestazioni, 15324 sono state offerte a pazienti extracomunitari senza permesso di soggiorno, a cui, se necessario, l'Ufficio Anagrafe Sanitaria della nostra A.S.L. ha assegnato il codice STP. Soltanto 4616 a pazienti con permesso di soggiorno.

Dei pazienti neocomunitari, 710 prestazioni in pazienti non iscritti ai quali, se necessario, è stato assegnato il codice ENI, 336 a cittadini europei con regolare permesso di lavoro.

326 sono prestazioni per italiani.

Le etnie rappresentate sono più di 60, tra queste le più frequenti sono : rumeni, bengalesi, tunisini, marocchini, ghanesi.

Il servizio di Ginecologia ha iniziato la sua attività nell'Aprile 2008 e dopo 9 mesi ha erogato 680 visite, di cui 486 ginecologiche e 194 ostetriche. L'ambulatorio è attrezzato per l'esecuzione di ecografie, monitoraggio del battito fetale e prelievi per pap test. Le ulteriori indagini, gli interventi e ovviamente i parti e le interruzioni di gravidanza, vengono eseguiti presso gli ospedali con i quali abbiamo instaurato collaborazioni in questi due anni. Le pazienti sprovviste di documenti vengono informate della possibilità di ottenere permessi di soggiorno legati alla gravidanza e alla cura dei minori e assistite nello svolgimento delle pratiche per ottenere gli stessi.

E' facile immaginare che molti nostri pazienti portano con sé altro genere di problemi, amministrativi, legali, familiari che, quando interferiscono con lo svolgimento di percorsi sanitari corretti, ci inducono a occuparcene. Nel nostro gruppo è cresciuta una figura professionale di riferimento che si occupa di questi aspetti.

Il nostro organico fisso è costituito da : una Responsabile del Progetto, un Responsabile Sanitario e un Vice, due Amministrativi, due Mediatori Culturali, due Assistenti Odontoiatre. 60 i volontari medici e infermieri. Il nostro budget annuo è inferiore ai 200.000 Euro.

Prevalenza di epatite B in una popolazione di immigrati a Roma

L. Nosotti¹, G. Franco¹, T. D'Arca², L. Toma¹, A. Morrone²

¹ Istituto San Gallicano (IRCCS), Roma

² Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e il contrasto delle malattie della Povertà (INMP)

Introduzione

L'epatite virale B rimane ancora oggi una patologia associata ad elevate morbilità e mortalità, con una diffusione globale: il virus dell'epatite B (HBV) infetta cronicamente oltre 400 milioni di persone, ed in alcune aree geografiche raggiunge e supera una prevalenza dell'8%.

In Italia la prevalenza dell'epatite B tra la popolazione autoctona è scesa all'1% circa grazie al miglioramento delle condizioni socio-economiche e all'introduzione della vaccinazione obbligatoria anti-epatite B dal 1991.

Tuttavia la continua migrazione di individui da Paesi ad alta ed intermedia endemia ha determinato l'arrivo nel nostro paese di un numero crescente di portatori cronici di HBV.

Per quanto non esistano ancora dati epidemiologici precisi, da alcuni studi multicentrici risulterebbe una prevalenza molto più alta di infezione da HBV negli stranieri, soprattutto se provenienti da Paesi dell'Est Europa.

Materiali e metodi

La prevalenza dell'infezione da HBV in una popolazione di 1871 pazienti immigrati visitati tra settembre 2006 e febbraio 2007 presso gli ambulatori del nostro Istituto è risultata del 5,1% (maschi 62,7%, età mediana 43 anni, provenienza geografica per il 74,2% dall'Europa dell'Est).

In ogni paziente HBsAg-positivo sono stati raccolti dati demografici, clinici e di laboratorio per identificare i diversi pattern virologici in modo da ottimizzare la gestione e l'eventuale trattamento dei pazienti.

Risultati

Le categorie diagnostiche sono risultate le seguenti: portatori inattivi 50,1%, epatite cronica B 39,5% (di cui il 79,3% costituito da forme HBeAg-negative) e cirrosi HBV-correlata 10,4%.

I portatori inattivi erano più giovani in media rispetto ai portatori attivi e ai cirrotici (rispettivamente 37 anni versus 43 e 49 rispettivamente).

Le co-infezioni con HCV e HDV avevano una prevalenza più bassa nei portatori inattivi e nei pazienti con epatite cronica B (2,4% e 8,5%; 1,7% e 7,4% rispettivamente) rispetto ai pazienti con cirrosi (14% e 9,7%).

Conclusioni

L'epatite virale B è un problema importante di sanità pubblica in Italia, soprattutto in alcuni gruppi di popolazione particolarmente a rischio come gli immigrati, che rappresentano dei veri e propri serbatoi di infezione.

Si tratta di persone che costituiscono anche fasce di popolazione a rischio di emarginazione, e che sono "difficili da raggiungere" e "difficili da trattare" per vari motivi, tra i quali un ridotto accesso ai servizi sanitari, una minore aderenza alla terapia e la frequente presenza di comorbilità (co-infezioni, abuso alcolico, ecc.).

Per un buon controllo e prevenzione dell'infezione da HBV è necessario pertanto implementare

tra gli immigrati i programmi di screening e di vaccinazione, associando a tali offerte l'educazione sanitaria dei pazienti.

La diagnosi precoce in queste popolazioni è molto importante sia per prevenire complicanze gravi come cirrosi ed epatocarcinoma per la salute dei pazienti, sia per ridurre il diffondersi dell'infezione alla popolazione generale.

E' necessario inoltre aumentare l'integrazione degli immigrati in ambito sanitario, migliorando l'accesso ai servizi sanitari e alla terapia anche con l'aiuto di mediatori culturali.

Infine il paziente immigrato presenta spesso caratteristiche demografiche, cliniche e virologiche diverse da quelle dei pazienti italiani e tali specificità potrebbero configurare la necessità di una armonizzazione degli attuali protocolli diagnostici e terapeutici consigliati dalle linee guida nazionali e internazionali.

Bibliografia

- 1) Morrone A. Il fenomeno immigratorio in Italia. *Ann Ital Med Int* 2001; 16(S1): 160S-166S
- 2) Santantonio T., Fasano M. Epatite B e immigrazione. *Curr Opin Hepatology* 2008, Vol.3 (2) : 31-34

Caratteristiche della gravidanza e del parto di donne italiane e straniere secondo le variabili del certificato di assistenza al parto (Cedap). Azienda Ulss 6 Vicenza.

M. Pacchin

Ufficio di Valutazione Epidemiologica. Azienda Ulss 6 Vicenza.

Obiettivi

Valutare la qualità dell'assistenza prenatale e fornire elementi conoscitivi sugli esiti perinatali e sulle differenze riscontrate al fine di programmare interventi di tutela della gravidanza e di prevenzione del rischio feto-neonatale.

Metodi

Sono stati analizzati i Cedap (D.M. 349/2001) delle gestanti italiane e straniere ricoverate nell'Unità Operativa di Ostetricia dell'Ospedale di Vicenza nel periodo 1/10/2002-31/03/2003.

Variabili selezionate: provenienza, età, titolo di studio, professione, stato civile, precedenti aborti e IVG, abitudine al fumo, numero di visite e di ecografie, indagini prenatali, condizioni morbose insorte durante la gravidanza, modalità del parto, familiari presenti, peso del neonato, punteggio Apgar.

Le differenze tra italiane e straniere sono state valutate con il test chi-quadro ($p=0,001$).

Nell'Ulss di Vicenza le donne in età fertile sono 64.851 di cui 3.659 straniere.

Risultati

L'indagine ha interessato 1.216 donne, di cui 253 (20%) straniere. Queste provengono per il 32%(81) dall'Est Europa, il 28%(71) dall'Africa, il 21%(54) dall'Asia e il 7%(18) dal Sud America e 18 dagli Stati Uniti.

L'età media al parto è 33 anni per le italiane e 27 per le straniere.

Il 62% ha titolo di studio medio-alto: il 67% delle italiane e il 56% delle straniere ($p<0,001$).

Il 71% è occupata: 81% delle italiane e 35% delle straniere. Prevale nelle straniere l'occupazione di operaia (65% vs 25%). L'87% delle italiane e l'80% delle straniere sono coniugate.

Nella storia riproduttiva non si notano differenze tra italiane e straniere per numero di aborti spontanei (11% vs 13%), né per IVG (8% vs 9%).

Un indicatore di qualità dell'assistenza prenatale è il momento della 1^ visita di controllo: il 90% effettua la 1^ visita entro il 1° trimestre con differenze significative tra italiane e straniere (92% vs 82%); le immigrate eseguono la 1^ visita dopo il 3° mese nel 18% dei casi, le italiane nell'8% ($p<0,001$).

L'85% delle italiane e il 73% delle straniere sono state visitate più di 4 volte e tutte le donne con più di 35 anni hanno effettuato almeno una visita.

I fattori correlati all'assenza di visite (3,6% le straniere vs 0,1% le italiane) sono il basso livello di istruzione, la parità (pluripare).

Il numero medio di ecografie nella gravidanza fisiologica è 4: 4,2 per le italiane e 3,2 per le straniere.

Le straniere ne fanno meno di 3, nel 20% dei casi, le italiane nello 0,9%. Nessuna ecografia è stata effettuata dal 3,6% delle straniere e dallo 0,1% delle italiane, ($p<0,001$).

L'ecografia oltre la 22^ settimana ha interessato l'86% delle donne (92% italiane e 82% straniere, $p<0,001$).

Nella gravidanza patologica il numero medio di ecografie è 4,5: sono le straniere ad eseguire

meno di 3 ecografie nel 22% dei casi contro l'1,3% delle italiane ($p < 0,001$).

Minore è il ricorso delle straniere a tecniche di *diagnostica prenatale*.

Il 46% delle italiane e il 24% delle straniere in età superiore a 35 anni hanno eseguito almeno un'indagine prenatale oltre l'ecografia, con differenze significative ($p < 0,001$).

Nel 30% dei casi il *decorso della gravidanza* è patologico: più alta la % delle italiane (33%) rispetto alle straniere (21,6%) ($p < 0,001$). Le condizioni morbose insorte in gravidanza sono state: minaccia di aborto (10% delle italiane vs 7% delle straniere); minaccia di parto prematuro (10% vs 9%); malattie infettive (1,8% vs 0,4%); diabete (6% vs 3,6%); gestosi (5% vs 2,8%); le differenze tra i 2 gruppi di donne non sono significative.

Non esistono differenze in relazione alla *modalità del parto*: 70% spontaneo, 27,5% taglio cesareo e 3% con ventosa.

Il *padre* del nascituro è presente al momento del parto nel 57% dei casi (nel 65,8% dei parti delle italiane, nel 54% delle straniere, $p < 0,05$).

Non esistono differenze significative tra *nati* da madri italiane e straniere in relazione al *basso peso* (< 2.500 g): 6,2% vs 5,6%, al *peso molto basso* (< 1.500 g): 1,3% vs 2,4% e al *punteggio di Apgar* < 7 a 5 minuti: 0,4% vs 2%.

Il 3% delle donne (37/1.216) ha utilizzato *tecniche di procreazione assistita*: il 3,4% delle italiane (33/963) e l'1,6% (4/253) delle straniere.

L'esposizione a fattori di rischio in gravidanza quali il *fumo* ha riguardato il 8% delle donne, senza differenze tra italiane e straniere.

Conclusioni

Controlli prenatali tardivi o assenza di controlli sono in percentuale superiore tra le donne straniere e per queste minore è il ricorso a tecniche di diagnostica prenatale. Non esistono differenze tra italiane e straniere nel decorso della gravidanza, nella modalità del parto e negli esiti perinatali.

Mutilazioni genitali femminili. Stima delle donne straniere residenti nel Veneto e nell'Ulss 6 Vicenza provenienti da Paesi con tradizione "escissoria".

M. Pacchin

Ufficio di Valutazione Epidemiologica. Azienda Ulss 6 Vicenza

Premessa

Il Ministero della Salute (D.Lgs.17/12/07: linee guida sulle pratiche di MGF) ha stimato in 188.047 le donne residenti in *Italia* provenienti da Paesi a tradizione "escissoria" e in 93.809 le donne potenzialmente "escisse", se si attribuisce alle comunità presenti in Italia la stessa diffusione delle MGF riscontrate tra la popolazione del paese di origine, secondo i dati Oms/Unicef.

Obiettivi

Stimare il numero di donne straniere residenti nel *Veneto* e nell'*Ulss 6 Vicenza* provenienti da Paesi con tradizione "escissoria" e le donne potenzialmente "escisse" sulla base della prevalenza delle MGF riscontrata tra la popolazione del paese di origine.

I dati sulle popolazioni immigrate provenienti dai Paesi a "rischio" sono utili per attivare interventi di informazione, sensibilizzazione e prevenzione delle pratiche sulle minori.

Metodi

Sono stati considerati i tassi di prevalenza delle MGF nei principali Paesi con tradizione "escissoria".

% donne escisse: Benin (17%); Burkina Faso (77%); Ciad (45%); Costa d'Avorio (45%); Egitto (97%); Eritrea (89%); Etiopia (90%); Gambia (75%); Gibuti (95%); Ghana (12%); Guinea (99%); Guinea Bissau (50%); Yemen (23%); Kenia (32%); Liberia (50%); Mali (92%); Mauritania (71%); Nigeria (19%); Senegal (30%); Sierra Leone (75%); Somalia (94%); Sudan (90%); Tanzania (18%) Togo (15%). Disomogenea è la diffusione delle pratiche in relazione alle etnie, all'urbanizzazione, al livello di istruzione.

Sono state valutate le donne residenti nel *Veneto* e nell'*Ulss 6 Vicenza* provenienti dai Paesi a "rischio" e le donne "potenzialmente escisse" considerando la prevalenza delle Mgf nei Paesi di origine.

Per l'Ulss di Vicenza sono state analizzate anche le minori (0-17 anni) provenienti da Paesi a "rischio".

Risultati

Nel 2007 le *donne residenti nel Veneto* provenienti da Paesi a tradizione "escissoria" sono 14.566, il numero delle donne "potenzialmente escisse" è 4.065.

Paesi di provenienza: Benin, residenti 91 ("potenzialmente escisse" il 17%: 14); Burkina Faso 774 (596); Ciad 11 (5); Costa d'Avorio 1.005 (452); Egitto 200 (194); Eritrea 153 (136); Etiopia 129 (103); Gambia 56 (42); Ghana 4.719 (566); Guinea 157 (155); Guinea Bissau 75 (38); Kenia 66 (21); Mali 30(28); Mauritania 120 (85); Nigeria 4.901 (931); Senegal 1.692 (508); Sierra Leone 28 (21); Somalia 113 (106); Sudan 29 (26); Tanzania 22 (4); Togo 223 (23).

Nel 2007 le *donne residenti nell'Ulss 6 Vicenza* provenienti da Paesi a tradizione "escissoria" sono 1.415, il numero delle donne "potenzialmente escisse" è 408.

Paesi di provenienza: Burkina Faso 144 (111); Costa d'Avorio 117 (53); Egitto 6 (5); Eritrea 13 (12); Etiopia 13 (10); Ghana 525 (63); Kenia 9 (3); Mauritania 11 (8); Nigeria 371 (70);

Senegal 151 (45); Somalia 14 (13); Togo 29 (4).

Le minori (0-17 anni) residenti dell'Ulss provenienti da Paesi a “rischio” sono 365 su un totale di 3.013 minori straniere.

Conclusioni

È importante attivare sistemi di monitoraggio presso le strutture ospedaliere e territoriali per quantificare l'entità del problema.

Il Ministero della Salute suggerisce che sarebbe opportuna la conoscenza del numero degli interventi di deinfibulazione effettuati negli ospedali codificando l'intervento nella SDO (D.Lgs. 2007: linee guida sulle MGF).

La transizione epidemiologica. Differenti cause di morte delle donne in Africa e in Europa.

M. Pacchin

Ufficio di Valutazione Epidemiologica. Azienda Ulss 6 Vicenza

Premessa

Nei Paesi industrializzati è diminuita l'incidenza delle malattie infettive, sono aumentate le malattie cronic-degenerative, è migliorata la speranza di vita alla nascita: il 70% dei decessi nei Paesi industrializzati si verifica in età superiore a 70 anni, il 30% nei PVS.

I Paesi in via di sviluppo, per la diffusione dei rischi determinati dal modello di vita della società del benessere (globalizzazione dei rischi), presentano il fenomeno del “doppio carico di malattie”: il carico dovuto alla povertà e al sottosviluppo (persistenza delle malattie trasmissibili infettive) e il carico dovuto alla industrializzazione e urbanizzazione (transizione sociale), con aumento delle malattie cronic-degenerative, dei traumatismi, delle malattie legate alla diffusione di alcol e droga, delle malattie mentali.

Obiettivi

Valutare le differenze di mortalità per causa e classi di età delle donne in Africa e in Europa.

Metodi

Sono stati calcolati i tassi standardizzati/100mila di mortalità per causa e classi di età (0-29; 20-69; >70) delle donne in Europa, in Africa e nel mondo.

Fonte: World Health Report, 2003

Risultati

Nella fascia 30-69 anni netto è il divario di mortalità per *malattie infettive* tra la popolazione femminile africana (324/100 mila) e quella europea (3,9/100 mila).

La prima causa di morte in Africa è rappresentata dall'*Aids*: 238/100 mila vs 0,7/100mila delle donne europee.

Il tasso di mortalità per *tumori* è di 51/100mila in Africa e 63/100 mila in Europa; da rilevare che il tasso *tsd* in età superiore a 70 anni è più alto nei Paesi africani (55/100mila) rispetto ai Paesi europei (45/100mila).

La mortalità per tumori dell'*utero* è di 12/100mila in Africa (5,6/100mila il dato europeo).

Nei Pvs gran parte dei tumori sono diagnosticati ad uno stadio avanzato. L'80% della mortalità nel mondo per tumore della cervice uterina si verifica nel Pvs.

Il tasso di mortalità per *diabete mellito* è di 13/100mila in Africa e 3,7/100 in Europa

Muiono nel mondo 78 donne ogni 100mila per *malattie cardio-vascolari*, 109 in Africa e 84 in Europa.

Più alto è il tasso di mortalità per *incidenti stradali* in Africa (8/100mila) nel confronto con l'Europa (2,9/100 mila) e più alta la mortalità per *violenza* (5/100mila vs 2,2/100mila), mentre il tasso di mortalità per *suicidio* è superiore nei Paesi europei (3,6/100mila vs 1,7/100mila)

Si stima che nel mondo muoiano ogni anno circa mezzo milione di donne in età fertile per complicanze correlate alla gravidanza e al parto.

Il 45% (231.374) delle morti si riscontra in Africa.

Il rischio di morte per gravidanza e parto nel corso della vita è di 1:8.000 nei Paesi industrializzati; 1:76 nei Paesi in via di sviluppo; 1:24 nei Paesi meno sviluppati e 1:92 nel mondo (Unicef, 2008)

Nei Paesi meno sviluppati solo il 38% delle donne sono assistite durante il parto da personale sanitario specializzato.

Tassi standardizzati/100mila di mortalità delle donne per causa e classi di età. Confronto Africa/Europa.

	Africa			Europa			MONDO		
	0-29	30-69	>70	0-29	30-69	>70	0-29	30-69	>70
Malattie infettive	465,3	324,3	46,6	6,9	3,9	2,2	110,8	43,7	11,8
totale, di cui									
1 Tubercolosi	10,1	20,2	3,6	0,6	1,6	0,3	4,6	10,6	2,5
2 Hiv/Aids	132,2	238,7	3,1	0,7	0,7	0,01	21,2	20,2	0,2
3 Malaria	119,8	13,1	8,1	0,01	0,004	0,001	19,1	1	0,4
Infezioni respiratorie	85,7	33,2	28,5	5,6	2,7	10,8	34,2	8	19,5
C o n d i z i o n i									
neuropsichiatriche	3,6	5,6	6,4	1,9	4,5	10	1,9	3,7	11,6
Carenze nutrizionali	12,1	3,1	3,2	0,2	0,2	0,6	4,3	2,6	1,7
Neoplasmi maligni									
totale, di cui	2,1	51,9	55,1	3,1	63,4	44,9	3,2	52,1	46
Tumori polmone	0,02	1,2	1,2	0,1	6,7	4,2	0,1	5,8	5,6
Tumori corpo e collo	0,3	11,6	10,3	0,2	5,6	2,6	0,4	6,2	3,4
uteri									
Tumori mammella	0,1	10,4	8,5	0,1	14,8	6,8	0,1	9,9	5,3
Diabete mellito	0,3	13,1	16,5	0,3	3,7	6,4	0,5	6,5	10,2
M a l a t t i e									
cardiovascolari	4,6	109,4	248,3	2,4	84,2	225,3	5,3	78,9	192,5
Traumi totali, di cui	26,8	27,9	10,2	11	18,6	7	19,9	19,9	8,8
Incidenti stradali	8,9	8	2,2	3,1	2,9	0,7	4,2	5	1,2
Suicidi	0,7	1,7	0,5	1,8	3,6	0,7	3,4	5,8	1,4
Violenze	3,4	5	0,9	1,2	2,2	0,3	1,4	2	0,3

Fonte: elaborazione su dati Oms, 2003

I suicidi nelle regioni OMS a differente reddito per genere e classi di età.

M. Pacchin

Ufficio di Valutazione Epidemiologica. Azienda Ulss 6 Vicenza

Il suicidio è indicatore socio-sanitario di disagio estremo.

Obiettivi

Valutare i decessi per suicidio, per sesso ed età nelle regioni Oms a differente reddito.

Metodi

I dati di mortalità sono tratti dal “Rapport mondial sur la violence et la santé, Oms 2007”; sono stati considerati i valori assoluti, i tassi standardizzati/100mila abitanti per genere ed età, e il rapporto m/f.

Risultati

Si stima siano più di 1 milione (305mila femmine e 815mila maschi) i suicidi nel mondo (Oms 2007).

Eccessi di mortalità per suicidio si riscontrano sia per i *maschi* (19.5/100mila vs 17.7/100mila) che per le *femmine* (11.9/100mila vs 5.4/100mila) nelle aree a medio/basso reddito rispetto a quelle ad alto reddito.

Un'analisi specifica censisce nelle aree a basso/medio reddito dell'Europa il tasso più alto di suicidi tra i *maschi* rispetto alla media mondiale per queste aree (46.8/100mila vs 19/100mila), mentre nelle aree a basso/medio reddito del Pacifico Occidentale si riscontra il tasso più alto per le *femmine* (23/100mila vs 12/100mila) rispetto alla media mondiale per queste aree.

Nella *classe di età 15-29 anni* (40/100mila) e *>60 anni* (73/100mila) i tassi più elevati di suicidio nei *maschi* si riscontrano nelle aree a medio/basso reddito dell'Europa; per le *femmine*, nelle aree a medio/basso reddito del Pacifico Occidentale: (24/100mila) in età 15-29 anni e 60/100mila in età >60 anni.

Mortalità per suicidio per genere e classi di età nelle regioni del mondo a differente reddito

Tassi standardizzati/100mila. Paesi	Maschi			Femmine		
	totale	15-29 anni	>60 anni	totale	15-29 anni	>60 anni
AFRICA Aree a medio/basso reddito	10,6	6,4	26,6	3,1	1,7	7,5
AMERICA						
Aree ad alto reddito	17,4	19,9	29,9	4,1	3,9	4,9
Aree a medio/basso reddito	10,2	11	21,2	2,7	4,1	3,9
MEDITERRANEO ORIENTALE						
Aree ad alto reddito	4,1	5,1	7,3	2,1	3,2	2
Aree a medio/basso reddito	6,4	7,6	10,8	5,4	8,6	7
EUROPA						
Aree ad alto reddito	16,4	14,8	33,2	5	3,8	11
Aree a medio/basso reddito	46,8	40,3	73,1	8,4	7	20,6
SUD -EST ASIATICO						
Aree a medio/basso reddito	15,7	16,9	26,1	8,3	14,5	7,2
PACIFICO OCCIDENTALE						
Aree ad alto reddito	20,9	17,1	40,7	8	7,6	20,2
Aree a medio/basso reddito	21,8	14,4	76,2	23,2	24,3	60,9
MONDO						
Aree ad alto reddito	17,7	17	33,8	5,4	4,7	11,3
Aree a medio/basso reddito	19,5	15,4	49,2	11,9	13,2	26,8

Rapport mondial sur la violence et la santé, Oms 2007

Conclusioni

Eccessi di mortalità per suicidio si riscontrano nelle aree a medio/basso reddito rispetto a quelle ad alto reddito, sia per i maschi che per le femmine.

Nelle classi di età 15-29 e >60 anni i tassi più elevati di suicidio nei *maschi* si riscontrano nelle aree a medio/basso reddito dell'Europa; nelle *femmine* nelle aree a medio/basso reddito del Pacifico Occidentale.

Ricoveri per tubercolosi per classi di età e cittadinanza. 2006. Azienda Ulss 6 Vicenza M. Pacchin

Ufficio di Valutazione Epidemiologica. Azienda Ulss 6 Vicenza

Premessa

Nel 1993 l'Oms ha definito la Tbc "emergenza sanitaria mondiale". Nel 2006 (Who, Report 2006) i nuovi casi di Tbc nel mondo sono stati 9 milioni, i decessi 1,5 milioni.

Il tasso di incidenza nel 2006 è di 17/100mila nell'EU 25 e 7/100mila in Italia.

I casi di Tbc registrati in Italia tra stranieri rappresentano il 46% del totale e il rischio maggiore di sviluppare la malattia si verifica durante i primi 2 anni dalla data di immigrazione.

L'incidenza della Tbc è in aumento nei Paesi africani (200-400casi/100mila) e nell'Europa dell'Est, dove l'incidenza della Tbc è raddoppiata dal 1990 (da 50 casi ogni 100mila ab. a 100).

Nel 2006 nella provincia di Vicenza, l'incidenza della Tbc polmonare è pari a 0,8/100mila (1 caso) in età pediatrica; in età 15-24 anni, 10,4/100mila (9casi); nella classe 25-64 anni, 7/100mila (33casi) e nella fascia >65 l'incidenza è di 10/100mila (16 casi). I valori sono superiori alla media nazionale (Ministero della Salute, 2006).

Obiettivi

Valutare le differenze tra tassi di ospedalizzazione per TBC di italiani e stranieri, per classi di età nell'Ulss 6 Vicenza.

Metodi

L'analisi è basata sulla classificazione ICD 9-CM (cod. 010-018.9).

Sono stati calcolati i tassi di ospedalizzazione standardizzati /10mila per classi di età e cittadinanza; non sono considerati i ricoveri di residenti verificatisi in altre Ulss del Veneto.

Popolazione Ulss: 309.599; 0-14 anni: 46.173; 15-64: 207.238; >65: 56.188.

Popolazione straniera: 25.977; 0-14 anni: 5.503; 15-64: 20.352; >65: 302.

Risultati

I ricoveri per TBC sono 25 (19 maschi e 6 femmine): 13 italiani e 12 stranieri.

9 italiani e 6 stranieri sono ricoverati per TBC polmonare; 4 italiani e 6 stranieri per TBC extrapolmonare.

Il tasso standardizzato/10mila di ospedalizzazione è nettamente superiore tra gli stranieri (9,6/10mila) rispetto agli italiani (0,4/10mila).

Non si sono riscontrati ricoveri in età pediatrica.

Evidenti le differenze tra tassi di ricovero in età *15-64 anni*: italiani (8; 0,3/10mila) e stranieri (11; 3,6/10mila) e nella classe *>65 anni* (5; 0,2/10mila vs 1; 6/10mila)

Conclusioni

Nettamente superiore è il tasso di ospedalizzazione per TBC degli stranieri per classi di età; non si riscontrano ricoveri in età pediatrica.

Ricoveri di stranieri residenti, per causa, genere e classi di età. Azienda Ulss 6 Vicenza

M. Pacchin

Ufficio di Valutazione Epidemiologica. Azienda Ulss 6 Vicenza

Obiettivi

Valutare le cause di ricovero di residenti stranieri per sesso e classi di età nell'anno 2006.

Metodi

Sono stati calcolati i tassi di ospedalizzazione/1000 (t.o.) per causa (ICD-9-CM), genere, classi di età e il Rapporto M/F.

È stata valutata inoltre la distribuzione dei ricoveri per area di provenienza.

Si sono analizzati i ricoveri verificatisi nei Presidi ospedalieri dell'Ulss (89%) e in altre UsI del Veneto.

Popolazione straniera : totale 25.977, maschi 13.629, femmine 12.348.

Età 0-14 anni: 5.503; 15-64 anni: 20.352; >65 anni: 302.

Risultati

Nel 2006, i ricoveri di residenti stranieri sono stati 2.297, con un tasso di ospedalizzazione di 166/1.000 abitanti.

Differenze di genere per causa

Si nota una prevalenza delle femmine (1.639; 133%) rispetto ai maschi (658; 48%).

Il parto e le complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio (959/1.639) sono causa del 59% dei ricoveri delle femmine, con un t.o. di 78%. Seguono le malattie del sistema genito-urinario (132; 10,7%); le malattie dell'apparato digerente (79; 6,4%); i sintomi maldefiniti. (66; 5,3%); le malattie del sistema respiratorio (54; 4,4%); i tumori (51; 4%); le malattie infettive (48; 3,9%); i traumatismi (45; 3,6%); le malattie del sistema circolatorio (31; 2,5%); i disturbi psichici (26; 2%).

Tra i maschi la prima causa riguarda le malattie dell'apparato digerente (102; 7,5%); seguono i traumatismi (86; 6%); le malattie dell'apparato respiratorio (75; 5,5%); i sintomi maldefiniti (57; 4,2%); le malattie del sistema circolatorio (50; 3,7%); le malattie infettive (49; 3,6%); le malattie del sistema osteo-muscolare (34; 2,5%); i tumori (24; 1,8%); i disturbi psichici (21; 1,5%).

Ricoveri per fasce di età

I ricoveri in *età pediatrica* sono 450, il 20% (450/2.297) del totale.

La *prima causa* è per le *condizioni morbose perinatali* (80; 14,5%), seguono le *malattie del sistema respiratorio* (76; 13,8%) e le *malattie infettive* (52; 9,4%).

I ricoveri in *età 15-24 anni* sono 374 (75 i maschi e 299 le femmine), 16% del totale; con t.o. di 120%.

Il *parto e la gravidanza* (229; 73,6%) sono la *principale causa* di ricovero per le femmine e i *traumatismi* (24; 15%) per i maschi.

La *terza causa* è rappresentata, sia per i maschi (12; 7,7%) che per le femmine (13; 8%) dai *disturbi psichici*.

I *ricoveri in età 25-44 anni* sono 1.204, (211 maschi e 993 femmine), il 52% dei ricoveri, con un t.o. di 95%.

La *prima causa* per le femmine è rappresentata da *parto e gravidanza* (729; 60%) e, per i maschi, da *malattie dell'apparato digerente* (52; 7,3%)

I *ricoveri in età 45-64 anni* sono 226, il 10%.

La prima causa per i maschi (27;14‰) e per le femmine(11;6‰) è rappresentata dalle *malattie del sistema circolatorio*.

Ricoveri in età >65 anni

I ricoveri degli anziani sono 43, il 2% (43/2297) del totale.

La prima causa è riferita a malattie del sistema circolatorio per le femmine (6; 35‰) e a tumori (5; 38‰).

Per tutte le aree di provenienza la prima causa di ricovero è per parto e gravidanza: 39% dei ricoveri (Est Europa), 45% (Africa e Asia), 34% (America).

Conclusioni

Parto e complicazioni della gravidanza determinano la *prima causa* di ricovero nel complesso e tra le femmine, per tutte le etnie. Nella classe 15-24 anni la *prima causa* per i maschi è riferita a *traumatismi*. Da segnalare che in età giovanile (15-24 anni) la *terza causa* per i maschi e per le femmine è per *disturbi psichici*.

Interruzione volontaria di gravidanza di donne residenti italiane e straniere. Azienda Ulss 6 Vicenza. Anni 2004 e 2007

M. Pacchin

Ufficio di Valutazione Epidemiologica. Azienda Ulss 6 Vicenza.

Premessa

Dal 1995 è stato attivato presso l'Ufficio di Valutazione Epidemiologica un monitoraggio delle IVG di donne italiane e straniere.

Obiettivi e metodi

Lo studio si è proposto di valutare le differenze tra italiane e straniere secondo le variabili rilevate 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), struttura di certificazione, tempi e modalità di intervento (epoca gestazionale, tempo di attesa tra certificazione ed intervento, tipo di anestesia, complicanze), al fine di fornire una base informativa utile per elaborare adeguate strategie di prevenzione.

Sono stati censiti gli interventi effettuati da 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 Usl della Regione.

Per il 2004 è stata analizzata anche la mobilità passiva (interventi di IVG effettuati nelle altre Usl del Veneto o fuori Regione) ed è stato quindi possibile calcolare i tassi di abortività delle donne italiane e straniere.

Nel 2004 le donne residenti in età fertile sono 80.208, di cui 3.933 in età 15-17 anni.

Le straniere residenti in età fertile sono 7.690, di cui 300 in età 15-17 anni.

Risultati

Tassi di abortività. Anno 2004

Nel 2004 uno studio di popolazione ha evidenziato che sono state 454 le donne residenti che hanno effettuato IVG e, di esse, il 40% erano straniere, percentuale inferiore al valore nazionale (27%) e sovrapponibile al dato regionale (40%).

Il 36% (166/454) ha effettuato l'intervento in altre Usl del Veneto: il 43% (116/270) delle italiane e il 27% (50/184) delle straniere.

Il tasso di abortività è 6‰ (454/80.208) inferiore al dato regionale (6,7‰) e nazionale (10‰).

Il tasso di abortività delle straniere è 24‰ (184/7.690), 4 volte superiore a quello complessivo (6‰).

Tassi di abortività in età 15-17 anni.

Nel 2004, 7 minori, di cui 2 straniere, sono ricorse all'Ivg: 3 su 7, il 43% in altre Usl del Veneto. Il tasso di abortività nelle minori è 1,8‰, inferiore al dato regionale (3,3‰) e nazionale (5‰).

Il tasso di abortività delle minori straniere è 6,6‰, più di 3 volte superiore a quello complessivo (1,8‰).

Analisi delle variabili socio-demografiche, della storia riproduttiva e della tipologia di intervento. Differenze tra italiane e straniere. Anni 2004 e 2007.

Nel 2007 sono state 346 le IVG di donne residenti, 182 italiane e 164 straniere; la percentuale delle straniere è 47% (164/346).

Il 43,4% delle italiane e il 50% delle straniere hanno un'età inferiore a 30 anni.

Le straniere coniugate (60,4% vs 30,8%) e con figli (77% vs 57%) prevalgono sulle italiane; sono separate/divorziate il 6,6% delle italiane e il 6,1% delle straniere.

Il 54% delle italiane e il 45,8% delle straniere hanno un titolo di studio medio-alto; da segnalare che 5 straniere (3%) non hanno alcun titolo di studio.

Il 57% delle italiane e il 37,8% delle straniere sono occupate.

Emergono differenze in relazione agli aborti spontanei precedenti (9,8% le italiane vs 8,5% le straniere) e alle IVG precedenti (13,2% vs 33,5%).

Il 2,2% (4) delle italiane che hanno avuto IVG precedenti e l'11% (18) delle straniere, ne hanno avuto 2 o più di 2.

Un maggior numero di straniere si rivolge al consultorio (42,7% vs 31,3%) per la certificazione.

Il 42,3% delle italiane e il 32% delle straniere effettuano IVG prima della 10^a settimana di gestazione; il 28% delle italiane e il 33% delle straniere, alla 10^a settimana.

Il 39% delle italiane e il 35,4% delle straniere effettuano IVG entro 2 settimane dalla certificazione.

La tecnica più raccomandata (l'isterosuzione secondo Karman) è quella utilizzata dall'Ulss 6 (75,3% le italiane vs 85% le straniere); l'anestesia totale è praticata per il 93,4% nelle italiane e il 98% nelle straniere.

Conclusioni

Nel 2004 il tasso di abortività delle straniere è di 4 volte superiore al dato complessivo e quello delle minori è più alto di 3 volte.

Nel 2007 un'analisi specifica di alcune variabili evidenzia che le straniere coniugate e con figli sono in percentuale superiore alle italiane, più alto tra le straniere il tasso di IVG ripetute e superiore il numero di straniere che si rivolge al consultorio. Non si notano particolari differenze nei tempi e nella modalità di intervento. I dati sono pressoché sovrapponibili a quelli del 2004.

Screening MTS in una popolazione di 157 donne prostitute in provincia di Bergamo

A. Pendezzini

Ambulatorio Oikos per migranti non iscrivibili al SSN, Bergamo

Questo lavoro nasce all'interno di un progetto di ricerca-azione promosso dall'ambulatorio *Oikos onlus* in collaborazione con *La Melarancia onlus*, associazione di aiuto per donne vittime della tratta, ed il *Dipartimento di Prevenzione della ASL di Bergamo*.

Obiettivi

Gli obiettivi del progetto sono stati molteplici: sul versante sanitario quantificare la presenza di MTS in una popolazione a rischio e vaccinare contro l'HBV quelle donne che fossero risultate suscettibili; sul versante educativo-relazionale creare un momento di contatto lontano dalla strada, dove poter dare spazio a richieste, esigenze, racconti; sul versante istituzionale – infine – consolidare un rapporto di collaborazione tra realtà del privato sociale ed istituzioni sanitarie che fosse chiaramente orientato ad una sempre maggiore presa in carico dei bisogni socio-sanitari di una popolazione a rischio da parte delle istituzioni competenti, nell'ambito del quadro normativo vigente, il quale spesso vede dei significativi deficit applicativi da parte delle strutture istituzionalmente preposte.

Metodologia

Alle donne contattate in strada nell'ambito dell'attività de *La Melarancia* è stato regolarmente proposto di sottoporsi a screening MTS per HIV, HBV (HBsAg e ABsAb), HCV e sifilide (TPPA, VDRL). Gli esami venivano eseguiti presso il *Dipartimento di Prevenzione* ed in seguito supervisionati da un medico dell'ambulatorio *Oikos*.

Nei casi di positività per le patologie in questione la paziente veniva riferita verso strutture specialistiche, in caso di negatività si invitava la donna a ripetere il test dopo 6 mesi. Nel caso specifico di pazienti HbsAg- ed HBsAb-, esse venivano inviate presso il *Dipartimento di Prevenzione* per l'esecuzione della vaccinazione per HBV che in base alla normativa vigente spetta di diritto e gratuitamente ad alcune categorie di popolazione a rischio, tra le quali quella in oggetto al progetto.

Risultati

Nel corso di due anni sono state sottoposte allo screening 157 donne. Le difficili condizioni di vita di tali persone hanno condizionato il numero di esecuzioni dei test: a differenza del suggerimento di eseguire il test ogni 6 mesi, nel corso dei due anni hanno eseguito il test 1 volta 108 donne, 2 volte 32 donne, 3 volte 10 donne, 4 volte 4 donne, 5 volte 3 donne. Mediamente ogni donna ha eseguito 1,48 volte i test previsti. Abbiamo riscontrato 2 casi di HIV (1,27%), 4 di HBsAg+ (2,55%), 2 di AntiHCV+ (1,27%) e 3 casi di sifilide latente (1,91%). Le uniche due nazionalità con numeri di soggetti rappresentativi erano quella nigeriana (119 persone) e quella rumena (32 persone). Nella donne nigeriane abbiamo registrato 2 casi di HIV (1,68%), 2 di HBsAg+ (1,68%), 2 di AntiHCV+ (1,68%) e 1 caso di sifilide (0,84%). Nella donne rumene abbiamo registrato 1 caso di HBsAg+ (3,12%) e 2 casi di sifilide (6,25%).

Un altro dato significativo da riportare è la percentuale di HBsAb+: tra il Marzo ed il Dicembre 2007 tra le 88 donne trovate HBsAg-, 21 erano anche HBsAb+, mentre 67 erano HBsAb-.

Alle fine dei 2 anni su 157 donne contattate 49 donne avevano eseguito il vaccino per l'epatite B, 19 per intero mentre le altre lo dovranno terminare nei prossimi mesi.

Discussione

I dati raccolti configurano un quadro epidemiologico riguardante HIV ed MTS in donne prostitute della provincia di Bergamo non allarmante. Per quanto riguarda l'HIV i numeri riscontrati si avvicinano a quelle tra le casistiche italiane che stimano una prevalenza più bassa. Per quanto riguarda la sifilide, pur con tutti i limiti legati alla limitatezza del campione, sembra confermarsi una presenza importante tra le donne provenienti dall'est Europa.

Il volontariato nell'Ambulatorio Caritas di Reggio Emilia: tipologie e motivazioni

E. Pighini, M. Cavicchi, D. Bonacini, M. Ghidoni, M. Baccarani, C. Daga

Poliambulatori Querce di Mamre. Caritas di Reggio e Guastalla

La Caritas a livello locale tramite la Diocesi di Reggio Emilia, fornisce da anni assistenza a cittadini stranieri irregolari. Con il passare degli anni è pertanto diventata un punto di riferimento per tali cittadini per i quali risulta difficile superare gli ostacoli sociali, economici e linguistici che spesso precludono loro il godimento dei diritti riconosciuti dal nostro ordinamento, tra i quali quello fondamentale del diritto alla salute. L'attività svolta all'interno dell'ambulatorio Caritas con i propri volontari rappresenta un importante contributo ed integrazione a sostegno del Centro per la Salute della Famiglia Straniera attivato dall'Az. USL per l'assistenza e la tutela sociale della maternità e dei minori e delle altre prestazioni sanitarie previste dalla normativa vigente.

Il volontario sanitario così come in altre strutture presenti sul territorio nazionale, non è solo un semplice supplente o tapparelli, ma assume un ruolo profetico e in continua evoluzione con una specifica connotazione esperienziale di impegno nel quotidiano libera da ogni condizionamento economico ed istituzionale.

Il gruppo è composto da uomini e donne con una percentuale maggiore di uomini, ha un'età molto che va dai 24 anni ai 78, risiede prevalentemente nel comune sede dell'ambulatorio o nei comuni limitrofi, pochi sono i professionisti che provengono da fuori città (ma eventualmente questi prestano la loro attività c/o le aziende locali). Il titolo di studio prevalente è quello di una Laurea nel settore medico con anche una specializzazione. I professionisti presenti intorno alla persona/paziente che si presenta al poliambulatorio con un problema di salute sono: l'infermiere/infermiere in pensione il medico/medico in pensione e l'amministrativo non sanitario.

Le motivazioni che guidano il volontario ad essere presente in questa realtà sono frutto del desiderio, inteso per molti filosofi tra i quali Platone e Kant, come la sete di giustizia nella sua forma più alta di bellezza, e come questo desiderio, definito impulsivo e volitivo si realizza, attraverso l'impiego delle proprie competenze in un ottica di aiuto per gli altri. Questa motivazione ci porta come volontari non solo ad accogliere abbracciare l'altro con una connotazione di dovere (per alcuni morale o religioso), ma anche con una importante dimensione di piacere legata alla soddisfazione di veder realizzato il desiderato.

Nel rivederci e nel descriverci sono state raccolte altre informazioni come la percezione dei punti di forza, che per molti aspetti, sono sovrapponibili a quelli descritti in bibliografia come tipici del 4° settore: gratuità, spontaneità, reciprocità, e condivisione (soprattutto in armoni con gli altri settori non sanitari di cui si occupa la Caritas diocesana).

Persistono, nonostante i buoni risultati ottenuti in termini di risposta al bisogno di salute e qualità dei servizi forniti. Manca il tempo per incontri che esulano dall'attività ambulatoriale (il volontario che offre il proprio tempo lo finalizza all'opera e non tanto al pensiero critico dell'agito) e il passaggio delle informazioni ai volontari è scarso. Esistono delle difficoltà a sentirsi gruppo dovuto all'occasionalità dell'attività di volontariato, l'unico legante (fondamentale) è il coordinatore infermieristico sempre presente nei diversi momenti di attività. Le procedure si rifanno ai personali background professionali, i percorsi complessi sono difficilmente intuibili (medici e infermieri tendono a seguire gli ambulatori in cui hanno esperienza professionale).

Le buone pratiche della rete di accoglienza sanitaria in Friuli Venezia Giulia.

G. Pitzalis, L. Battigelli, G. Brianti, V. Brussi, D. Gnesutta, K. Mauro, M. Menotti, P. Monte, D. Sebastianutto, F. Sostero, D. Tomada.

Azienda Sanitaria Medio Friuli, Udine: Dipartimento di Prevenzione, sos Medicina Sociale

Nella prima fase del fenomeno immigratorio, anche in Friuli l'accesso alle cure mediche è stato garantito ai cittadini stranieri dalle organizzazioni di volontariato, cui in realtà era demandata la tutela della salute degli immigrati e l'avvio all'inserimento nella vita sociale. Nell'ambito dell'Azienda Sanitaria del Medio Friuli gli ambulatori a bassa soglia di accesso e a forte impatto relazionale (quali il consultorio familiare e l'ex-dispensario antitubercolare), dopo aver svolto una funzione trainante nell'avviare buone pratiche di accoglienza sanitaria, di facilitazione all'appropriata fruizione dei servizi e di tutela della salute dei migranti, grazie alla spontanea collaborazione fra operatori e alla sensibilità dei dirigenti, avviano un percorso che vuole consolidare, diffondere e formalizzare le buone pratiche che andavano crescendo all'interno della sanità pubblica locale dando vita a iniziative coordinate ed organiche, promosse e sostenute in collaborazione con gli Enti locali e le Associazioni di Volontariato per rimuovere le barriere burocratico-amministrative, logistico-organizzative e linguistico-culturali.

Il "progetto per la tutela e la promozione della salute degli immigrati" diventa un progetto obiettivo aziendale che, rinnovato annualmente dal 2000, vede impegnata una rete sempre più ampia di operatori e strutture, enti ed istituzioni, nella convinzione che questa sia l'unica strada per affrontare in maniera adeguata i fattori di rischio, non solo sanitari, degli immigrati. Nel 2003 viene sottoscritto un protocollo d'intesa tra l'ASS4, gli enti locali e le associazioni del volontariato per lo sviluppo e miglioramento delle azioni di tutela e di promozione sociale delle fasce deboli, in particolare dei migranti, e per la realizzazione di un programma di formazione degli operatori sanitari, sociali e amministrativi.

Anche nell'ottica della sensibilizzazione ad un approccio transculturale, riveste fondamentale importanza, la continuità del progetto di mediazione culturale in ambito sanitario, in rete con gli altri servizi. Specifici percorsi di salute sono stati realizzati per i richiedenti asilo/rifugiati, per le donne in gravidanza, IVG e contraccezione comprese, per i minori non accompagnati, per gli immigrati irregolari, per la profilassi delle malattie infettive e per la prevenzione degli infortuni. Sono stati delineati nuovi approcci alle questioni emergenti, quali la tutela della salute mentale e i percorsi per le vittime di tortura, l'inclusione sociale delle seconde generazioni e le problematiche familiari, culturali ed educative correlate.

È stato consolidato un modulo formativo, esportato in tutta la regione, che ha coinvolto diverse centinaia di operatori delle aziende sanitarie locali e sono stati sperimentati percorsi formativi di secondo livello.

Dalle esperienze locali era quindi nato un tavolo regionale di confronto (riconosciuto formalmente con la costituzione dell'osservatorio regionale per la salute dei migranti e dei relativi gruppi di lavoro) che approfondiva le questioni aperte, individuava le criticità emergenti, confrontando, condividendo e cercando di estendere buone prassi già sperimentate, adattandole alle varie realtà locali. Così era nata anche la legislazione regionale del Friuli Venezia Giulia che ribadiva e rendeva più trasparente e concreto il diritto alla salute, già garantito dalla Costituzione e dalle leggi dello Stato. Forse grazie a questa lunga storia, nata sui luoghi di lavoro e quotidianamente consolidata, nonostante la recente abrogazione della legge regionale sull'immigrazione, non sarà facile imporre in Friuli una riduzione dei livelli di accoglienza e di assistenza, garantita a tutti senza discriminazioni.

Centro di Salute e Ascolto per la Donna Immigrata: Discriminazione od Opportunità?*C. Marcellino, C. Scalfaro, M. Tonella, R. Sangermani, A.F. Podestà*

SC di Pediatria e Neonatologia – Centro di Salute e Ascolto per le Donne Immigrate

AO Ospedale San Carlo Borromeo – Milano

Presso il nostro Ospedale è attivo dall'anno 2000 il Centro di Salute e Ascolto per le Donne Immigrate, che offre assistenza ostetrico – ginecologica o pediatrica a donne immigrate che non sono iscritte al SSN oppure non riescono a fruire dei servizi pubblici per difficoltà linguistiche. Sono presenti anche mediatrici culturali, psicologhe e un'assistente sociale. L'ambulatorio pediatrico del Centro effettua circa 1200 visite all'anno. Nella nostra esperienza, le problematiche di salute manifestate dalle donne straniere e dai loro figli sono differenti secondo il livello di stabilità socioeconomica della famiglia. Le famiglie più stabili mostrano una migliore conoscenza dei servizi offerti e delle modalità di accesso agli stessi, e spesso presentano meno difficoltà correlate alle differenze linguistico – culturali. Le persone recentemente immigrate o ancora non integrate accedono ai servizi disponibili spesso tardivamente, e ne usufruiscono in modi non appropriati, per ignoranza, per difficoltà di comprensione, per difficoltà di fruizione connessa alle distanze o agli orari di disponibilità, per difficoltà economiche, per differenti convinzioni culturali. Le diverse tradizioni riguardo la nascita e le cure dei neonati possono inoltre essere motivo di disagio. La modalità di assistenza al parto e le cure del neonato possono non tenere conto delle tradizioni della famiglia di origine, e la donna può avere la sensazione di non riuscire a vivere questi eventi nel modo che lei conosce come giusto, e di non riuscire ad avere adeguatamente cura del proprio figlio. Nel nostro Ospedale, grazie anche alla presenza delle mediatrici del Centro e alla sensibilità degli operatori, si compie uno sforzo per riconoscere le adeguatezze e tenere presenti e sostenere le competenze delle madri, anche se apparentemente diverse da quelle mostrate dalle madri italiane.

Oltre all'aumentata incidenza delle cosiddette “patologie della povertà”, un allarme importante riguarda la salute psicologica ed affettiva dei bambini che nascono presso di noi. Alcune madri tornano a lavorare subito dopo il parto, e i loro figli sono inviati nel Paese di origine, o affidati a fratelli maggiori o a terze persone, spesso in condizioni di grave precarietà. Vi sono donne arrivano a partorire senza avere idea di dove abiteranno o di come faranno a sostenere sé stesse e il bambino. Nel nostro ospedale non accade mai che una donna senza casa e suo figlio siano dimessi senza una presa in carico da parte degli psicologi e dell'assistente sociale. Ma anche quando vengano trovate comunità alloggio disposte ad accogliere la madre e il neonato, una eventuale figura potenziale di marito e padre non viene considerata nel supporto sociale di queste donne, i padri non ricevono assistenza abitativa di emergenza, ed in pratica queste coppie madre – figlio non hanno famiglia anche quando potrebbero; spesso le comunità reperite sono lontane, spesso la coppia madre – figlio si trasferisce da una comunità all'altra per mesi, prima di trovare una collocazione stabile.

L'incertezza del futuro e la precarietà di alloggio impediscono il costituirsi di una rete di rapporti di fiducia soprattutto umani, prima ancora che sociali e sanitari, che possa essere di rinforzo per le competenze della madre. Vi è un alto rischio, quasi una certezza, che gli interventi di supporto risultino frammentari e purtroppo intempestivi. Data la precarietà abitativa, sarebbe auspicabile una fitta rete territoriale di servizi caratterizzata da adeguata accessibilità, che permetta l'identificazione delle situazioni di rischio e provvedimenti di supporto tempestivi ed efficaci.

Le malattie africane non le guarisce la medicina moderna

M. Provasi

Centro di Salute Internazionale e Medicina Transculturale - ASL Brescia

Nel Luglio 2007 ha preso avvio, all'interno dell'attività di ricerca socio-antropologica attiva presso CSI dell'Asl di Brescia, il Progetto "La Medicina Altrove. Vitalità e prospettive della *Medicina Altra* in un mondo interculturale". L'interesse principale e l'obiettivo da perseguire erano l'ampliamento delle conoscenze inerenti il mondo delle diverse tipologie di medicina concepite e praticate dalle diverse popolazioni del mondo. Si è cercato quindi, attraverso l'attuazione di un'indagine conoscitiva, di coinvolgere direttamente proprio chi, artefice e portatore di differenti "Universi di Senso" delle medicine "Altre" (l'utenza dei migranti accedenti al CSI) potesse illustrare, attraverso la sua opinione e la sua testimonianza, tematiche inerenti i sistemi di cura dei popoli del mondo, le pratiche terapeutiche tradizionali e la realtà delle *Medicina Altrove* in tutte le sue variegate specifiche e peculiarità.

Si è voluto così raccogliere informazioni sia sulla conoscenza, preferenza, pratica ed efficacia delle medicine tradizionali dei diversi popoli, sia sull'uso, sulla soddisfazione ed efficacia della bio-medicina (medicina occidentale) utilizzata nel paese d'origine e nel paese d'accoglienza e sull'interesse e la preferenza a poter praticare anche in Italia terapie e sistemi di cura non convenzionali alla consueta pratica della bio-medicina istituzionale.

L'esperienza che si vuole qui presentare è parte di questo Progetto e riguarda specificatamente quanto emerso dalla raccolta di alcune testimonianze di pazienti senegalesi sia sulla realtà della loro medicina tradizionale e sulla figura e sul ruolo del *Marabut*, sia sulle loro opinioni in rapporto all'utilizzo della bio-medicina in Italia e nel paese d'origine. Sono state effettuate complessivamente 30 interviste a utenti senegalesi di età compresa tra i 56 e i 24 anni, tra queste 8 sono le donne intervistate.

La metodologia utilizzata è quella dell'intervista qualitativa in profondità semi strutturata. La traccia di domande

proposte agli utenti si ispira e prende forma dai suggerimenti e dalle proposte che la *Scienza Sociale Clinica*²³ teorizza e definisce. Questo schema d'indagine si è rivelato molto utile per un'analisi dettagliata dell'influenza che i fattori sociali e culturali possono avere sullo "stato di sofferenza" (umana esperienza dello star male, concetto in contrapposizione a quello di "malattia", diagnosticata e curata dai medici come disfunzione organica).

All'interno di cornici interpretative differenti, i significati psico-sociali e culturali che vengono dati al proprio "stato di sofferenza" e ai conseguenti atteggiamenti inerenti al come prendersi cura di sé mutano. Per questo la volontà è quella di poter offrire uno spazio nel quale la persona possa raccontare se stessa liberamente in modo da poter condividere realtà e significati inerenti al senso della malattia altrimenti non percorribili e non comprensibili all'interno delle cornici di senso fornite dalla bio-medicina.

Dalle testimonianze raccolte, per quanto riguarda la realtà della Medicina Tradizionale, emerge una varietà di informazioni, contenuti e spiegazioni sul che cosa significhi essere malato per alcuni pazienti senegalesi e sul che cosa sia necessario fare in questi casi.

Inoltre sono emersi spunti riguardanti l'eziologia della malattia, l'insorgenza dei sintomi, il

23 Kleiman A, Eisenberg L, Good B, "Cultura, stato di sofferenza e cure. Lezioni cliniche dalla ricerca antropologica e transculturale", Sanità, Scienza e Storia, 1989, n.1

decorso del male, il suo trattamento. Interessante è la caratterizzazione e la condivisione delle informazioni riguardo alla figura del Marabout guaritore e santone.

Il risultato più significativo che riesce ad emergere dall'indagine è la presenza, nascosta dietro all'insistente richiesta e alla pratica di procedure e tecniche della bio-medicina, di universi di senso e logiche appartenenti alla medicina tradizionale che a un primo e superficiale approccio rimangono celati. Se cercati ed indagati invece emergono in tutta la loro potente presenza e definizione creando una co-esistenza di razionalità e significati appartenenti a due mondi (medicina tradizionale e bio-medicina) apparentemente incompatibili e non sovrapponibili. Ne emerge così un sincretismo tra cornici culturali e di senso molto diverse tra loro, ma come si tenterà di illustrare perfettamente capaci di essere ben integrate, logicamente interconnesse e coesistenti simultaneamente in un'unica interpretazione della realtà. Emblema ne è il marabout, figura mitica e leggendaria appartenente a terre lontane che però sa oggi ben pubblicizzarsi attraverso la comunicazione mass mediatica e sa trovare lavoro estero grazie agli spostamenti aerei low-cost per raggiungere i malati migrati.

Accoglienza di migranti affetti da HIV/AIDS – dati italiani 2007

L. Rancilio, A. Grassini, B. Marchini, L. Sanvito, M. Zaniboni

Coordinamento Italiano Case Alloggio per persone con HIV/AIDS (C.I.C.A.), Firenze

Nel corso del 2007 il C.I.C.A. ha condotto il progetto di ricerca-azione e formazione C.E.R.C.A.RE. (Condividere Esperienze, Realizzare Case Alloggio in REte) all'interno del VI bando di ricerca AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità, raccogliendo da Case Alloggio, Centri diurni e appartamenti un quadro che a partire dalle complesse situazioni presentate dai singoli ospiti permettesse di riflettere sulle risposte messe in campo dagli operatori delle diverse equipe nel loro complesso e come singole figure professionali rispetto anche alle diverse prospettive evolutive delle persone accolte.

Sono state individuate 89 strutture di accoglienza funzionanti presenti in Italia, con un deciso gradiente nord-sud. È stata proposta la compilazione di una prima scheda sui dati generali di struttura di cui sono ritornate 75 (84,3%). A chi aveva risposto, è stato inviato uno strumento di indagine per mettere a fuoco -nel corso di riunioni di equipe dedicate- la situazione degli ospiti e il tipo di risposte offerte. Si è cercato di rappresentare gli ospiti facendo emergere una valutazione complessiva attraverso domande che ne indagassero le risorse, giungendo a posizionare ciascuna persona in uno dei quadranti del piano cartesiano. Sull'asse orizzontale è stato posto il rapporto dei singoli con la loro salute (punteggio complessivo totalizzabile 0-30), mentre sull'asse verticale le risorse del contesto (punteggio complessivo totalizzabile 0-30).

A novembre 2007 erano stati raccolti dati relativi a 532 ospiti accolti da 61 strutture (52 case alloggio, 3 centri diurni, 6 appartamenti). 56/532 (10,5%) non erano cittadini italiani, di questi 40 erano in possesso di titolo di soggiorno e 16 risultavano STP, con sensibili differenze regionali dettate da specifiche normative di accesso ai servizi. 7 provenivano dalla regione europea OMS, 35 (63%) dall'Africa, 7 dal Mediterraneo orientale, 7 dall'America del sud.

Su 361 persone ospitate nelle strutture del nord-Italia, 31 (8,6%) erano stranieri (11 dei quali STP), nel centro-Italia 18/99 (18,2%) ospiti erano migranti (di cui 4 STP), dei 48 ospiti delle strutture del sud-Italia 7 (14,6%) erano stranieri e 1 solo di questi STP.

Pur in presenza di numeri relativamente ridotti si può notare come tra le persone straniere siano presenti persone più giovani di età (89,3% vs 77,9% <50anni) e più donne (37,5% vs 20,6%). Dalla valutazione complessiva della situazione sono pressoché assenti tra gli ospiti stranieri coloro che presentano problematiche di tossico/alcol-dipendenza attiva o che assumono metadone. Sono presenti in percentuale analoga alle italiane persone che presentano disabilità (42,9 vs 40%) o che sono allettate (5,4 vs 6%), mentre sono molto meno frequenti persone che soffrono di disturbi psichici (23,2 vs 51,3%). Rispetto agli ospiti italiani, gli stranieri sembrano stare complessivamente meglio dal punto di vista della salute, ottenendo un punteggio complessivo dell'asse X in valori al di sopra dell'incrocio degli assi nel 64,3 vs 47,7% dei casi. Soprattutto sono ritenuti dalle equipe più capaci di reagire positivamente nei confronti della malattia e dei suoi sintomi e più in grado di rappresentarsi obiettivi realistici di miglioramento della propria vita. Al contrario, per quanto riguarda il contesto, gli ospiti stranieri ancora più degli italiani patiscono l'isolamento relazionale/affettivo, la mancanza di reddito e di possibilità abitative adeguate tanto che quasi l'84% dei soggetti (contro il 72,8% degli italiani) presenta un valore complessivo dell'asse Y al di sotto del punto di incrocio degli assi. Lo strumento messo a punto dal progetto C.E.R.C.A.RE. è stato da diverse equipe e da alcuni coordinamenti regionali utilizzato per il follow up degli ospiti accolti anche nel corso del 2008.

Progetto SAMI-ASL-BS: Screening Antitubercolare in Migranti Irregolari nel territorio dell'ASL di Brescia

C. Scarcella, F. Vassallo, F. Speziani, MC. Pezzoli, C. Scolari, I. El-Hamad

Centro di Salute Internazionale e di Medicina Transculturale-ASL di Brescia

Introduzione

Nell'ultimo anno più di due terzi dei casi di tubercolosi notificati nel territorio dell'ASL di Brescia erano a carico di soggetti immigrati. Lo screening antitubercolare nei gruppi di popolazione a rischio costituisce un cardine delle attuali strategie di controllo della tubercolosi nei paesi occidentali.

Obiettivi

L'obiettivo generale è quello di verificare la fattibilità un programma permanente di controllo della tubercolosi negli immigrati irregolari. Obiettivi specifici del progetto sono l'individuazione e il trattamento dei casi di malattia attiva e di infezione latente e la valutazione della loro prevalenza nella popolazione di studio.

Materiale e metodi

Il progetto, approvato dal comitato etico aziendale e tuttora in corso, ha avuto inizio a partire dal mese di aprile 2007 presso il Centro di Salute Internazionale e di Medicina Transculturale dell'ASL di Brescia (CSI). La popolazione target è reclutata con modalità random tra gli immigrati in grado di soddisfare determinati criteri di inclusione e di esprimere un consenso informato. Oltre alla compilazione di una scheda informatizzata di raccolta dati, i soggetti sono sottoposti a visita medica, esami ematochimici, intradermoreazione alla tubercolina secondo Mantoux e radiografia del torace nei casi tubercolino positivi. I soggetti con malattia attiva sono indirizzati al centro ospedaliero per la terapia e la presa in carico, mentre i pazienti con infezione latente sono sottoposti a chemioprophilassi.

Risultati

Sono stati arruolati 1312 soggetti, di cui 96 sintomatici e 1216 asintomatici. Dei 96 soggetti sintomatici 9 (9,4%) sono risultati affetti da malattia attiva (2 tubercolosi polmonare bacillifera, 4 tubercolosi extrapolmonare, 1 tubercolosi disseminata non specificata, 1 tubercolosi disseminata non bacillifera, 1 tubercolosi disseminata bacillifera). Il 67,4% (820/1216) dei soggetti a cui è stato proposto lo screening sono risultati eligibili; di questi il 77,3% (634/820) è tornato a lettura del test a 72 ore. La prevalenza di cutipositività alla tubercolina è risultato pari a 36,6% (232/634). L'80,2% dei soggetti cutipositivi (186/232) ha completato le procedure di screening, di cui 184 avevano una infezione tubercolare latente. Di questi ultimi, il 47,8% (88/184) ha iniziato la chemioprophilassi isoniazidica alla dose di 300 mg/die. In 21 casi la terapia preventiva è stata sospesa prima del completamento del ciclo standard a causa di effetti collaterali o per motivi di elevata mobilità territoriale dei soggetti.

Conclusioni

L'elevata prevalenza di infezione tubercolare latente e di malattia attiva in determinati gruppi di popolazione a rischio, giustifica l'implementazione di interventi di prevenzione e controllo della tubercolosi nell'ambito di specifici programmi all'interno di strutture sanitarie dedicate.

Odontoiatria sociale: progetto AUSL e Caritas di Reggio Emilia per cure urgenti ed essenziali agli stranieri temporaneamente presenti

Bianchi Benedetta, Marina Cavicchi, Rossana Paterlini, Marta Jelli, Ambra Silvestri, Adriana Torelli Dantina Rinaldi

Poliambulatori Querce di Mamre. Caritas di Reggio e Guastalla

Introduzione del contesto

La legge n. 40 del 1998 stabilisce il diritto degli immigrati “clandestini” o STP (straniero temporaneamente presente) cure urgenti, essenziali ancorché continuative. AUSL e Caritas di Reggio Emilia collaborano dal 1998 per garantire agli stranieri senza permesso di soggiorno il diritto alla salute; La domanda di cure odontoiatriche rappresenta un frequente ed importante motivo di accesso agli ambulatori. Dal 2000 AUSL e Caritas hanno attivato un ambulatorio specifico per la risposta ai bisogni odontoiatrici. Gli operatori sanitari coinvolti nelle attività sono volontari; i materiali d’uso e di consumo sono forniti dall’AUSL.

Obiettivi

1. Offrire cure conservative gratuite (ripristino della normale attività masticatoria).
2. Educazione alla salute ed igiene orale (in particolare per gruppi a rischio sociale).
3. Dare una risposta alle urgenze “semplici” odontoiatriche.
4. Indirizzare ed attivare percorsi per chi necessita di protesi odontoiatriche.

Azioni

L’accoglienza e l’ascolto del bisogno vengono svolte dall’infermiere o dal volontario non sanitario che gestisce la parte amministrativa ed informatica. Il medico successivamente procede ad una prima valutazione del bisogno odontoiatrico. Se il problema è urgente si offre una risposta in tempi rapidi (subiti o in pochi giorni); in caso contrario, al paziente viene dato un appuntamento in base alle disponibilità della programmazione settimanale e mensile (martedì, mercoledì, venerdì mattina). Gli operatori sanitari, oltre a fornire indicazioni per una corretta igiene orale, consegnano se necessario i farmaci analgesici o antibiotici idonei al singolo caso. Una piccola porzione di attività è finalizzata alla preparazione e stabilizzazione della situazione dei denti rimasti (devitalizzazioni, estrazioni, ricostruzioni, ecc) per l’invio alla “protesi sociale”. Da alcuni anni infatti Ausl, Caritas e scuola Galvani per Odontotecnici hanno avviato un progetto che permette alle persone ritenute indigenti di poter avere una protesi di ottima fattura ma a costo zero.

Gruppo/I Target

Stranieri non in possesso di regolare permesso di soggiorno (STP)

Valutazione

In questi anni sono stati coinvolti nella gestione, organizzazione ed erogazione delle prestazioni circa 50 volontari (35 medici, 15 infermieri, 10 volontari per l’attività amministrativa). I dati di attività mostrano un aumento negli anni degli utenti presi in carico, da 70 nel 2000 (presenza di un solo ambulatorio settimanale presso la sede AUSL), a circa 200 nel 2004 (due ambulatori settimanali presso la Caritas), fino a 300 persone/anno (3 ambulatori settimanali presso la Caritas ed una giornata dedicata alle urgenze). Gli utenti provengono più frequentemente dal Nord Africa (in genere maschi) ed Est Europa (in genere femmine). E’ assente la popolazione cinese

Tra il 2007 e il 2008 si è svolta attività di miglioramento:

- per l'accoglienza e la valutazione del bisogno (formazione del personale ed informazione per l'accesso ai servizi);
- nuova modalità di gestione di appuntamenti e prenotazioni (programma informatizzato).

Sono stati ottenuti risultati ottimi in termini di valutazione del bisogno, offerta delle prestazioni di cura e la qualità dei servizi forniti.

La discrepanza tra la domanda e la possibilità di fornire una risposta adeguata rappresenta l'aspetto più critico (probabilmente mai colmabile se non si rafforzano azioni di prevenzione ed educazione sanitaria nelle nuove generazioni).

Servizio STP in provincia di Ragusa

G. F. Miceli, E. Manfrè Cataldi

AUSL N.7 Ragusa

L'organizzazione e le procedure per la gestione dell'assistenza sanitaria ai cittadini extracomunitari sia regolari che irregolari in Sicilia, sono disciplinate dal D.A. 04-07-2003. La situazione relativa all'istituzione degli ambulatori STP è frammentaria in quanto ogni provincia, ovvero ogni Azienda Sanitaria gestisce in modo diverso i vari servizi di accoglienza per cittadini stranieri non in regola con le norme di soggiorno. Non esiste ad oggi una mappatura dettagliata dei servizi di accoglienza rivolti ai cittadini extracomunitari nella nostra regione, poiché all'Assessorato Regionale per la Sanità è mancato un riferimento per quanti interessati al fenomeno immigrazione.

La provincia di Ragusa essendo situata nella parte più a sud della regione, è una meta molto ambita da un notevole numero di migranti, non solo per la posizione geografica ma ancor più per la fama di provincia ospitale. L'AUSL N°7 di Ragusa ha investito e investe da tempo, buona parte delle risorse, più che di altre realtà, nella prevenzione e nel ruolo di assistenza. Infatti nell'ambito dei tre distretti sanitari in cui è suddiviso il territorio provinciale, sono stati attivati ben cinque ambulatori, rivolti esclusivamente agli stranieri temporaneamente presenti (STP) nel nostro territorio, ad oggi, attivi anche per gli europei non iscritti (ENI). Tali ambulatori, aperti cinque giorni su sette, assicurano interventi sanitari di I° livello (ambulatorio di medicina generale), servizio di segretariato sociale, rilascio del codice STP o ENI, invio ad altre strutture specialistiche territoriali o di II° livello ed eventuale iscrizione d'ufficio al S.S.N. lì dove esistono i presupposti di legge.

Altresì in tutti i comuni della provincia sono attivi ulteriori ventiquattro punti abilitati al rilascio dei codici STP o ENI. Tra il 2004 e il 2006 si sono registrati presso tutte le strutture dell'AUSL N°7 di Ragusa 7263 accessi mentre solo nel 2007 si è registrato un numero di accessi pari a 5984. Gli ambulatori dedicati indubbiamente oltre a costituire un importante riferimento di tutela della salute per gli stranieri irregolari, ha evitato che si affollassero PTE, strutture di emergenza e Pronto Soccorso, che specie in alcuni Presidi Ospedalieri, registrano di per sé grandi difficoltà nel fornire assistenza per numero di richieste. Inoltre, l'ufficio Immigrazione facente parte dello staff della Direzione Sanitaria Aziendale, oltre all'obiettivo primario di facilitare l'accesso ai servizi sanitari, è strutturato in maniera tale da abbattere le barriere linguistiche e culturali che spesso si creano tra gli operatori sanitari e i pazienti stranieri, grazie alla presenza del mediatore linguistico-culturale. Alla luce delle incrementate presenze di stranieri nei distretti territoriali su cui l'AUSL N.7 insiste, sta provvedendo a stipulare convenzione con una cooperativa di mediazione linguistico-culturale che dispone di numerosi mediatori dalla lingua araba alla tigrina. Altresì, per favorire ulteriormente la relazione medico paziente, all'interno di tali ambulatori, sono presenti una ginecologa russa e un medico iraniano oltre a due medici italiani. Le tipologie di pazienti e le varie patologie presentate cambiano da una nazionalità all'altra sulla base dei gruppi etnici maggiormente presenti nel territorio ibleo.

Fare un elenco delle patologie più diffuse è comunque possibile, infatti l'ufficio Immigrazione suddetto ha pubblicato un opuscolo dal titolo "Analisi delle prestazioni sanitarie e dei flussi evolutivi degli stranieri temporaneamente presenti nella provincia di Ragusa", da cui è emerso il numero crescente di cittadini dell'Est Europeo, in particolare della Romania rispetto agli anni precedenti dove l'etnia maggiormente presente in provincia era quella tunisina, a breve verrà pubblicato l'aggiornamento dei dati relativi al biennio 2007-2008.

Una rete integrata di servizi e di interventi socio sanitari per prostituzione e vittime di tratta:

L'esperienza dell'ULSS 22 - area progettuale Sirio/ Artemide

C. Smacchia, S. Di Bella, C. Arzillo, ML. Cordioli, M. Residori, G. Franzon, E. Lerco**
ULSS 22 Regione Veneto; Sert di Villafranca (VR) e Servizio Stranieri Bussolengo (VR)*

L'esperienza del lavoro sanitario e sociale dell'ULSS 22 sul tema della prostituzione e delle donne vittime di tratta è già nota ed è stata più volte analizzata.

In questa occasione sembra interessante sottolineare alcuni aspetti metodologici di cornice, attinenti all'impostazione generale di quella che si è andata costituendo come area progettuale.

A partire dall'ambulatorio "Benessere Donna Straniera" del 1995, il progetto si è ampliato nel corso degli anni fino ad arrivare, nel 2008, alla fusione tra l'area progettuale precedentemente denominata Artemide dell'ULSS 22, con il progetto Sirio del Comune di Verona, area territoriale dell'ULSS 20.

Oggetto di questo intervento è quello di evidenziare il lavoro di rete che ha caratterizzato l'area progettuale allargata, sia per gli aspetti sociali sia in ambito sanitario, dalla protezione sociale delle vittime di tratta agli interventi di comunità, alla tutela della salute individuale e pubblica. Il fenomeno della tratta di esseri umani a scopo di sfruttamento sessuale è il perimetro entro il quale si inserisce l'intervento sanitario specifico a nostro carico.

Questo fenomeno si caratterizza per la dimensione transnazionale sia delle organizzazioni criminali che lo gestiscono che delle forze dell'ordine/governi che lo contrastano. Anche le persone trafficate e i servizi/ONG che le assistono provengono da vari Paesi.

Gli squilibri nello sviluppo socio economico e le dinamiche che sono alla base dei flussi migratori agiscono a livello globale, mentre la declinazione del fenomeno a livello locale assume forme drammatiche che toccano le singole persone e le comunità intere.

Tale complessità ha ben presto orientato la metodologia di intervento nella direzione del lavoro di rete. Il modello di intervento attuato dall'area progettuale ha visto l'integrazione operativa tra sanitario e sociale, pubblico e privato, strutture e territorio, ponendo al centro degli interventi la persona e la sua domanda di aiuto.

L'azienda ULSS 22 sul tema delle migrazioni ha da sempre puntato sull'integrazione del sistema piuttosto che dell'individuo, puntando a favorire le connessioni tra i servizi (sanitari, sociali, scolastici, ecc), in modo da facilitare i percorsi di inserimento degli utenti stranieri nelle reti ordinarie di offerta, intervenendo in caso di necessità, con attività ad hoc di mediazione interculturale, materiali in lingua, ecc, che hanno potuto favorire la relazione e la comunicazione tra utenti stranieri e operatori dei servizi.

Gli ambiti di intervento dell'area progettuale Sirio/ Artemide sono molteplici e coinvolgono vari enti e servizi sanitari e sociali, diretti sia all'utenza, multiproblematica per definizione, sia alle comunità locali. Le azioni realizzate vanno ad incidere su diverse dimensioni: dal personale e privato (ragazze, clienti, singoli cittadini, famiglie), al pubblico e comunitario (le amministrazioni, le comunità locali, le reti criminali internazionali). Delle risorse, umane ed economiche, impegnate. Il lavoro di ciascuno interfaccia altri operatori, qualsiasi intervento non è mai a sé stante, andando ad incidere più o meno direttamente anche su ambiti diversi talvolta imprevisi. Dal punto di vista strettamente sanitario, ci sembra interessante sottolineare come questa metodologia apparentemente lontana dalle prassi mediche, rappresenti in realtà un interessante approccio a questo tipo di utenza in ottica di *empowerment* delle risorse, umane ed economiche, impegnate.

Modalità di allattamento nei bambini immigrati.

S. Accomando, F. Cataldo

Dipartimento Materno Infantile, Università di Palermo

Negli ultimi anni il flusso migratorio dai Paesi in Via di Sviluppo (PVS) verso l'Italia è aumentato e da transitorio si è trasformato in stabile, coinvolgendo in ugual misura giovani uomini e giovani donne. La conseguenza di ciò è stato l'incremento di matrimoni tra immigrati e di nuovi nati da genitori stranieri. Di questi tuttavia non sono note le modalità di allattamento, in particolare se tendono a conservare le abitudini alimentari dei paesi di origine (allattamento al seno esclusivo e prolungato almeno per tutto il 1° anno di vita) o se tendono ad assumere quelle del Mondo Occidentale (prevalentemente allattamento innaturale dal 3°-6° mese).

Per questo motivo il GLNBI ha condotto in 9 città (Ancona, Catania, Lucca, Mazara del Vallo, Modena, Napoli, Novara, Palermo, Vicenza) una indagine retrospettiva sulle modalità di allattamento in 629 bambini nati in Italia da genitori stranieri, per mezzo di un questionario predefinito sottoposto alle loro madri. Queste provenivano dall'Africa del Nord (44%), dall'Africa Sub-Sahariana (15%), dall'Asia Meridionale (13%), dall'Est Europa (13%), dall'Estremo Oriente (9 %) dall'America Latina (4 %) e dal Medio Oriente (2 %).

I risultati osservati sono riportati in Tabella.

Età (mesi)	% allattamento al seno esclusivo	% allattamento misto	% latte adattato	% latte pastorizzato
1	59,9	12,8	26	1,3
2	57,2	13,7	27,8	1,3
3	51,8	16,5	29,9	1,8
4	45,3	18,9	31,8	4
5	39	20,7	33,2	7,1
6	32,4	21,3	35,3	11
9	21,9	20,3	37,1	20,7
12	14,8	15,6	33,9	35,7
18	6,9	15,2	11,3	66,6
24	3	14,4	8,6	74

La tabella mostra che la percentuale di bambini immigrati allattati in maniera esclusiva al seno o che hanno praticato l'allattamento misto fino al 2° anno è di gran lunga più elevata di quella dei nati da genitori italiani (1). Tali rilievi sono più evidenti nei gruppi etnici provenienti dal Nord Africa, dall'Africa Sub-Sahariana e dall'Asia Meridionale e sono da correlare alle tradizioni alimentari dei PVS. Di contro l'allattamento al seno esclusivo praticato in Italia dai bambini immigrati appare di gran lunga meno frequente e duraturo di quello di solito attuato nei PVS (2). Inoltre, una buona percentuale di essi assume, come i bambini italiani, latte pastorizzato anziché latte adattato. Queste osservazioni suggeriscono che parecchie madri dei bambini immigrati anche se tendono a conservare le tradizioni del paese di origine, risentono dei nostri costumi alimentari cui tendono ad uniformarsi. Di conseguenza, considerati i benefici effetti dell'allattamento al seno sulla salute sia in età pediatrica che in quelle successive, i pediatri non debbono trascurare di promuovere l'allattamento al seno anche nella popolazione infantile immigrata.

Riferimenti

1°) Giovanni M et al. Breast-feeding across geographical areas in Italian samples of infants. IJP 2005; 31 : 44-51.

2°) Cataldo F. Problemi alimentari del bambino immigrato. Atti 59° Congresso Nazionale Pediatria, Roma, Sett. 2003 : 46-49.

Stato vaccinale dei bambini adottati dall'estero.*S. Accomando, E. Viviano**, F. Cataldo.*Dipartimento Materno-Infantile, **Dipartimento di Igiene e Microbiologia
Università di Palermo

Negli ultimi anni i bambini che arrivano in Italia per adozione internazionale sono aumentati in maniera considerevole. Essi hanno numerosi problemi sanitari ed in particolare non si è ancora certi sulle loro condizioni immunologiche nei confronti delle vaccinazioni obbligatorie. Per tale motivo abbiamo valutato lo stato vaccinale di 136 bambini adottati dall'estero al loro arrivo in Italia, ricercando gli anticorpi sierici contro la polio, la difterite, il tetano, l'HB ed eseguendo la Mantoux 3°. Questi bambini provenivano prevalentemente dall'Europa dell'Est: Ucraina (84), Unione Sovietica (29), Polonia (9), Ungheria (6), Romania (3), Jugoslavia (2). Solo 2 provenivano dall'Asia (India) ed 1 dall'America Latina (Colombia).

Le schede vaccinali dei paesi di origine erano disponibili in 129/136 bambini. Sebbene queste riportavano cicli vaccinali completi in ogni soggetto, titoli anticorpali protettivi ($> 1:8$) nei confronti dei virus polio 1, 2 e 3 sono stati trovati rispettivamente nel 79,3%, 93,6% e 56,3% dei casi. Concentrazioni anticorpali protettive nei confronti della difterite e del tetano sono state osservate rispettivamente nel 92% nel 95,2% dei soggetti.

Per quanto riguarda l'HBV, nelle schede di soli 52 bambini era riportata una precedente vaccinazione: 40/52 soggetti erano positivi per l'anticorpo HBs, 6/52 per l'anticorpo HBc e l'anti-corpo HBc, mentre 6 non avevano anticorpi contro l'HBV. Tra gli 77 bambini le cui schede vaccinali non riportavano una precedente vaccinazione, 55 non avevano markers per HBV, 15 avevano anticorpi HBs, 4 anticorpi HBs e HBc, 3 sia l'antigene HBs che l'anticorpo HBc. Nessuno dei bambini con l'antigene HBs aveva segni clinici e di laboratorio indicativi di una epatite. I 10 bambini con una precedente infezione (anticorpi HBs + antiHBc) provenivano dall'Ucraina (8), dalla Jugoslavia (1) e dalla Polonia (1), mentre i 3 bambini positivi per l'antigene l'HBs e l'anticorpo HBc provenivano dall'Ucraina (2) e dalla Polonia (1).

Le schede vaccinali riportavano una precedente vaccinazione con bacillo di Calmette-Guerin (BCG) in tutti i bambini, ma 35/136 di questi non avevano la relativa cicatrice. Nei 101 soggetti con la cicatrice da BCG la VES e l'Rx torace erano normali. 6 dei 35 bambini senza la cicatrice da BCG erano moderatamente positivi alla Mantoux 3° ($TST \geq 5$ mm) con VES ed Rx torace normali. Sono stati diagnosticati come affetti da TBC latente. Altri 3 soggetti senza la cicatrice da BCG sono risultati chiaramente positivi alla Mantoux 3° ($TST \geq 10$ mm) ed anche se la VES e l'Rx torace, in assenza di segni clinici di TBC, erano normali, sono stati trattati per 9 mesi con idrazina. I rimanenti 26 bambini senza la cicatrice da BCG risultavano negativi alla Mantoux 3°.

Le ragioni per la divergenza tra le schede vaccinali e la situazione immunologica di questi bambini potrebbe essere legata all'uso nei paesi di provenienza di vaccini con minore forza antigenica perché non conservati adeguatamente o perché scaduti, allo stato di malnutrizione di molti di questi bambini, e a trascrizioni inaccurate o false nelle schede vaccinali. Comunque i nostri dati suggeriscono che nei bambini adottati dall'estero la situazione vaccinale deve essere valutata al loro arrivo in Italia perché le loro cartelle cliniche non appaiono sempre attendibili. In alternativa, se non è possibile fare ciò, è in ogni caso conveniente ripetere ex novo i cicli vaccinali.

La seconda generazione di migranti nel racconto dei bambini e dei genitori che si sono rivolti al Servizio di neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza

S. Cremaschi 1, E. Alberini 1, V. Brussi 2, E. Mauro 2

ASS 4 Medio Friuli, Udine: 1 Distretto Sanitario Udine, SOC di N.P.I.A., 2 Dipartimento di Prevenzione, sos Medicina Sociale

“Il bambino straniero è come la foce di un fiume, che mescola l’acqua dolce che proviene dalle sue origini e dagli affluenti, con l’acqua salata del mare; i due mondi che si congiungono possono creare un movimento nuovo e diverso, e offrire nuove opportunità.”

Nel corso dello scorso anno su un totale di 2200 bambini in carico sono stati seguiti presso il nostro servizio 180 minori stranieri, nati in Italia, o emigrati con i genitori, e/o ricongiunti dopo qualche anno, o figli di famiglie miste, adottati, giunti in Italia come minori non accompagnati (in 15 casi in situazioni di gravità). Un terzo dei casi in carico presentava problemi relativi allo sviluppo cognitivo e/o psicomotorio, ritardi evolutivi di linguaggio, problemi neurologici e/o sensoriali; due terzi dei casi in carico presentavano problemi psicologici di diversa gravità.

L’analisi della casistica offerita al Servizio di Neuropsichiatria dell’infanzia e dell’Adolescenza permette di osservare alcuni aspetti relativi alle difficoltà che i bambini e le famiglie incontrano nel percorso di crescita e che gli adolescenti attraversano nel percorso di individuazione e separazione dalla famiglia. Sia nel caso della “malattia” più chiaramente definita sul piano organico, sia nel caso del disagio psicologico e/o relazionale è stato importante per noi l’approccio alla narrazione dei bambini e/o dei loro genitori. Abbiamo imparato molto nell’ascolto di diversi modi di vivere la crescita “normale” dei figli, di diversi modi di sperimentare l’esperienza della malattia o del ritardo di sviluppo, e della sofferenza psichica; abbiamo “toccato” in alcuni casi infine la sofferenza dei figli e la sofferenza dei genitori legata alla difficoltà di crescere tra due culture, nella sfida tra mantenere le radici ed affidarsi ai propri riferimenti culturali e adattarsi al nuovo per sentirsi appartenenti al mondo dei coetanei.

Vogliamo proporre in questo nostro contributo alla riflessione sull’incontro tra diversi mondi alcune situazioni e “racconti” forniti dai bambini, dai ragazzi, dai genitori, che ci paiono illuminare i possibili rischi ed equivoci che i Servizi possono correre qualora facciano riferimento ad una lettura dei problemi troppo semplificata o riferita solo ad un contesto italiano.

La narrazione della mamma africana accusata in comunità di tentato infanticidio per un equivoco sulle modalità di accudimento dei lattanti e quella della famiglia che ci porta la “figlia delle acque” perché non si rassegna ad un destino di disabilità contro il quale vuole combattere con tutte le armi, la storia del papà che “rinuncia” ad educare la figlia adolescente perché teme di essere considerato violento nella nostra cultura, sono stati per noi momenti importanti che ci hanno aiutato a comprendere ed accettare diversi modi di vivere la crescita dei figli, l’accettazione della malattia, la propria dignità di genitori. La storia della ragazzina sudamericana riavvicinata ad una famiglia che non conosce più dopo anni di lontananza, la storia della giovane diciassettenne che giunge da sola in Italia fuggendo dalla guerra, la storia del ragazzino albanese che sogna l’Italia come il paese dove diventerà un calciatore famoso; la storia del ragazzo, figlio di famiglia mista, che “sceglie” di appartenere ad un gruppo xenofobo ci hanno fatto riflettere sulle prospettive che stiamo offrendo ai ragazzi, sul percorso che proponiamo loro tra fiducia nelle radici e fiducia nel futuro.

Un progetto di salute e di cittadinanza per i minori non accompagnati: esperienze friulane.

D. Gnesutta 1, M. Adotti 1, G. Brianti 1, V. Brussi 1, L. Ciccone 1, M. Menotti 1, P. Monte 1, L. Pilotto 1, G. Pitzalis 1, C. Savonitto 1, C. Schellenberger 1, D. Fedrigo 2,, E. Salvador 2,, N. Dalla Pietra 3, M. Francescutti 4

Azienda Sanitaria Medio Friuli, Udine : 1 Dipartimento di Prevenzione, 2 Distretto Sanitario Udine, 3 Distretto Sanitario Cividale, 4 Dipartimento di Salute Mentale

La Convenzione di New York sui diritti del fanciullo, che anche l'Italia ha ratificato e resa esecutiva, stabilisce che il superiore interesse del minore deve essere considerazione preminente in tutte le decisioni riguardanti i minori e che i diritti sanciti dalla Convenzione devono essere applicati a tutti i minori senza discriminazioni.

Tutti i minori stranieri, anche se clandestini o irregolari, sono titolari di diritti. In particolare, nel campo sanitario, sono loro garantite le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o essenziali, quelle per malattia ed infortunio e i programmi di medicina preventiva. Una volta ottenuto regolare permesso di soggiorno, sono iscritti al servizio sanitario nazionale. I minori stranieri presenti sul territorio, sono soggetti all'obbligo scolastico, e ad essi si applicano tutte le disposizioni vigenti in materia di diritto all'istruzione, di accesso ai servizi educativi, di partecipazione alla vita della comunità scolastica.

In Friuli i minori non accompagnati, identificati dalle forze dell'ordine, normalmente vengono affidati a istituzioni di accoglienza ed educative, scelte dagli enti locali fra quelle storicamente presenti sul territorio regionale: in particolare i progetti realizzati dal Dipartimento di Prevenzione della Azienda Sanitaria del Medio Friuli sono stati indirizzati alla Fondazione Casa dell'Immacolata di Udine, istituzione che, dopo aver offerto dall'inizio degli anni cinquanta ospitalità ed istruzione ai minori friulani con problemi di abbandono e di disagio, è stata coinvolta fin dal 1993 nell'accoglienza dei primi minori stranieri non accompagnati e all'istituto "Civiform" di Cividale, ente formalmente accreditato dalla Regione Friuli-V.G. nato nel 1955 su iniziativa dell'Ente Friulano Assistenza, che opera nel settore della formazione e gestisce anche un convitto.

Entrambe le strutture hanno raccolto con grande sensibilità questa sfida sociale, mettendo a disposizione le proprie competenze e risorse, offrendo non solo "vitto e alloggio" ma anche corsi di alfabetizzazione e di formazione professionale orientati a garantire le conoscenze indispensabili per un inserimento nel lavoro e nella società che permetta ai ragazzi, quando raggiungono la maggiore età, di avere le carte in regola per ottenere un permesso di soggiorno per lavoro.

I rapporti con le strutture della sanità pubblica sono stati inizialmente promossi dalla condivisione di percorsi di prevenzione per un programma di profilassi per l'ammissione in comunità, dalle vaccinazioni alla prova tubercolinica alla gestione dei rischi di malattie trasmissibili.

Dalle esperienze di accoglienza sanitaria ai migranti e di formazione alla promozione della salute, parte l'interesse di un gruppo multidisciplinare di operatori sanitari per attivare un progetto di promozione della salute degli adolescenti stranieri. Dopo un articolato confronto con gli educatori delle comunità, è stato creato un gruppo di lavoro composto da operatori sociosanitari e operatori delle strutture di accoglienza ed è stato adottato un metodo di lavoro centrato sulla comunicazione, sull'integrazione e condivisione dello stile e delle procedure, sull'aumento delle conoscenze per la prevenzione e la gestione dei fattori di rischio sanitari e sociali e sullo sviluppo della partecipazione diretta dei ragazzi ospiti.

Si sono così consolidati, con lo sviluppo di una rete di collaborazioni esterne all'Azienda Sanitaria, due percorsi formativi, uno di "prima accoglienza" per i ragazzi arrivati di recente e l'altro di "integrazione" per quelli che sarebbero diventati maggiorenni entro l'anno.

Progetto UNNRA

*P.Sironi**, *G.Corbani***, *T.Maffezzoni^*, *O.Meneghetti^*, *D.Polenghi^*, *M.Benjacar^*

* Direzione Medica A.O. Istituti Ospitalieri Cremona

** Responsabile Pronto Soccorso A.O. Istituti Ospitalieri - Cremona

^ Operatori socio-sanitari - ASL - Cremona

^ Assessorato alle Politiche Educative – Comune di Cremona

^ Centro Culturale Mondinsieme - Cremona

Introduzione: il progetto UNNRA si sviluppa nell'ambito dell'attività formativa UNNRA 2008-2009, nel contesto dei "Provvedimenti per la prevenzione e la sicurezza urbana a Cremona", in applicAZIONE DELLA Direttiva del ministro dell'Interno datata 22 febbraio 2008, recante disposizioni sulle modalità per il perseguimento dei fini della Riserva Fondo Lire UNNRA.

Obiettivi:

- aggiornare le competenze di mediatori culturali o volontari delle associazioni di immigrati;
- promuovere i Servizi presenti nel territorio e collegarli direttamente al mondo del volontariato;
- sviluppare le competenze comunicative e di mediazione "relazionale";
- incentivare le associazioni ad assumere un ruolo attivo nei processi locali delle realtà locali.

Azioni

Pianificazione di sette incontri di tipo informativo e con lavoro di gruppo riguardanti i seguenti temi:

- 1- Istituzioni locali, in particolare Prefettura, Provincia e Comune.
- 2- Comunità immigrate, rappresentanza e ruoli nel territorio.
- 3- Concetto di salute.
- 4- Funzionamento delle strutture sanitarie locali.
- 5- Concetto di sicurezza.
- 6- Ruolo del mediatore nei conflitti sociali.
- 7- Analisi delle problematiche più frequenti riscontrate negli interventi di "Pronto intervento".

Target: mediatori culturali o volontari di Associazioni di immigrati.

Risultati: il progetto, ancora in corso, evidenzia, ad una prima valutazione, un buon riscontro, sia in termini di presenza che di partecipazione attiva.

Conclusioni: l'orientamento del progetto formativo è quello di costituire un servizio sperimentale di "Pronto intervento", formando una figura relativamente nuova di "Volontario/Mediatore di strada", con il compito di collaborare alla diffusione di modelli di comportamento partecipativo e di sciogliere conflitti sociali.

Salute mentale e bambini migranti: indagine preliminare

F.Rango*/**, N.Capriotti**, D.Palopoli*/**, A.Romano*/**, M.Vigliante**,
F.Capozzi**, A.Morrone*

*Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti
e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP)

**Dipartimento di Scienze Neurologiche, Psichiatriche e Riabilitative dell'Età Evolutiva (DSNPREE)

Introduzione Gli studi condotti, negli ultimi vent'anni, sulla salute mentale dei bambini migranti hanno evidenziato risultati contrastanti (Stevens et al., 2008). In particolare, quelli sul profilo neuropsicologico sono disomogenei negli obiettivi, metodi ed interpretazione dei dati (Bird et al., 2008). In Italia, il fenomeno migratorio si è sempre distinto per la presenza di una popolazione d'immigrati estremamente eterogenea per area di provenienza, background culturale, status socioeconomico, caratteristiche del processo migratorio (Frighi L., 1990).

I minori migranti, in Italia, rappresentano attualmente il 18,4% sul totale degli stranieri soggiornanti e le scuole italiane accolgono più di mezzo milione di studenti stranieri, con un'incidenza del 5,6% sulla popolazione scolastica totale (MIUR, 2007). Nella popolazione migrante appartenente alla fascia scolare è stata riscontrata una maggiore incidenza di esiti scolastici insufficienti, abbandono scolastico e disadattamento. La crescita esponenziale del numero di minori migranti ha inoltre trovato impreparate le strutture socio-sanitarie e scolastiche nella gestione di un fenomeno disomogeneo, dinamico e nuovo, sia per le caratteristiche sia per la portata.

L'obiettivo di questo studio preliminare è quello di fare una fotografia della popolazione migrante afferita presso l'ambulatorio di neuropsichiatria infantile per difficoltà linguistiche e/o scolastiche. Le aree che sono state prese in considerazione sono quelle riguardanti da un lato l'anamnesi, il decorso dello sviluppo e la diagnosi, dall'altro le variabili socio-ambientali e il funzionamento adattivo.

Metodi: È stato esaminato un gruppo di 46 bambini migranti afferiti all'ambulatorio di neuropsichiatria infantile nel periodo compreso tra gennaio e giugno 2008.

I dati utilizzati per questo studio sono stati raccolti attraverso l'anamnesi, le scale cognitive (Leiter-R; WISC-III), la scala di funzionamento generale del bambino (C-gas), il questionario sul profilo emotivo-comportamentale del bambino -The Child Behavior Checklist (CBCL) e il questionario sul processo migratorio (QPM). I dati ricavati sono stati successivamente confrontati con quelli di un gruppo di controllo di bambini italiani appaiati per età.

Risultati: Sebbene le due popolazioni cliniche siano sovrapponibili rispetto alla tipologia di disturbo e al livello cognitivo, differiscono in maniera significativa rispetto al profilo globale: i bambini migranti mostrano un minore adattamento sociale e una maggiore incidenza di problemi emotivo-comportamentali. In età prescolare questi si manifestano con comportamenti disadattivi riconducibili a differenti aree: ansia/depressione, difficoltà attentive, oppositorietà e disregolazione affettiva. In età scolare l'espressione del disagio sembra invece convergere prevalentemente verso l'area internalizzante (ritiro e depressione, problemi di pensiero, difficoltà relazionali).

Discussione e conclusioni Nonostante i risultati ottenuti da questo studio siano relativi ad un campione è possibile ipotizzare un'influenza dei life events negativi sul profilo di sviluppo complessivo del bambino. Presi in considerazione questi aspetti, il prossimo obiettivo è quello di approfondire, nella popolazione migrante, da un lato il profilo neuropsicologico del Disturbo di Sviluppo (DS), per individuarne le eventuali caratteristiche

specifiche, dall'altro indagare l'area di rischio psicopatologico e comprenderne l'interazione con il DS stesso. Inquadrare la specificità del profilo di sviluppo da un lato e i fattori di rischio e di protezione relativi all'adattamento dall'altro, è fondamentale per impostare l'intervento riabilitativo precoce e mirato.

Bibliografia

- Byrd D., Arentoft A., et al; (2008) State of Multicultural Neuropsychological Assessment in Children: Current Research Issues. *Neuropsychological Review* 18:214–222.
- Frigli L. (1990) Problemi d'igiene mentale relativi ai minori immigrati da paesi extracomunitari, *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza* 57: 780-784.
- Miur (2007) Indagine sugli esiti degli alunni con cittadinanza non italiana, anno scolastico 2006/2007.
- Stevens G.W.J.M. & Vollebergh W.A.M.(2008), Mental Health in migrant children. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* 49(3): 276-29.

Le ragioni della Consensus.....	5
La valigetta del dottore: non solo curare, ma prendersi cura - <i>Mario Affronti</i>	7
Il percorso del diritto all'assistenza sanitaria degli immigrati in Italia: la nostra storia! nota a margine della decima Consensus Conference - <i>Salvatore Geraci</i>	15
Proposta di avvio di un Progetto SIMM sulla Medicina Narrativa - <i>A cura dei Soci SIMM</i> <i>Luisa Lenguini e Maurizio Marceca</i>	27
Il ponte o il guado: quale metafora per una sanità transculturale? <i>Gioacchino Lavanco, Elisabetta Di Giovanni</i>	32
La Medicina Narrativa: un utile strumento nella comunicazione transculturale - <i>Luisa Lenguini</i>	44
L'esperienza del Poliambulatorio per Immigrati nell'Area Sanitaria della Caritas Diocesana di Roma, laboratorio di medicina transculturale - <i>Bianca Maisano</i>	48
Proposte di direttiva, di risoluzione e la petizione per il diritto alla salute per tutti gli individui presenti negli stati dell'unione europea - <i>Daniela Panizzut</i>	53
Epatiti e migrazione - <i>Issa El-Hamad, Maria Chiara Pezzoli, Antonella Ricci, Alberto Bergamasco</i>	56
Progetto Ulisse sud (risultati preliminari) - <i>M. Raspagliesi, P. Filippini</i>	62
Circoncisioni maschili clandestine - <i>Mauro Zaffaroni</i>	71
Accessi dei bambini stranieri al pronto soccorso - <i>G. Lo Coco, M. Zaffaroni, A. Monzani, C. Guidi,</i> <i>E.C. Grassino, G. Bona, P. Di Pietro, E. Piccotti, A. Calcagno, M.S. Acutis, M. Bartolini, G.C. Calligari,</i> <i>A. Guala, P. Masciari, P. Valentini, G. Visci, S. Zampogna, G. Zavarise</i>	75
Rachitismo carenziale ed immigrazione infantile - <i>Francesco Cataldo, Andrea Guala</i>	82
Pediatria di territorio ed assistenza a tutti i bambini stranieri - <i>Milena Lo Giudice, Maria Rosaria Sisto</i>	89
Rom/Sinti e Camminanti in Italia - <i>Massimo Converso</i>	94
L'esperienza del Camper sanitario a Roma a cura di <i>Massimo Converso</i>	100
Epatopatie e Migranti - <i>G. Cassarà, N. Candeh, G. Salamone, A. Affronti, G. Montalto</i>	104
I rifugiati vittime di tortura: esistono in Italia delle norme di tutela? - <i>Gianfranco Schiavone</i>	106
Un male comunicabile - <i>Giuppa Cassarà</i>	112
Nuove prospettive preventive delle patologie emoglobiniche nelle popolazioni migranti nel Lazio - <i>Antonio Amato, M. Lerone, P. Grisanti, D. Ponzini, P. Di Biagio, S. Rinaldi, N. D'Arcangeli, B. Sidorini, E. Melis</i>	125
Comunicare salute in una dimensione multi-etnica Strumenti: counseling ed empowerment nutrizionale - <i>A. Albertini, F. Celenza, E. Piccoli</i>	129
Comunicare con tutti Migranti: attori del cambiamento - <i>Carmela Amato</i>	133
Una sfida per la medicina di base in ambito transculturale: le sindromi da somatizzazione <i>Massimiliano Aragona, Elena Catino, Sara Carrer, Francesco Colosimo, Maria D.Monteduro,</i> <i>Bianca Malsano, Marco Mazzetti, Salvatore Geraci</i>	136
Un camper per i diritti. Un servizio socio-sanitario itinerante per i migranti. I casi di Roma e Firenze <i>A. Barbieri, A. Bassetti, G. Benedetti, P. Dirindelli, C. Francini, V. Manganozzi,</i> <i>I. Moscardini, R. Petri, M.A. Tavoso</i>	140
Crisi di appartenenza nei bambini immigrati: stralci di esperienze raccolte dagli operatori dell'Ambulatorio per il bambino immigrato e adottato dell'Ospedale Meyer di Firenze <i>R. Martin, N. Battiglia; L.Bianchi; L.Galli; G.Veneruso</i>	149
Nuove emergenze sanitarie nel sud del mondo. Rilievi personali su obesità, ipertensione arteriosa e diabete mellito in un campione di adulti e anziani residenti a Calcutta e nei villaggi vicini <i>E. Petrona Baviera, M. Affronti, G. Montalto, L. Aprea, S. Di Rosa</i>	151
Prevalenza di patologie infettive in soggetti Immigrati non in regola con il Permesso di Soggiorno osservati presso il Servizio di Medicina delle Migrazioni dell'AUSL di Parma <i>Francesca Berghenti, Faissal Choroma, Stefania Banzola, Francesca Ergasov,</i> <i>Germana Calzolari, Adele Tonini</i>	160
Salute, marginalità, disuguaglianze e ruolo dei Sanitari: dalla cura del corpo alla prospettiva bio-psico-sociale <i>A. Martino, C. Bodini, C. Di Girolamo, A. Fabbri, R. Nicoletti, A. Stefanini</i>	164
Mi.SA. ambulatorio Migrazione e Salute: un ambulatorio di malattie infettive dedicato alla popolazione migrante <i>M. Busso, P. Leoncini, B. Mamone, Maryam Shenouda, Dimè Matar, S. Schincaglia, R.Bersani, D. Mazzuri,</i> <i>P. Caramello</i>	169

Accessi ai Pronto Soccorsi di Ferrara e Provincia dei bambini Italiani e Stranieri <i>M. Calacoci, M.C. Sateriale, M. D'Agata, E. Borin, Sonia Quintavalle, A. de Togni</i>	172
I servizi sanitari per gli immigrati STP: le risposte dei sistemi sanitari regionali in Italia <i>P. Carletti, L. Fiordarancio, F. Polverini e referenti regionali progetto nazionale CCM</i> "Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia".....	175
Risultati preliminari di uno screening delle "Ferite Invisibili" nell'ambulatorio di Medicina Generale Caritas per immigrati - <i>Sara Carrer, Elena Catino, Montserrat Lafuente,</i> <i>Massimiliano Aragona, Marco Mazzetti, Bianca Maisano, Salvatore Geraci</i>	184
Il ruolo delle esperienze traumatiche nelle somatizzazioni dei migranti in primary care <i>Elena Catino, Sara Carrer, Massimiliano Aragona, Daniela Pucci, Montserrat Lafuente,</i> <i>Marco Mazzetti, Bianca Maisano, Salvatore Geraci</i>	190
Profili clinici di soggetti vittime di tortura osservati presso il Servizio di Medicina di migrazione dell'Azienda USL di Parma <i>Faissal Choroma, Francesca Berghenti, Stefania Banzola, Francesca Ergascov, Adele Tonini</i>	196
Progetto sperimentale di offerta di circoncisione rituale maschile in struttura sanitaria pubblica nella Regione Friuli Venezia Giulia <i>R. Da Riol, C. Gandolfi, J. Schleaf, P. Canciani, F. Macagno, N. Coppola</i>	203
L'assistenza ostetrico-ginecologica alle donne immigrate <i>P. Ficano, C. D'Amico, N. Candeh, G. Pirrone, F.R. D'Arpa</i>	208
La valutazione dei bisogni sanitari dei migranti forzati - <i>Filippo Gnolfo</i>	211
Il progetto di formazione interculturale del Corso di Laurea in Infermieristica di Reggio Emilia. <i>C. Gradellini, E. Pighini, I. Chiesi, S. Lusetti, D. Mecugni</i>	228
Il Rachitismo in Piemonte: casistica pediatrica nel periodo 2001 - 2006 <i>Guala A (Verbania), Zaffaroni M, Capelli A, Ciurcovich S, Cossu C, Bona G (Novara), Ghiotti P,</i> <i>De Marco A, Signorile G, Ramenghi U, Gabiano C, Urbino A, Capalbo P (Torino),</i> <i>Ferrario E. (Carmagnola), De Vonderweid U. (Moncalieri), Tarizzo P. (Ivrea), Provera S. (Vercelli),</i> <i>Campra D. (Borghosesia), Cussino P. Besenon L. (Savigliano), Di Bono M, Orphanoudakis Z (Ceva), Rocca M,</i> <i>Castelli G. (Mondovì), Priora U. (Bra), Castella V. (Tortona), Rigardo S. (Acqui Terme), Panella A. (Novi Ligure)</i>	232
Un'indagine qualitativa sulla salute delle badanti nell'ambulatorio Sokos di Bologna, dalle narrazioni alla tutela dei diritti <i>C. Di Girolamo, G. Fiorini, S. Giordani, E. Ielpo, C. Magnani, J. Montomoli, V. Spada</i>	234
Diventare genitori in un intreccio di mondi. Considerazioni sull'esperienza dei corsi di preparazione alla nascita pluriculturali - <i>C. La Mantia, P. Bevolo, M. Manghi, A. Foracchia</i>	240
Processi migratori e stereotipi: l'esperienza cinese <i>Gioacchino Lavanco, Carolina Messina, Dario Corso, Elisabetta Di Giovanni, Gianluigi Moscato</i>	245
Sperimentazione di un intervento di assistenza domiciliare post-partum per le donne immigrate <i>E. Forcella, M. Affrontic, S. Asoleb, G. Baglio, Salvatore Geraci; Elisabetta Giorgi; Patrizia Madoni;</i> <i>L. Mondo, M.G. Pellegrini, R. Rusciani, M. Sartori, A. Spinelli</i>	267
La medicina narrativa e i bambini - <i>M. A. Muroi, F. Ena</i>	270
L'incontro e la cura con donne cinesi migranti - <i>G. Lesi</i>	273
Le donne migranti maltrattate: i racconti e i sintomi - <i>G. Lesi</i>	279
Malattia tubercolare: nuove tecniche diagnostiche; nuove terapie? Nuove strategie di prevenzione? <i>D. Lucia</i>	285
Equal opportunities for health: action for development - <i>G. Maciocco, A. Stefanini, S. Foresi,</i> <i>E. Bertotti, C. Reali, A. Martino, C. Bodini, A. Fabbri, C. Di Girolamo</i>	288
Indagine sulla condizione sociale e lavorativa degli immigrati nel territorio vicentino - <i>Marisa Pacchin</i>	292
Indicatori di integrazione. Alunni stranieri nella scuola. Le seconde generazioni - <i>Marisa Pacchin</i>	297
Corsi specialistici come perfezionamento della integrazione nella evoluzione della moderna immigrazione <i>E. Pelargonio, A. Turriziani, G. Attanasi, S. Cogliandolo, F. Scarcella, G. Cassinari, M.A. Moretti</i>	300
Salute del bambino. Pratiche preventive e stato di salute nel primo anno di vita. Confronto tra cittadinanze sulla base delle schede pediatriche 12 mesi - <i>S. Piffer, L. Battisti, E. Cescatti</i>	304
L'Educazione continua in medicina (ECM) svolta in Italia nel periodo 2002-2008 sui temi della Salute dei Migranti - <i>S. Pizzuti, D. Di Thiene, A. Di Nicola, G. Baglio, S. Geraci, M. Marceca</i>	307
Pazienti di qui venuti da Altrove - <i>M. Provasi</i>	313

“Donne che aiutano Donne”: un progetto di supporto domiciliare per le maternità a rischio <i>M. Grazia Saccotelli, Anna Strazzari, Caterina Gianstefani</i>	320
Creare e sviluppare delle politiche e strategie operative, nei confronti degli operatori sanitari stranieri del Friuli Venezia Giulia, atte al confronto, integrazione, interazione, formazione e promozione alla salute <i>L. Sandrin, C. Gandolfi, R. Da Riolo, N. Coppola</i>	324
Il trauma delle vittime di tortura e di violenza sessuale: percorsi terapeutici. L'esperienza del samifo nel 2008 <i>G. Santone, F. Gnolfo, M. C. Pentella, M. Lombrici, A. dell'Erba, K. Jeger, M. Bacigalupi, G. Rocca, P. Benedetti, M. Volpatti, S. Tekeste, N.N. Nayyereh, S. Ginevra, C. Bracci</i>	326
Profilo di Salute e Benessere dei Bambini Stranieri e delle loro Madri, in provincia di Ferrara <i>M.C. Sateriale, M. Calacoci, S. Quintavalle, M. D'Agata, E. Borin, P. Pasetti, A. De Togni</i>	332
Badare stanca. La voce delle badanti nell'ambulatorio Sokos di Bologna <i>V. Spada, C. Di Girolamo, G. Fiorini, S. Giordani, E. Ielpo, C. Magnani, J. Montomoli</i>	339
Un approccio multidisciplinare alla salute globale presso il Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale dell'Università di Bologna <i>A. Stefanini, C. Bodini, C. Reali, C. Di Girolamo, A. Fabbri, A. Grignaschi, V. Spada, B. Marta, R. Nicoletti, C. Barbalace, C. Ciufegni, A. Martino</i>	343
Il difficile percorso d'individuazione del migrante tra sradicamento ed integrazione - <i>O.Uccello</i>	349
Modello di interazione tra un poliambulatorio per immigrati e un ente ospedaliero: il servizio di cardiologia di OSF <i>A.M. Villa, A. Pierini, G. Bolla, F. Sardella, G. Pagnozzi, F. Pagliano, A. Eusebio, M. Bergonzi, F. Magrini</i>	355
Livelli di vitamina d nei neonati di donne immigrate <i>Cossu C., Capelli A., Zaffaroni M, Zanetta F, Dondi E, Ciurcovich S, Antonini G., Tomassini G., Ciardi L., Miglio L., Bona G.</i>	358
Prevenzione della rosolia congenita nel post-partum nella provincia di Novara <i>F. Zanetta, M. Zaffaroni, E. Dondi, S. Sogni, A. Valori, L. Di Natale, M. Tozzini, S. Gallotti, M. Barengo, A. Esposito, G. Bona</i>	360
Medicina delle Migrazioni: il ruolo dello studente in Medicina le proposte degli studenti italiani <i>Alessandro Mereu, Alberta Fabris, Cristiano Alicino</i>	363
Prendersi cura - <i>Caizzi Cristina, Ciambellini Simona</i>	367
Offerta attiva, partecipazione, elasticità: parole chiave per percorsi di promozione della salute tra i Rom <i>Alice Ricordy, Fulvia Motta, Salvatore Geraci</i>	374
Politiche regionali come specchio della garanzia del diritto alla salute dei migranti <i>M. Bonciani, B. Martinelli, S. Geraci</i>	379
Stanza 18.....pianeta migranti della terra <i>D. D'Angelo, G. Carlin, C. Mellina, V. Modolo, A. Patriarca, D. Proietti Lupi</i>	386
Salam: la “fu” università - <i>D. D'Angelo, A. Marchi, M. Mazza, A. Patriarca, D. Proietti</i>	394
“Pentimento” ... senza paradiso - <i>D. D'Angelo, A. Marchi, M. Mazza, A. Patriarca</i>	398
Partorire in terra straniera: nostra esperienza - <i>R. Piro, B. Benfante, M. R. D'Anna</i>	401
Migrazione e ritualità alimentare nelle festività “La condivisione del pasto stabilisce una profonda comunione di sentimenti e di vita tra tutti i commensali” - <i>Rosanna Marchetti</i>	406
Consumi alcolici e migrazione “Le modalità del bere, la cultura ed i riti, i consumi e gli abusi, un dibattito per una società multiculturale in trasformazione” - <i>Rosanna Marchetti</i>	421
La formazione dei medici per la promozione della salute dei migranti: l'esperienza di Bologna <i>C. Bodini, A. Martino, B. Marta, C. Di Girolamo, A. Fabbri, R. Nicoletti, A. Stefanini</i>	438
Il bambino straniero e il suo mondo relazionale - <i>I. Finzi</i>	443
Il bisogno di salute chiama, l'Assessorato risponde - <i>L. Mondo, S. Dacquino, A. DeGasperi, M. Del Savio, MR. Giolito, PG Maggiorotti, G. Montanari, R. Nugara, S. Orecchia</i>	447
Segni particolari: immigrati irregolari - Traiettorie di accesso e percorsi di cura a Napoli <i>M.L. Russo, L. Gualdieri</i>	450
Le circolari amministrative sulla salute degli stranieri: ovvero della gestione discrezionale del diritto alle cure <i>Iside Gjergji</i>	454
Su un caso di poliabortività in vasculite leucocitoclastica <i>A.M. Abbene, A. Affronti, M.C. Farina, M. Valenti, L. Aprea</i>	455
Un caso di pancreatite calcifica tropicale (tcp) - <i>A.M. Abbene, A. Affronti, A. Terranova, M. Valenti, L. Aprea</i>	456
La schistosomiasi - <i>A.M. Abbene, M. Valenti, A. Affronti, G. Nugara</i>	457

La domanda di salute della popolazione immigrata in Italia: vero o falso problema per il sistema sanitario? - <i>A cura del gruppo tecnico del progetto</i>	458
Il diritto alla bellezza tra nord e sud del mondo - <i>R. Calcaterra, R. Marrone, E. Maiani, F. Dassoni, A. Morrone</i>	460
Indagine epidemiologica sull'utenza degli ambulatori per stranieri STP in provincia di Latina <i>G. Carreca, E. Meloni</i>	461
La mediazione linguistico - culturale nei servizi sanitari in una dimensione di progettazione partecipata nel territorio di Reggio Emilia - <i>Amelia Ceci; Ilaria Dall'Asta e Antonio Chiarenza</i>	462
L'assistenza sanitaria agli immigrati irregolari in Emilia-Romagna: un'analisi organizzativa <i>B. Riboldi, A. Ceci, A. Chiarenza, C. Curcetti, I. Dall'Asta, M. Manghi, C. Marchesi, P. Matacchione, L. Parisini, V. Pastorelli, B. Riboldi</i>	464
L'interruzione volontaria di gravidanza in Provincia di Trento: caratteristiche e percorsi delle donne italiane e straniere <i>E. Cescatti, L. Battisti, L. Bianchi</i>	466
Produrre materiale informativo in un'ottica di sensibilità culturale e di health literacy <i>E. Confaloni, B. Lazzarotti, F. Petrei, M.L. Russo</i>	468
La comunicazione interculturale nel sistema sanitario: un percorso formativo partecipato per operatori del servizio sanitario <i>Dall'Asta, A. Chiarenza, A. Ceci, B. Riboldi</i>	470
La nomenclatura delle parti del corpo nella medicina transculturale - <i>E. De Blasio, R. Colasanti</i>	472
Un caso di schistosomiasi: utilità dello score ecografico OMS <i>V. Di Gesaro, A. Terranova, G. Nugara, M. Valenti, A. Affronti, M. Soresi</i>	473
Le disuguaglianze nella salute degli immigrati: un tema emergente in Europa <i>D. Di Thiene, S. Pizzuti, M. Marceca</i>	475
Un modello d'intervento socio-sanitario integrato per la gestione di un caso complesso: l'assistenza in gravidanza a una donna immigrata hiv+ <i>O. Dino; M. Bisseur; F. Damiani; E. Perricone; T. Prestileo; E. Rubino</i>	477
Il paziente pediatrico straniero nel dipartimento di International Center of Bone Marrow Trasplant <i>Musa Dubali, Francesca Abate</i>	479
Studio prospettico multicentrico nazionale di valutazione di Prevalenza, Incidenza, fattori di rischio e definizione di Sottotipi di HIV in Migranti ed analisi della Avidità anticorpale. (Studio Pr.I.S.H.M.A) <i>El-Hamad I, Scarcella C, Vassallo F, Speziani F, Grassi E, Pezzoli MC, Scolari C, Ricci A, Vullo V, Lichtner M, Prestileo T, Affronti M5, Cassarà G, Suligoj B, Luzi AM, Colucci A, Gallo P, Regine V, Buttò S, Bernasconi D, Cacciani L, Baglio G, Cristini G, Carosi G</i>	480
Dall'aborto alla contraccezione con le donne immigrate. Percorsi di genere verso l'autonomia nella gestione della propria vita riproduttiva - <i>D. Gerin, A.M. Cortese</i>	482
Epidemiologia e fattori di rischio delle infezioni da HBV, HCV, HIV e LUE negli immigrati cinesi di Reggio Emilia - <i>M. Greci, F. Bonvicini, S. Candela R. Fornaciari, G. Magnani, M. Manghi, E. Nasi, L. Vecchia</i>	484
La sperimentazione di un modello di intervento multidisciplinare nell'ambito di servizi bio-psico-sociali. L'esperienza del servizio "Richiedenti asilo, rifugiati, vittime di tortura" (2001-2008) dell'Istituto Nazionale per la Promozione della Salute delle Popolazioni Migranti ed il Contrasto delle Malattie della Povertà (INMP), Roma, Italia <i>A. Gutierrez, M. E. Gulmez, M.C. Segneri, M.C. Tumati</i>	486
Badanti: Lo spostamento come frattura - <i>G. Induni</i>	488
Sportello interculturale informaSalute Il migrante come risorsa nel processo di cambiamento della politica sociale - <i>M. L. Landeo, E. Camillo da Silva, B. Maisano, S. Geraci</i>	490
La sorveglianza della tubercolosi in persone senza fissa dimora e migranti: un'esperienza nella città di Roma <i>P. Laurenti, S. Bruno, A. Cairo, G. Quaranta, G. La Torre, G. Delogu, G. Fadda, T. Pirroni, S. Geraci, R. Molina, G. Attanasio, S. Pelargonio, FN Lauria, A. Gualano, M. Vecchi, W. Ricciardi</i>	491
Il "Percorso Benessere Mamma – Bambino" e l'assistenza al parto nella donna straniera in gravidanza <i>L. Leonardis</i>	493
Le parole della salute: dizionario medico per interpreti, mediatori e pazienti di lingua cinese <i>A. Listuzzi, B. Maisano, S. Geraci</i>	494
Accudire la maternità straniera - <i>E. Meloni, G. Carreca</i>	495
Dopo tre anni: esperienza del Poliambulatorio Emergency Palermo per l'assistenza agli immigrati e alle fasce deboli <i>F. Mercadante, D. Contorno, L. Cumbo, D. Magro, Z. Hussein, G. Spataro, A. Romano</i>	497

Prevalenza di epatite B in una popolazione di immigrati a Roma <i>L. Nosotti, G. Franco, T. D'Arca, L. Toma, A. Morrone</i>	499
Caratteristiche della gravidanza e del parto di donne italiane e straniere secondo le variabili del certificato di assistenza al parto (Cedap). Azienda Ulss 6 Vicenza - <i>M. Pacchin</i>	501
Mutilazioni genitali femminili. Stima delle donne straniere residenti nel Veneto e nell'Ulss 6 Vicenza provenienti da Paesi con tradizione "escissoria" - <i>M. Pacchin</i>	503
La transizione epidemiologica. Differenti cause di morte delle donne in Africa e in Europa - <i>M. Pacchin</i>	505
I suicidi nelle regioni OMS a differente reddito per genere e classi di età. - <i>M. Pacchin</i>	507
Ricoveri per tubercolosi per classi di età e cittadinanza. 2006. Azienda Ulss 6 Vicenza - <i>M. Pacchin</i>	509
Ricoveri di stranieri residenti, per causa, genere e classi di età. Azienda Ulss 6 Vicenza - <i>M. Pacchin</i>	510
Interruzione volontaria di gravidanza di donne residenti italiane e straniere. Azienda Ulss 6 Vicenza. Anni 2004 e 2007 - <i>M. Pacchin</i>	512
Screening MTS in una popolazione di 157 donne prostitute in provincia di Bergamo - <i>A. Pendezzini</i>	514
Il volontariato nell'Ambulatorio Caritas di Reggio Emilia: tipologie e motivazioni <i>E. Pighini, M. Cavicchi, D. Bonacini, M. Ghidoni, M. Baccarani, C. Daga</i>	516
Le buone pratiche della rete di accoglienza sanitaria in Friuli Venezia Giulia <i>G. Pitzalis, L. Battigelli, G. Brianti, V. Brussi, D. Gnesutta, K. Mauro, M. Menotti, P. Monte, D. Sebastianutto, F. Sostero, D. Tomada</i>	517
Centro di Salute e Ascolto per la Donna Immigrata: Discriminazione od Opportunità? <i>C. Marcellino, C. Scalfaro, M. Tonella, R. Sangermani, A.F. Podestà</i>	518
Le malattie africane non le guarisce la medicina moderna - <i>M. Provasi</i>	519
Accoglienza di migranti affetti da HIV/AIDS – dati italiani 2007 <i>L. Rancilio, A. Grassini, B. Marchini, L. Sarvito, M. Zaniboni</i>	521
Progetto SAMI-ASL-BS: Screening Antitubercolare in Migranti Irregolari nel territorio dell'ASL di Brescia <i>C. Scarcella, F. Vassallo, F. Speziani, MC. Pezzoli, C. Scolari, I. El-Hamad</i>	522
Odontoiatria sociale: progetto AUSL e Caritas di Reggio Emilia per cure urgenti ed essenziali agli stranieri temporaneamente presenti <i>Bianchi Benedetta, Marina Cavicchi, Rossana Paterlini, Marta Jelli, Ambra Silvestri, Adriana Torelli Dantina Rinaldi</i>	523
Servizio STP in provincia di Ragusa - <i>G. F. Miceli, E. Manfrè Cataldi</i>	525
Una rete integrata di servizi e di interventi socio sanitari per prostituzione e vittime di tratta: l'esperienza dell'ULSS 22 - area progettuale Sirio/ Artemide <i>C. Smacchia, S. Di Bella, C. Arzillo, ML. Cordioli, M. Residori, G. Franzon, E. Lerco</i>	526
Modalità di allattamento nei bambini immigrati - <i>S. Accomando, F. Cataldo</i>	527
Stato vaccinale dei bambini adottati dall'estero <i>S. Accomando, E. Viviano, F. Cataldo</i>	528
La seconda generazione di migranti nel racconto dei bambini e dei genitori che si sono rivolti al Servizio di neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza - <i>S. Cremaschi, E. Alberini, V. Brussi, E. Mauro</i>	529
Un progetto di salute e di cittadinanza per i minori non accompagnati: esperienze friulane <i>D. Gnesutta, M. Adotti, G. Brianti, V. Brussi, L. Ciccone, M. Menotti, P.Monte, L.Pilotto, G. Pitzalis, C. Savonitto, C. Schellenberger, D. Fedrigo, E. Salvador, N. Dalla Pietra, M. Francescutti</i>	530
Progetto UNNRA - <i>P. Sironi, G. Corbani, T. Maffezzoni, O. Meneghetti, D.Polenghi, M.Benjacar</i>	532
Salute mentale e bambini migranti: indagine preliminare <i>F. Rango, N. Capriotti, D. Palopoli, A. Romano, M. Vigliante, F. Capozzi, A. Morrone</i>	533